วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025

ISSN : 3027-866X (Online)
ISSN : 3027-8678 (Print)

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น	1
เตือนใจ คำขุนทด ,สุทธดา อมราภรณ์ ,อัญชนา แก้วคำ ,อภินันท์ วัชเรนทร์วงศ์ ,จุรีพร งามสุข	
การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม	9
ฐาปริมนต์ วงศ์รัตนจิรากุล	
ผลของแพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัวในผู้สูงอายุ	19
นิดา จิตภักดีบดินทร์	
การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรวัยกลางคนตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดบุรีรัมย์	29
ชุมศรี ต้นเกตุ และณัฐพร คุณโน	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นของคลินิกนมแม่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง	36
นิภาพรรณ มณีโชติวงค์ และบานเย็น แสนเรียน	
การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอวัฒนานครจังหวัดสระแก้ว	44
ณิชาดา จิฐาวรานนท ,นภาพล วสนาท ,ปัณฑิตา หัวดอนนัก ,อนุสรา บัวพา	
อิทธิพลของปัจจัยกลยุทธ์การตลาด 4Ps ที่มีต่อการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพของประชาชน เขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย	51
กิ่งแก้ว พรอภิรักษสกุล ,ประเสริฐ สิทธิจิรพัฒน์	
การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษา	58
กุลณัฐฐา อัครวีสีห์	
การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเตรียมความสะอาดลำไส้ก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ระหว่าง Polyethylene Glycol และ Sodium Phosphate Solution ของผู้ป่วยคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลยางตลาด	67
บัญชา ปัตถารัตน์	
การพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม	75
สุวรรณา อักขระ	
ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยไตเรื้อรังต่อการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคอง	84
ชัญญ์รัชต์ หยกกชพันธ์งาม และสุดา ทองทรัพย์	
ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายของประเทศไทย:การวิเคราะห์แนวโน้มและปัจจัยเสี่ยงเชิงพื้นที่ (พ.ศ. 2553-2562)	94
วีร์ เมฆวิลัย ณิชาภา รัตนจันทร์	
การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษา: โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019	104
นัดธิดา พิมลทอง ,ลักษณา เหล่าเกียรติ	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง : กรณีศึกษา 2 ราย	112
ธิดาพร โคตรชาลี	
ผลของการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายระหว่างการบริหารยา Omeprazole แบบ IV push และ IV infusion	122
อาดีลา อัลฮามาดีย์	
ความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์	133
แสนคม สีหะปัญญา ,กัญชมน สีหะปัญญา ,วิชุดา หัสโน	
ปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ส่งผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570	144
หทัยรัตน์ เศรษฐวนิช	
การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ อายุ 0-5 ปี บ้านทุ่งพัฒนา ตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย	153
วารุณี อุดมพล	

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การวิจัยเชิงประเมินแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 : A system value-oriented evaluation 163
พิทักษ์ ทองทวน และชัยชาญ บุญคูณ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหลมใหญ่ จังหวัดสมุทรสงคราม 175
นฤมล ไม้แก่น

ประสิทธิภาพของการให้บริการอุดฟันและเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียนต่อการลดภาระงานทันตกรรมในอนาคต 186
กนกวรรณ บรรณสาร

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ 193
ปาริชาต ใจดี

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 200
อรทัย ไชยสุข ,จุฑามาศ จวนสาง ,ฐาปริมนต์ วงศ์รัตนจิรากุล

กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ 209
นงนุช ศรีวะโสม

การประเมินคุณภาพน้ำบาดาลในพื้นที่อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ด้วยดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล 218
จุฑามาศ คำแก้ว ,คณิตา ตังคณานุรักษ์ และ วัชรพงษ์ วาระรัมย์

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย 229
จันทิรา ชาญตะกั่ว

ความชุกและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลมะนัง จังหวัดสตูล 237
อดิศักดิ์ ชุมขวัญ

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 248
เดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 260
สารภี กาญจนาโรจน์พันธ์

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดหนองคาย 266
ธวัชชัย เหลืองศิริ, สุจิตรา บุษปฤกษ์ ชลการ ทรงศรี

ประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุบูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย 275
รุ้งอุษา นาคคงคำ ,ทรรศนีย์ บุญมั่น

การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ 287
ชุติมา คำประกอบ ,อรอนงค์ วิชัยคำ ,กุลวดี อภิชาตบุตร

เปรียบเทียบผลลัพธ์ในการรักษาด้วยการใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกอันเดียวและหลายอันในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีที่มีนิ่วขนาดใหญ่ 298
กันตภณ รัตนชื่อสกุล

ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย 307
ธวัชชัย เหลืองศิริ ,สิทธิศานติ์ ทรัพย์สิริโสภา ,ฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย์ ,สุธิดา ดวงพุทธา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนเสริมชนิดอัตราการไหลสูง ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลสระบุรี 320
วิไลวรรณ แสงธรรม ,โสภา เกิดพิทักษ์

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง: กรณีศึกษา 2 ราย 328
ณัฐพัฒฐ์ วิมลจิตร

ผลของโปรแกรมการสอนทักษะการสื่อสารทางสังคมนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัมต่อการรับรู้ของบิดามารดาที่บุตรมีภาวะออทิซึมสเปกตรัม 340
พรมณี หาญหัก ,ปิยะวรรณ ศรีสุรักษ์ และเพ็ญณี แนรอท

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ประสิทธิผลของสื่ออินโฟกราฟิกในการให้ความรู้ด้านทันตสุภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง 350
ไกร แก้วทิพย์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก 360
อภิสรากรณ์ หิรัณย์วิชญกุล ,ฟารีดา ศชฤทธิ์ ,อัญชลี วงษ์ดี ,ชญานิษฐ์ ทิศพรม ,วิฒณ กาสีวงศ์ ,อนุชิดา อายุยืน ,สุภิศา ขำอเนก ,อัญชลี วงษ์ดี

ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี 370
ผ่องศรี รำจวน ,วุฒิกร พัฒนโสภณ ,จินตนา วชิรดุสิต

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางในผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสิรินธร ขอนแก่น : กรณีศึกษา 2 ราย 379
นุกูล เมืองขันธ์

การรักษาผู้ป่วยโรคเริมด้วยครีมพญายอเทียบกับครีม Acyclovir ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 389
ณิชา เจนมานะชัยกุล

ผลการนำนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10 397
กิตติพศ ดำบรรพ์ ,สมฤกษ์ จึงสมาน และสุนทรีย์ พันธุ์คำ

ปัจจัยเชิงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยในจังหวัดอุบลราชธานี 406
แพลวพลอย บุญปั้น ,กิตติ เหลาสุภาพ

การพัฒนารูปแบบคัดกรองภาวะก่อนเบาหวาน โดยใช้ดัชนีไตรกลีเซอไรด์-กลูโคส ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จังหวัดกาฬสินธุ์ 414
สุลักขณา วงค์วิเศษ

ผลของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 421
พรรณทิพย์ ทีสุ่ม

การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม 433
จิรชาย ประสพธัญญา

การปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี 445
ภาณุฤทธิ์ สินธวรัตน์ ,ทิพย์วัลย์ สุรินยา ,ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชื่นชม 458
ฐิติรัตน์ สมยอ ,รุ่งทิวา ขันธมูล ,สุดารัตน์ หงษ์สีทอง

การเปรียบเทียบผลความดันโลหิตและอัตราการเต้นหัวใจระหว่าง Propofol ร่วมกับ Ketamine (ketafol) และ Propofol ร่วมกับ ephedrine ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ : การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม 466
ปิยวรรณ รัตนวรรณี

การศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม 476
สัจจพร พนมศักดิ์

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ต่อระดับความรู้ความวิตกกังวล พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 487
ปิยรัตน์ บุญศิริ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 499
พิชญา อินทร์ติยะ ,กรรธิมา ฝาระมี

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน จังหวัดตราด 508
ปราการ อภิบาลศรี ,เบญญา เชื้อนาข่า ,วิชิตา โภคสมบัติ

การพยาบาลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง : กรณีศึกษา 2 ราย 521
สงกรานต์ ขันเลื่อน

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี 533
ธีระศักดิ์ พลสวัสดิ์ ,เอื้อมพร ชมภูมี ,บรรเทิง พลสวัสดิ์

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม 544
ศศิธร แก้วสกุล

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 555
หาญชัย อังคนาวราพันธุ์

พัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา 563
นิตยา วันวาน

ประสิทธิผลของโปรเจสเตอโรน ต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 571
อรุณรัตน์ อังคะรุด ,อภิชญา อารีเอื้อ

การพยาบาลผู้ป่วยทารกที่มีภาวะปอดอักเสบ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 578
กนกวรรณ ดาวฮามแป

การพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี 587
รัก ธนะไพบูลย์

รูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 596
ยุพาภรณ์ บุญเจริญ

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา 606
ดาวเรือง สอนน้อย

ทัศนคติและการรับรู้ของครูและผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาชั้น ป.4-6 615
กัลยภรณ์ เชยโพธิ์ ,พรทิพย์ แพกระจ่าง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช 624
ธรรมนูญ ชามทอง ,กรณิกา โกฏิกุล1 ,วิภารัตน์ ชุมหล่อ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้การแพทย์ทางไกลในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ 635
ใล จุลสม ,โชคนิติพัฒน์ วิสูญ ,เอมอร ทาระคำ

ภาวะซึมเศร้าและการเฝ้าระวังอาการที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร 642
ปัทมา คงบุญรักษ์

การพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนาคู 655
บุญญาพร สุรสาย

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย 659
พิกุลทอง พลนาคู

ผลการใช้กระบวนการต่อรองราคายาในกระบวนการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 671
ตนุภัทร จำนงค์ศรี

พฤติกรรมบริการของพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก 679
เถลิงศักดิ์ บุญบำเรอ ,สมใจ ศิระกมล ,ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์

ผลของการให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยผ่านสื่อออนไลน์สำหรับผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง จังหวัดตรัง 688
ปนิตา พรหมพิทักษ์ ,ภัทราภรณ์ เต็งโรจน์นภาพร

การพัฒนาระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ 695
จตุชัย จันทับ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทโธ 704
พรพิรุณ อำนวยผล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดคีโตนคั่ง: กรณีศึกษา 2 ราย 710
วริณธา ณ พิบูล

การพัฒนาและออกแบบการแจ้งเตือนในระบบ HIS เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (CDSS) ตามแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล สำหรับผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี 721
ภัคชัญญา ทันชม

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน 729
พัชรี วงศ์ฝั้น

การพัฒนาคุณภาพการประเมินและการจัดการผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) โดยใช้แบบประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEW score) หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี 737
จุฑารัตน์ เรืองชุม

ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ 747
อติพร ทองหล่อ ,เอื้อจิต สุขพูล ,ธิสาชล ธันยาวราธร ,อรอุมา แก้วเกิด

การศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดจากการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: manual vacuum aspiration) ในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกระหว่างการใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำและการใช้ยาชาเฉพาะที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 756
พงศ์อนันต์ จันดารัตน์

การให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณ: การวิจัยเชิงคุณภาพตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว 765
อรอุมา แก้วเกิด ,ดลรวี สิมคำ ,เอื้อจิต สุขพูล ,อติพร ทองหล่อ

ลักษณะการบาดเจ็บภายในช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุและปัจจัยทำนายการรักษาในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 776
ชนัญช์วัฏ มัณยานนท์

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 785
ศุภวัฒน์ อิ่มเจริญ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ 798
ทิพวรรณ คิตเสน

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ 806
พัชราภรณ์ จันทร์ลุน

ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 812
ปิยวรรณ ลารังสิทธิ์ ,สุรวัจน์ กระแสร์เตชะหิรัญ ,กฤตยา เนียรกระโทก

ผลของโปรแกรมความเชื่อมั่นและความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว 826
อัญชุรีย์ อินทร์พิมพ์

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ 836
พิไล แก้วพรหมมา

การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 844
ภุชงค์ ธนะเพิ่ม

ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 853
ศรินรัตน์ ธนัชจิระพงศ์

การพัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น 860
พิทยภูมิ สิริเพาประดิษฐ์

การศึกษารูปแบบบัญชีครัวเรือนและพฤติกรรมการออมของครัวเรือนในชุมชนตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี 869
วรภร ศิลาเจริญธนกิจ ,กฤตยชญ์ คำมิ่ง

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การวิเคราะห์ต้นทุนและการกำหนดราคาขายขนมไทยากิ: แนวทางเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของชุมชนท้ายเกาะ 878
วรภร ศิลาเจริญธนกิจ ,กฤตยชญ์ คามิ่ง

ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเชิงปฏิบัติจากระบบบัญชีโรงแรมที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและทัศนคติด้านสิ่งแวดล้อม–สุขภาพของนักศึกษาในรายวิชาการบัญชีและการเงินสำหรับธุรกิจการบริการและการโรงแรม 886
วรภร ศิลาเจริญธนกิจ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 893
จังกร สุดหลักทอง

การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน : กรณีศึกษาตำบลแวงใหญ่ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น 899
อรุณี ขันขวา

การพัฒนารูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี 906
พิทักษ์ ทองทวน ,ประภัสสร ศันสนะพิทยากร ,สุคนธา ไพเราะ

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ 917
ประเสริฐ เหล่าบุศณ์อนันต์ ,สุวารีย์ ศรีปูณะ ,บุญวณิช บุญวริชชนานันท ,ปัญญา หมั่นเก็บ

การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายพื้นที่ รพ.สต.บ้านสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 928
กฤษณา สุยังกุล

การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก 935
จุฑามาส ทุยคำ ,กุลวดี อภิชาติบุตร ,อรอนงค์ วิชัยคำ

การพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 947
ดาววดี ลีลาวัฒนานนท์กุล

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ทำสวนทุเรียนในจังหวัดชุมพร 959
สำเริง นพชำนาญ ,มนต์ทิพา ทองดี ,ญาดา นพชำนาญ

ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คุณค่าผู้บริโภคและช่องทางการตลาด: แนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรในตำบลสวนพริกไทย จังหวัดปทุมธานี 974
สุนทรี จีนธรรม ,พีรยา ทองเครือ ,จีรภัทร์ อัฐฐิศิลป์เวท ,รัชนีวรรณ จีนธรรม และประภัสรา ธรรมวัชรางกูร

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟู 987
กัญญาณัฐ จันทร์ฉายเมธากุล

การพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ 999
วีร์ เมฆวิลัย ,พาสนา คุณาธิวัฒน์ ,บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 1011
พรรษกาล โลสันเทียะ

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโรงเรียนเบาหวานโดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี 1024
วลัยพร รุ่งเรือง ,รจนา วรวิทย์ศรางกูร ,จิรัชญา มัฆนาโส ,อรอุมา จันธานี

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ระยะสงบโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชนเพื่อลดการใช้ยาและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย 1032
ฉันทพิชญา เวียงอินทร์ ,รัศมี ทิพชัย ,ณัฐธยาน์ วงศ์ประเทศ ,ต้นตระการ เมืองเหนือ ,ชัชวาลย์ หมื่นสา

การบริหารอัตรากำลังพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด 19 ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งภาคใต้ตอนล่าง 1039
สุวิมล โปติบุตร, ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา, ศศิธร ลายเมฆ , ปราโมทย์ ทองสุข

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 39 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ กรกฎาคม – กันยายน 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับ แพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัวในผู้สูงอายุ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน การตลาด 4Ps ที่มีต่อการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีน การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด การเตรียมความสะอาดลำไส้ก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ แผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยไตเรื้อรังต่อการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคอง ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง ภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่าย ระหว่างการบริหารยา Omeprazole พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ส่งผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา นวัตกรรมการพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ การให้บริการอุดฟันและเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียน การป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย การประเมินคุณภาพน้ำบาดาลในพื้นที่ด้วยดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความชุกและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม การจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุ การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ การรักษาด้วยการใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกอันเดียวและหลายอันในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีที่มีนิ่วขนาดใหญ่ การเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต การสอนทักษะการสื่อสารทางสังคมนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัม อินโฟกราฟิกในการให้ความรู้ด้านทันตสุภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน การรักษาผู้ป่วยโรคเริมด้วยครีมพญายอเทียบกับครีม Acyclovir การนำนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัย การใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประสิทธิผลของโปรเจสเตอโรน ต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ทัศนคติและการรับรู้ของครูและผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาชั้น ป.4-6 ภาวะซึมเศร้าและการเฝ้าระวังอาการที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025

Part I

ISSN : 3027-866X (Online)
ISSN : 3027-8678 (Print)

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025
Part 1

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น 1
เตือนใจ คำขุนทด ,สุทธดา อมราภรณ์ ,อัญชนา แก้วคำ ,อภินันท์ วัชเรนทร์วงศ์ ,จุรีพร งามสุข

การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 9
ฐาปริมนต์ วงศ์รัตนจิรากุล

ผลของแพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัวในผู้สูงอายุ 19
นิดา จิตภักดีบดินทร์

การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรวัยกลางคนตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดบุรีรัมย์ 29
ชุมศรี ต้นเกตุ และณัฐพร คุณโน

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นของคลินิกนมแม่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง 36
นิภาพรรณ มณีโชติวงค์ และบานเย็น แสนเรียน

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอวัฒนานครจังหวัดสระแก้ว 44
ณิชาดา จิฐาวรานนท ,นภาพล วสนาท ,ปัณฑิตา หัวดอนนัก ,อนุสรา บัวพา

อิทธิพลของปัจจัยกลยุทธ์การตลาด 4Ps ที่มีต่อการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพของประชาชน เขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 51
กิ่งแก้ว พรอภิรักษสกุล ,ประเสริฐ สิทธิจิรพัฒน์

การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษา 58
กุลณัฐฐา อัครวีสีห์

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเตรียมความสะอาดลำไส้ก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ระหว่าง Polyethylene Glycol และ Sodium Phosphate Solution ของผู้ป่วยคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลยางตลาด 67
บัญชา ปัตถารัตน์

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม 75
สุวรรณา อักขระ

ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยไตเรื้อรังต่อการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคอง 84
ชัญญ์รัชต์ หยกกชพันธ์งาม และสุดา ทองทรัพย์

ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายของประเทศไทย:การวิเคราะห์แนวโน้มและปัจจัยเสี่ยงเชิงพื้นที่ (พ.ศ. 2553-2562) 94
วีร์ เมฆวิลัย ณิชาภา รัตนจันทร์

การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษา: โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 104
นัดธิดา พิมลทอง ,ลักษณา เหล่าเกียรติ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง : กรณีศึกษา 2 ราย 112
ธิดาพร โคตรชาลี

ผลของการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายระหว่างการบริหารยา Omeprazole แบบ IV push และ IV infusion 122
อาดีลา อัลฮามาดีย์

ความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ 133
แสนคม สีหะปัญญา ,กัญชมน สีหะปัญญา ,วิชุดา หัสโน

ปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ส่งผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570 144
หทัยรัตน์ เศรษฐวนิช

การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเด็กกลุ่มชาติพันธุ์อายุ 0-5 ปี บ้านทุ่งพัฒนา ตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย 153
วารุณี อุดมพล

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025
Part 1

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การวิจัยเชิงประเมินแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 : A system value-oriented evaluation 163
พิทักษ์ ทองทวน และชัยชาญ บุญคูณ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหลมใหญ่ จังหวัดสมุทรสงคราม 175
นฤมล ไม้แก่น

ประสิทธิภาพของการให้บริการอุดฟันและเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียนต่อการลดภาระงานทันตกรรมในอนาคต 186
กนกวรรณ บรรณสาร

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ 193
ปาริชาต ใจดี

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 200
อรทัย ไชยสุข ,จุฑามาศ จวนสาง ,ฐาปริมนต์ วงศ์รัตนจิรากุล

กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ 209
นงนุช ศรีวะโสม

การประเมินคุณภาพน้ำบาดาลในพื้นที่อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ด้วยดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล 218
จุฑามาศ คำแก้ว ,คณิตา ตังคณานุรักษ์ และ วัชรพงษ์ วาระรัมย์

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย 229
จันทิรา ชาญตะกั่ว

ความชุกและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลมะนัง จังหวัดสตูล 237
อดิศักดิ์ ชุมขวัญ

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 39 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ กรกฎาคม – กันยายน 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับ แพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัวในผู้สูงอายุ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน การตลาด 4Ps ที่มีต่อการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีน การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด การเตรียมความสะอาดลำไส้ก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ แผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยไตเรื้อรังต่อการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคอง ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง ภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายระหว่างการบริหารยา Omeprazole พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ส่งผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา นวัตกรรมการพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ การให้บริการอุดฟันและเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียน การป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย การประเมินคุณภาพน้ำบาดาลในพื้นที่ด้วยดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความชุกและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม การจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุ การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ การรักษาด้วยการใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกอันเดียวและหลายอันในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีที่มีนิ่วขนาดใหญ่ การเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต การสอนทักษะการสื่อสารทางสังคมนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัม อินโฟกราฟิกในการให้ความรู้ด้านทันตสุภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน การรักษาผู้ป่วยโรคเริมด้วยครีมพญายอเทียบกับครีม Acyclovir การนำนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัย การใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประสิทธิผลของโปรเจสเตอโรน ต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ทัศนคติและการรับรู้ของครูและผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาชั้น ป.4-6 ภาวะซึมเศร้าและการเฝ้าระวังอาการที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น

Development of Nursing Model for Postoperative Pain Management in Patients Receiving General Anesthesia in the Post Anesthesia Care Unit.

(Received: August 21,2025 ; Revised: August 31,2025 ; Accepted: September 2,2025)

เตือนใจ คำขุนทด[1] สุทธดา อมราภรณ์[2] อัญชนา แก้วคำ[3] อภินันท์ วัชเรนทร์วงศ์[4] จุรีพร งามสุข[5]
Tuanjai Khumkhuntod[1] Suttada Ammaraporn[2] Unchana Kaewkum[3] Apinan Vachrainwong[4] Jureeporn Ngamsuk[5]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น พัฒนาโดยใช้แนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian Model) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาล รูปแบบใหม่ และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยมีกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและได้รับการดูแลต่อเนื่องในห้องพักฟื้น จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 60 คน และกลุ่มทดลอง 60 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบประเมินระดับคะแนนความปวดและการบริหารจัดการความปวด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ คือ 1) สถิติเชิงปริมาณโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ความพึงพอใจ คะแนนความปวดก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นและอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน 2) สถิติ Chi-square test วิเคราะห์ระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยแรกรับ-จำหน่ายและเปรียบเทียบระดับคะแนนความปวด 3) สถิติ Independent t-test วิเคราะห์การบริหารจัดการความปวดโดยใช้ยาและระยะเวลานอนในห้องพักฟื้น

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพในการลดระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ในช่วงเวลา 15, 30 และ 45 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.00, 0.00 และ 0.03) การบริหารจัดการความปวด โดยใช้ยา Morphineและ Fentanyl มีความแตกต่างกันตามชนิดของยาและช่วงเวลาตามระดับคะแนนความปวด ระดับความปวดของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น อยู่ในระดับคะแนน 0-3 ไม่พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลานอนในห้องพักฟื้น ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (P=0.17) ในส่วนของวิสัญญีพยาบาลผู้ให้บริการ พบว่า รูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้น มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 97.7 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (mean =4.24,SD=0.72)

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการพยาบาล การจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ห้องพักฟื้น

Abstract

This study was Participatory Action Research (PAR) project aimed at developing a nursing care model for postoperative pain management in patients receiving general anesthesia in the Post Anesthesia Care Unit (PACU), based on Donabedian's framework. The research was conducted in three phases: situation analysis, development of the nursing care model, and evaluation of its effectiveness. The study

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี โรงพยาบาลราชวิถี
[2] นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี
[5] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี

population included 120 postoperative patients who underwent general anesthesia and received PACU care (60 in the control group and 60 in the experimental group), Data were collected between June and July 2025 using questionnaires, a feasibility assessment form, a pain score scale, and pain management records. Data analysis involved descriptive statistics, Chi-square tests, and independent t-tests.

Results: The developed nursing care model significantly reduced postoperative pain scores at 15, 30, and 45 minutes in the recovery room (P = 0.00, 0.00, and 0.03). Pain management using Morphine and Fentanyl showed differences depending on the drug type and timing of assessment. Before PACU discharge, patients' pain levels were within a range of 0–3. No complications were reported, and the length of PACU stay did not differ significantly (P = 0.17). Nurse anesthetists rated the model highly feasible (97.7%) and reported high satisfaction (mean = 4.24, SD = 0.72).

Keywords: Nursing care model, Pain management, Postoperative patients, General anesthesia, Post Anesthesia Care Unit (PACU)

บทนำ

ความปวด (Pain) หมายถึง ประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งสัมพันธ์กับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจริง หรืออาจเกิดจากการรับรู้ว่าเนื้อเยื่อ ถูกทำลาย[1] ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน เป็นความรู้สึกไม่สบายหรือความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยรับรู้ได้หลังสิ้นสุดการผ่าตัดและออกจากห้องผ่าตัด ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้นและยังอยู่ในระยะการฟื้นตัวจากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก โดยความปวดนี้อาจเกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การอักเสบ หรือการกระตุ้นเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด[2]

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นถือเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก โดยต้องให้ความสำคัญตั้งแต่การส่งต่อผู้ป่วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ความระแวดระวังและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว[3] จากมาตรฐานการบริการพยาบาลวิสัญญีเป็นบริการพยาบาลผู้ป่วยที่รับบริการทางวิสัญญี โดยให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนระหว่างและระยะหลังให้บริการทางวิสัญญีซึ่งมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการจนออกจากหน่วยบริการรวมถึงการดูแลต่อเนื่อง สำหรับมาตรฐานที่ 3 การพยาบาลระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี มีการกำหนดแนวทางการบริหารความปวดหลังการผ่าตัด (Management of Post operation Pain) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและปลอดภัย[4]

โรงพยาบาลราชวิถีหน่วยการพยาบาลวิสัญญีพักฟื้น ให้บริการในวันราชการ เวลา 08.00-16.00 น. มีอัตรากำลังวิสัญญีพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ในห้องพักฟื้น จำนวน 6 คน ได้แก่ หัวหน้าห้องพักฟื้นและวิสัญญีพยาบาลที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น เวลา 16.00-20.00 น. มีอัตรากำลังวิสัญญีพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ในห้องพักฟื้น จำนวน 2 คน เวลา 20.00-08.00 น. และวันหยุดราชการ วันหยุดนักขัตฤกษ์ มีการให้บริการด้านวิสัญญี แบ่งออกเป็น 2 ช่วง เวลา 08.00-20.00 น. และเวลา 20.00-08.00 น. มีอัตรากำลังวิสัญญีพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ในห้องผ่าตัดและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในห้องพักฟื้น จำนวน 10 คน วิสัญญีพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นก่อนย้ายกลับหอผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดวิสัญญีพยาบาลประจำห้องผ่าตัดจะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น ยกเว้นผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องเข้ารับการดูแลที่หอผู้ป่วยหนัก ในปีงบประมาณ 2567 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดและเข้ารับบริการในห้อง พักฟื้น จำนวน 11,690 ราย พบว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนในห้องพักฟื้น จำนวน 3,116 ราย ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย 3

ลำดับแรก ได้แก่ปวดแผลผ่าตัด จำนวน 1,671 ราย (ร้อยละ 53.62) คลื่นไส้อาเจียน จำนวน 571 ราย (ร้อยละ 18.32) และความดันโลหิตสูง จำนวน 509 ราย (ร้อยละ 16.33) ตามลำดับ[5]

จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ปวดแผลผ่าตัด จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่า การประเมินความปวดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของวิสัญญีพยาบาล มีการใช้เครื่องมือสำหรับประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัดแตกต่างกัน มีการให้ชนิดของยาระงับปวดและขนาดยาระงับปวดที่มีความแตกต่างกัน ไม่มีการประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับยาระงับปวด การบันทึกเรื่องความปวดไม่ครอบคลุม การสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานไม่ชัดเจนขาดความต่อเนื่อง รูปแบบการดูแลเรื่องการระงับปวดในห้องพักฟื้นไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และจากการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ได้แก่ การประเมินความปวด การได้รับยาระงับปวด ผลการบรรเทาความปวด พบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับความรู้และไม่เข้าใจเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวด ไม่ได้รับการประเมินความปวดภายใน 15 นาทีหลังได้รับยาระงับปวด ผลการบรรเทาความปวดไม่ลดลง ผลเสียของความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ รบกวนการพักผ่อน ผลเสียต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว และร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ผลเสียต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะปอดแฟบ มีสารคัดหลั่งคั่งค้างและปอดบวม มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันและการทำงานของลำไส้ลดลง[6] การจัดการความเจ็บปวดเฉียบพลันที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะทำให้เกิดผลเสีย เช่น ผู้ป่วยจะมีอาการปวดเพิ่มขึ้น การทำงานของร่างกายและการฟื้นตัวช้าคุณภาพชีวิตลดลง การใช้ยาระงับปวดเป็นเวลานานระหว่างและหลังการรักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น[7] อาการปวดเฉียบพลันหลังการผ่าตัดยังคงเป็นปัญหาสำคัญ มีอาการผิดปกติทางสรีรวิทยาหลายอย่างที่เกิดขึ้น ส่งผลต่ออวัยวะและระบบต่างๆ สำหรับอาการปวดและอาการกระสับกระส่ายหลังผ่าตัด จะเพิ่มความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ ไม่พึงประสงค์หลายประการ หากควบคุมได้ ไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการฟื้นตัวต่อไป[8]

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี จึงสนใจพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น โดยใช้แนวคิดของ โดนาบีเดียน (Donabedian Model)[9] ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น มีรูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันและผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น มีระดับความปวดหลังได้รับการจัดการความปวดน้อยกว่า 4 และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดการความปวด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น พัฒนาโดยใช้แนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian Model)

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2568 ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

1.1 การทบทวนองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี รายงานการวิจัย บทความวิชาการที่เกี่ยวข้องและข้อมูลเชิงนโยบายต่างๆ

1.2 ศึกษาปัญหา สาเหตุและอุบัติการณ์ต่าง ๆ เพื่อรับรู้ปัญหาในบริการการพยาบาล ได้แก่ ด้านการบริการ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้ป่วย

1.3 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยด้านการวิจัยและพัฒนาทักษะการสนทนากลุ่ม (focus group interview) การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (in-depth interview)

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น รูปแบบใหม่

2.1 ผู้วิจัยสืบค้นองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ ที่ได้จากการศึกษารวบรวม ทั้งงานวิจัย แนวปฏิบัติและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

2.2 ผู้วิจัยประชุมร่วมกับวิสัญญีแพทย์เฉพาะทางด้านการระงับปวด (Pain Specialist Anesthesiologist) จำนวน 3 คน เพื่อจัดทำแนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น

2.3 ผู้วิจัยนำแนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น ไปตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของเนื้อหา

2.4 ระยะก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อทำการพิจารณาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นชอบของคณะกรรมการฯ ก่อนทำการวิจัย

3. ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น ภายหลังการได้รับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี ตามขั้นตอนดังนี้

1. จัดการประชุมวิสัญญีพยาบาลผู้ให้บริการ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญีเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา ศัลยแพทย์เจ้าของไข้งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และหอผู้ป่วยที่รับนอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยส่งบันทึกข้อความแจ้ง เพื่อรับทราบและยินยอมให้ดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัย ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยตามตารางการผ่าตัดแบบวางแผนล่วงหน้า ได้แก่ ผู้ป่วย ที่เข้ารับการผ่าตัดแบบได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และได้รับการดูแลต่อเนื่องในห้องพักฟื้น ผู้วิจัยเยี่ยมประเมินผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย อย่างน้อย 1 วัน ก่อนผ่าตัด โดยใช้เกณฑ์คัดเข้า คัดออก ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. ทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นรูปแบบใหม่ในระยะเวลา 1 สัปดาห์

5. ผู้วิจัยประชุมร่วมกับวิสัญญีผู้ให้บริการเพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น รูปแบบใหม่ ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและนำไปใช้จริงในหน่วยงานในระยะเวลา 2 เดือน

4. ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับ

ความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและได้รับการดูแลต่อเนื่องในห้องพักฟื้น จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 60 คน เป็นกลุ่มก่อนใช้รูปแบบ โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง และกลุ่มทดลอง 60 คน เป็นกลุ่มหลังใช้รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือในการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบประเมินระดับคะแนนความปวดและการบริหารจัดการความปวด

2. เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น ประกอบด้วย 1) คู่มือแนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้อง พักฟื้น 2) Flow Chart แนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น 3) สื่ออินโฟกราฟิกเรื่องเครื่องมือประเมินระดับความปวด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม จะถูกวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ความพึงพอใจ คะแนนความปวดก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นและอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงปริมาณโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยแรกรับ-จำหน่ายและเปรียบเทียบระดับคะแนนความปวด วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi- square test

3. การบริหารจัดการความปวดโดยใช้ยาและระยะเวลานอนในห้องพักฟื้น วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ได้รับรองจริยธรรมการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี เอกสารเลขที่ 115/2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของวิสัญญีพยาบาล จำนวน 50 คน เป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 88.0 เป็นผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 12.0 อายุเฉลี่ย 37.62±7.58 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาล เฉลี่ย 14.68±7.93 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลา 5-10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 32.0 และระยะเวลาในการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี เฉลี่ย 8.76±7.87 ส่วนใหญ่มีระยะเวลา 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ ผลการวิจัยพบว่า มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.0 และ 95.0 อายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 30.0 อายุเฉลี่ย 42.23 ± 11.40 และ43.22 ± 10.59 ปี ตามลำดับ การวินิจฉัยโรค เป็นโรคทางนรีเวช คิดเป็นร้อยละ 80.0 และ 71.7 การผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นแบบเปิด (Open Surgery) คิดเป็นร้อยละ 63.3 และ 65.0 ตามลำดับ

3. ข้อมูลความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามขั้นตอนรูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นพบว่า วิสัญญีพยาบาลแสดงความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติทุกกิจกรรม ร้อยละ 97.7

4. ข้อมูลระดับความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการนำรูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นพบว่าระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ดังนี้ มีความง่าย (mean = 4.08 SD = 0.78) มีความชัดเจน (mean = 4.14 SD = 0.76) มีความเหมาะสม (mean = 4.18 SD = 0.75) มีประโยชน์ต่อท่านและหน่วยงาน (mean = 4.40 SD = 0.61) มีความพึงพอใจในภาพรวม (mean = 4.24 SD = 0.72)

5. ข้อมูลระดับคะแนนความปวดของทั้งสองกลุ่มในแต่ละช่วงเวลาในห้องพักฟื้นพบว่า แรกรับระดับคะแนนความปวดทั้ง2กลุ่มต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.22) กลุ่มหลังใช้รูปแบบฯมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ลดระดับความปวดลงมาอยู่ที่ 0-3มากกว่า กลุ่มก่อนใช้รูปแบบร้อยละ51.7,68.3 และ 85.0 กลุ่มหลังใช้รูปแบบฯร้อยละ91.7,93.3 และ98.3มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.00,0.00และ0.03)ตามลำดับ ที่เวลา60นาทีและก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นระดับคะแนนความปวดทั้ง2กลุ่มต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p=0.21

6. ข้อมูลการบริหารจัดการความปวดพบว่าการให้ยาMorphine ในกลุ่มก่อนและหลังใช้รูปแบบฯครั้งที่1มีค่าเฉลี่ย1.63±1.48และ 1.35±1.24 มิลลิกรัมมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติP = 0.26 ในกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯมีการให้ยาMorphine ครั้งที่2และ3ค่าเฉลี่ย 0.88±1.12 และ 0.33±0.75 มิลลิกรัมเมื่อเทียบกับกลุ่มก่อนใช้ ค่าเฉลี่ย 0.22± 0.73 และ 0.30±0.25 มิลลิกรัมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติP= 0.0 0,0.00 ตามลำดับ การให้ยา Fentanyl ในกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังใช้รูปแบบครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ย 7.50 ±18.00 และ 1.5 ± 5.77 ไมโครกรัม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P = 0.01 แต่ในครั้งที่2และ 3 ในกลุ่มก่อนใช้ค่าเฉลี่ย 0.4 ±3.22 และ 0.0 ± 0.00 เมื่อเทียบกับกลุ่มหลังใช้รูปแบบค่าเฉลี่ย 1.00 ± 4.39 และ 0.8 ± 4.61 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P= 0.40 และ 0.16 ตามลำดับ

7. ข้อมูลระยะเวลานอนในห้องพักฟื้นของกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังใช้รูปแบบ พบว่ามีค่าเฉลี่ย 61.50 ± 6.05 และ 63.25 ± 7.96 นาที มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ P=0.17

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น สามารถลดระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยลงได้ โดยใช้ข้อมูลในการประเมินผลความเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนความปวดตามระยะเวลาของกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ และกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯตั้งแต่แรกรับ 15, 30 และ 45 นาที พบว่ากลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ มีระดับคะแนนความปวด 4-6 ร้อยละ 21.7, 30.0, 23.3 และ 13.3 มีระดับคะแนนความปวด 7-10 ร้อยละ 23.3, 18.3, 8.3 และ 1.7 ตามลำดับเปรียบเทียบกับกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ที่มีการพัฒนาแนวทางการประเมินและการจัดการความปวดตามขั้นตอนที่รวดเร็วขึ้นสามารถบริหารยาแก้ปวดจากทุก 15 นาทีเป็นทุก10 นาทีในผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความปวด4-10 พบว่าระดับคะแนนความปวดลดลง คะแนนความปวด 4-6 ร้อยละ 35.0, 6.7, 5.0 และ 1.7 คะแนนความปวด 7-10 ร้อยละ 23.3, 1.7, 1.7 และ 0.00 จากข้อมูลเชิงสถิติยืนยันว่า ผลต่างนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติจริงที่เวลา15,30 และ45 นาที (P=0.00, 0.00 และ 0.03)ระดับคะแนนความปวด 0-3 และ 4-6 มีแนวโน้มคงที่ร้อยละ 98.3 และ 1.7 สอดคล้องกับเชิญพร

พยอมแย้ม[10] การใช้ยาค่าเฉลี่ยปริมาณยาระงับปวด Morphine เท่ากับ 0.85 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง สอดคล้องกับนัยนา ไชยยงค์[11] และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นด้วยระดับคะแนนความปวด 0-3 ร้อยละ 100.0 ซึ่งสอดคล้องกับ ณภัทร จันทรสุข[12]

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดที่ศึกษาขึ้นนี้ วิสัญญีพยาบาลสามารถให้ยาแก้ปวดตามการประเมินความปวดทุก 10 นาที จำนวน 3 ครั้ง เมื่อระดับคะแนนความปวด 4-6 และ 7-10 สามารถช่วยลดระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยลงได้อย่างรวดเร็ว และต่อเนื่องไปจนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นด้วยระดับคะแนนความปวด 0-3 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวทางการจัดการความปวดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย[6] และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการจัดการความปวด สามารถนำการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดนี้ ไปประยุกต์ไว้ในระบบการพยาบาลการระงับปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การนำไปใช้ทางคลินิก

1.1 ควรนำรูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในห้องพักฟื้น อย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2. การพัฒนาบุคลากร

2.1 ควรจัดอบรมสำหรับวิสัญญีพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความปวด การใช้เครื่องมือมาตรฐานและการบริหารจัดการยาแก้ปวดที่เหมาะสม

2.2 สื่อสารในทีมสหสาขา ระหว่างวิสัญญีพยาบาล วิสัญญีแพทย์และพยาบาลหอผู้ป่วย เพื่อความต่อเนื่องของการดูแลหลังย้ายผู้ป่วยจากห้องพักฟื้น

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

3.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนับสนุนเชิงนโยบาย ประกาศใช้รูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นที่พัฒนาขึ้น

3.2 ควรผลักดันให้มี การบันทึกเวชระเบียนด้านการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบเพื่อใช้ติดตามคุณภาพและผลลัพธ์ของผู้ป่วย

4. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

4.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นที่พัฒนาขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ เช่น ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ศัลยกรรมประสาท ที่อาจมีการตอบสนองต่อการจัดการปวดแตกต่างกัน

4.2 ควรขยายการศึกษา เช่น ระยะเวลาติดตามผลที่ยาวขึ้น เพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ระยะกลางและระยะยาว เช่น คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด ระยะเวลาในการฟื้นตัวและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยใน หัวหน้าหน่วยการพยาบาลวิสัญญีพักฟื้น วิสัญญีพยาบาลจากงานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี หัวหน้างานและพยาบาลห้องผ่าตัดจากงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด หัวหน้างานและพยาบาลวิชาชีพจากงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม หัวหน้างานและพยาบาลวิชาชีพจากงานการพยาบาลผู้ป่วยสูตินรีเวช วิสัญญีแพทย์จากกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา และศัลยแพทย์จากกลุ่มงานศัลยศาสตร์ กลุ่มงานสูตินรีเวชศาสตร์ ที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ สนับสนุนและอำนวยความสะดวก ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.International Association for the Study of Pain. IASP terminology [Internet].Washington DC:IASP; 2020 [cited 2025 Apr 3].Available from:https://www.iasppain.org/resources/terminology/

2. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, et al. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline. J Pain. 2016 Feb;17(2):131-157.

3. อรลักษณ์ รอดอนันต์. การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น. ใน อักษร พูลนิติพร, มานี รักษาเกียรติศักดิ์, พรอรุณ เจริญราช และนรุตม์ เรือนอนุกูล (บรรณาธิการ). ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. 2558.

4. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2551.

5. งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี โรงพยาบาลราชวิถี.รายงานอุบัติการณ์งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี โรงพยาบาลราชวิถี ปี 2567. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลราชวิถี. 2567.

6. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Clinical Guidance for Acute Postoperative Pain Management). 2562. ค้นเมื่อ 1 มกราคม 2568, แหล่งที่มา https://www.scribd.com/document/415449271/.

7. Gan, Tong J. Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. Journal of Pain Research. 2017; 10: 2287-2298.

8. Luo, Jie and Min, Su. Postoperative pain management in the postanesthesia care unit: an update. Journal of Pain Research. 2017 (10), 2687-2698.

9. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.

10.Payomyam, Chernporn. The Effectiveness of an Implementation of Adult Postoperative Pain Order for Postoperative Pain Management in Recovery Room, Hua Hin Hospital. วารสารแพทย์ เขต 4-5. 2561;37(3):262–72.

11.นัยนา ไชยยงค์, สุภาพรรณ จันสด, ปุณญิสา ศรีสาร และสุภาวดี นวลอ่อน. รูปแบบการระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2551. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2553;7(2):26–35.

12.ณภัทร จันทสุข. ประสิทธิผลของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ [รายงานการวิจัย]. บึงกาฬ: โรงพยาบาลพรเจริญ; 2567.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

Development of a case management model for surgical patients undergoing anesthesia. In One day surgery to Borabue Hospital. Maha Sarakham Province.

(Received: September 16,2025 ; Revised: September 24,2025 ; Accepted: September 25,2025)

ฐาปริมนต์ วงศ์รัตนจิรากุล[1]
Miss Thaparimont Wongratanajirakul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นผู้ป่วยที่มาผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่โรงพยาบาลบรบือ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 ราย ระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 ถึง เดือนมิถุนายน 2567 ขั้นตอนการศึกษาวิจัย ขั้นที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาของการดำเนินงานเพื่อรวมถึงรวบรวม อุบัติการณ์ ที่ไม่พึงประสงค์ และภาวะแทรกซ้อน จากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ขั้นที่ 2 พัฒนารูปแบบการให้บริการวิสัญญี โดยนำระบบการจัดการรายกรณี (Case Management) มาประยุกต์ใช้ในการเตรียมผู้ป่วย การเยี่ยมและให้คำปรึกษาก่อนผ่าตัด ขั้นที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการให้บริการวิสัญญี ขั้นที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาการการบริการวิสัญญี ขั้นที่ 5 นำต้นแบบที่สมบูรณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นในกลุ่ม ผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจริง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณี

ผลการศึกษาวงรอบที่ 1 จากการทบทวนปัญหาอุบัติการณ์ในการให้บริการในระบบทั่วไปดังกล่าวสามารถจำแนกได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อน ขณะ และ ระยะหลังให้การระงับความรู้สึก ในระยะก่อนพบว่า ผู้ป่วยยังมีการเตรียมตัวไม่พร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด ส่งผลให้เกิด การเลื่อนการผ่าตัดผลการศึกษาวงรอบที่ 2 จากปัญหาที่พบในวงรอบที่ 1 ผู้วิจัยได้นำปัญหามาวิเคราะห์ร่วมกับทีมวิสัญญี ได้มีการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการให้คำแนะนำและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแบบออนไลน์โดยใช้ application line เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วันและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 วันและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยผลการทดลองไม่พบอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดและไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังผ่าตัด ผลการศึกษาวงรอบที่ 3 อุบัติการณ์ทางวิสัญญีลดลง ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ขณะและหลังผ่าตัด การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับ ได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ BORABUE 2P Model และได้คู่มือ แผ่นพับ สำหรับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับรูปแบบวันเดียวกลับ และความพึงพอใจในการรับบริการทางวิสัญญี อยู่ในระดับดีมาก($\bar{X}$=4.65, SD=0.54)

คำสำคัญ : รูปแบบการจัดการรายกรณี การระงับความรู้สึก การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

Abstract

The purpose of this research was to develop a case management model for surgical patients receiving same-day anesthesia and to compare the results of using a case management model for patients receiving anesthesia. It feels like a day of action research based on the ideas of Kemmis & Mc Taggart. Participants in the research were 40 patients who came for same-day surgery at specifically selected Borabue Hospital between June 2023 and June 2024. Step 1: Study the operational problems and collect undesired incidents. and complications from giving full-body anesthesia Step 2: Develop an anesthesia service model. By applying the case management system (Case Management) to prepare patients. Visit and consultation before surgery Step 3: Experiment with the anesthesia service model. Step 4: Improve the anesthesia service development model. Step 5: Apply the complete prototype to a larger sample of the group. Service recipients are a real sample group.

To study the results of case management.The results of the 1st cycle study from reviewing the problems encountered in providing services in the general system can be classified into 3 phases: before, during, and after providing anesthesia. In the past, it was found that Patients were still unprepared for surgery, resulting in the

[1] โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

postponement of surgery. Results of the second round of the study were based on problems found in the first round. The researchers analyzed the problems together with the anesthesia team. The format for giving advice and following up with patient visits has been developed online. By using the application line to visit patients 1 day before surgery and follow up with patients 1 day after surgery and allowing relatives to participate in patient care, the results of the experiment did not find an incidence of postponing surgery and did not find an incidence of complications while and after surgery. Results of the 3rd cycle study: Anesthesia incidence decreased. The patient had no complications. During and after surgery Development of a case management model for patients receiving same-day anesthesia. The developed model is BORABUE ๒P Model and received a manual and brochure for caring for patients undergoing same-day surgery and same-day surgery. and satisfaction in receiving anesthesia services At a very good level ($\bar{x}$=4.65, SD=0.54)

Keywords : case management model anesthesia Same day surgery

บทนำ

ปัจจุบันการพัฒนาระบบสาธารณสุขทั่วโลกได้มีการพัฒนาสาธารณสุขระบบต่างๆ มากมายโดยให้ความสำคัญและความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด (Healthcare System with Quality and Safety for all) จึงมีการปรับปรุงระบบให้ตอบสนองการให้บริการแก่ผู้รับบริการมากยิ่งขึ้นรัฐบาลจึงได้ประกาศแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข สะท้อนถึงความตระหนักและให้ความสำคัญในปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการพัฒนาระบบบริการ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (Same Day Surgery หรือ One Day Surgery ODS) ซึ่งมีแนวโน้มการบริการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นถึงความคุ้มค่าและประโยชนที่จะได้รับทั้งในแง่ของผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการและที่ผ่านมา ความปลอดภัย (Safety) ของผู้รับบริการการผ่าตัดแบบวันเดียว กลับถือเป็นเป้าหมายสำคัญของการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเหมาะสม[1] ในการผ่าตัดแบบ ODS ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการระงับความรู้สึก ซึ่งอยู่ภายใต้การให้บริการทางวิสัญญี เป็นการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัด สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้กำหนดความปลอดภัยจากการให้บริการทางวิสัญญี safe anesthesia ภายใต้หัวข้อ safe surgery เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแนวทางการจัดการเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ ดังนั้นการคัดเลือกวิธีการทางวิสัญญีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือหัตถการการผ่าตัดจึงมีความสำคัญ ซึ่งเป้าประสงค์ของการให้การรักษาทางวิสัญญี ในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ คือ สามารถควบคุมสภาวะของผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัดหรือหัตถการได้ผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนน้อย และฟื้นตัวได้ไวกลับสู่ภาวะปกติอย่างรวดเร็ว จึงต้องอาศัยความใส่ใจในการเลือกวิธีการระงับปวด การป้องกันการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนและการให้สารน้ำ ในการคัดเลือกวิธีการทางวิสัญญียังขึ้นกับวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการ และสภาวะของผู้ป่วยเพื่อให้การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยปลอดภัยและมีความพึงพอใจเป็นสิ่งสำคัญ[1]

โรงพยาบาลบรบือเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 ที่ให้บริการในเขตสุขภาพที่ 7 ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยวิสัญญีแพทย์และพยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการระงับความรู้สึก โดยการให้บริการวิสัญญีผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเป็นการให้บริการระงับความรู้สึกที่รวดเร็ว เวลาในการผ่าตัดไม่นาน สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดระยะเวลาการรอคอย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี แต่ในขณะเดียวกันยังคงพบอุบัติการณ์ จากภาวะแทรกซ้อนหลังให้บริการวิสัญญีอันเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ ในแต่ละระยะของการผ่าตัดคือระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงแรก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะพบได้ในทางทฤษฎีและปฏิบัติรวมถึงผลดำเนินการตั้งแต่ปี2565 ได้แก่

ระยะเวลาการฟื้นตัวล่าช้า ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ความปวด ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and Vomiting) และอาการง่วงนอน (Drowsiness) เป็นอาการที่พบได้ บ่อยหลังให้บริการทางวิสัญญี ซึ่งเกิดจากปัจจัยผู้ป่วยการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานานมากกว่า 180 นาทีและการเลือกชนิดของยาระงับความรู้สึก[2] ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาล นอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มอัตราการครองเตียง และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังให้การระงับความรู้สึกดังกล่าวผู้วิจัยจึงทำวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับ[3] โรงพยาบาลบรบือเพื่อพัฒนาระบบการให้บริการของ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลบรบือ ให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น ผู้จัดการรายกรณีติดตามผู้ป่วยระยะก่อน ระยะให้บริการทางวิสัญญีและระยะหลังให้บริการทางวิสัญญีเพื่อให้เกิดประโยชน์และความปลอดภัยสูงสุดที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับภายใต้มาตรฐานการพยาบาลวิสัญญี ที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลบรบือ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีกับกลุ่มที่ใช้ระบบตามปกติ
ในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลบรบือ
3. เพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบรบือจังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบวิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบ ODS ภายใต้การระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบรบือ เลือกแบบเจาะจง จำนวน 50 ราย ระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567 ดำเนินการวิจัย 3 วงรอบ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ดังนี้

วงรอบที่ 1 (มิถุนายน – ตุลาคม 2566)

ขั้นที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาของการดำเนินงาน ประชุมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของการดำเนินงานเพื่อรวมถึงรวบรวม อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และภาวะแทรกซ้อน จากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงเป็นศัลยแพทย์ 2 คน วิสัญญีแพทย์ 2 คน และวิสัญญีพยาบาล 7 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 5 คน รวม 16 คน ดำเนินการช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบบริการ ออกแบบและพัฒนารูปแบบการให้บริการวิสัญญี โดยนำระบบการจัดการรายกรณี (Case Management) มาประยุกต์ใช้ในการเตรียมผู้ป่วยการเยี่ยมและให้คำปรึกษาก่อนและหลังผ่าตัดและใช้ทฤษฎีระบบมาประยุกต์ใช้ ได้แก่ (1) ข้อมูลนำเข้า (input) เป็นข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 (2) กระบวนการทำงาน (Process) ใช้แผนภูมิกระบวนการไหลของงาน (Flow chart) มาเป็นตัวกำหนดขั้นตอนตามลำดับก่อนหลัง และ (3) ผลผลิต (output) วัดจากตัวชี้วัดที่กำหนดตามแบบจัดเก็บตัวชี้วัด กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาระบบ ODS โรงพยาบาลบรบือ จำนวน 16 ราย หลังจากนั้นนำรูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้นปรึกษาและผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จนได้ฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ดำเนินการช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566

ขั้นที่ 3 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 1 เริ่มดำเนินการตามรูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้นใช้ระยะเวลา 3 เดือน ติดตามปัญหาและผลการดำเนินงาน โดยใช้แบบประเมินการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด แบบบันทึกขณะผ่าตัดของวิสัญญี ระยะ

หลังผ่าตัด ใช้แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน และแบบประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain rating scale) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 5 ราย

วงรอบที่ 2 (พฤศจิกายน 2566 – มกราคม 2567)

ขั้นที่ 4 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 2 หลังจากใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น นำข้อปัญหาที่ได้มาปรับปรุงระบบบริการ โดยใช้การสนทนากลุ่ม นำปัญหามาวิเคราะห์ร่วมกับทีมวิสัญญี จำนวน 7 ราย ใช้เวลา 60 นาที โดยใช้คำถามปลายเปิดตามขั้นตอนการให้บริการและผล การจัดเก็บตัวชี้วัด หลังจากนั้นนำข้อมูลผลสรุปที่ได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จนได้ฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญทุก ท่านและดำเนินการทดลองใช้รูปแบบครั้งที่ 2 หลังปรับปรุงใช้ระยะเวลาอีก 1 เดือน ในการทดลองดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 – มกราคม พ.ศ. 2567 จำนวน 5 ราย

วงรอบที่ 3 (กุมภาพันธ์ - มิถุนายน 2567)

ขั้นที่ 5 การนำรูปแบบไปใช้จริง เป็นการศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีใน ผู้ป่วยที่ได้การระงับความรู้สึก ที่มารับการผ่าตัดแบบ ODS เก็บข้อมูลโดยใช้ระบบลงทะเบียนการทำหัตถการ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day surgery system) ใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะของการ ให้การระงับความรู้สึก ได้แก่ ระยะก่อนระงับความรู้สึกใช้แบบประเมินผู้ป่วยเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (Pre anesthetic evaluation record) ระยะขณะการระงับความรู้สึก ใช้แบบบันทึกระหว่างการระงับความรู้สึก ระยะหลังการระงับความรู้สึก ใช้แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน แบบประเมินระดับความเจ็บปวด แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการของวิสัญญีในการผ่าตัดแบบ ODS และแบบประเมินอาการหลังจำหน่าย 24 ชั่วโมงแรก ปรับปรุงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของกองการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 50 คน ในช่วง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อย

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญ ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน วิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัย 1 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคามผ่านการขออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 1/2567

ผลการวิจัย

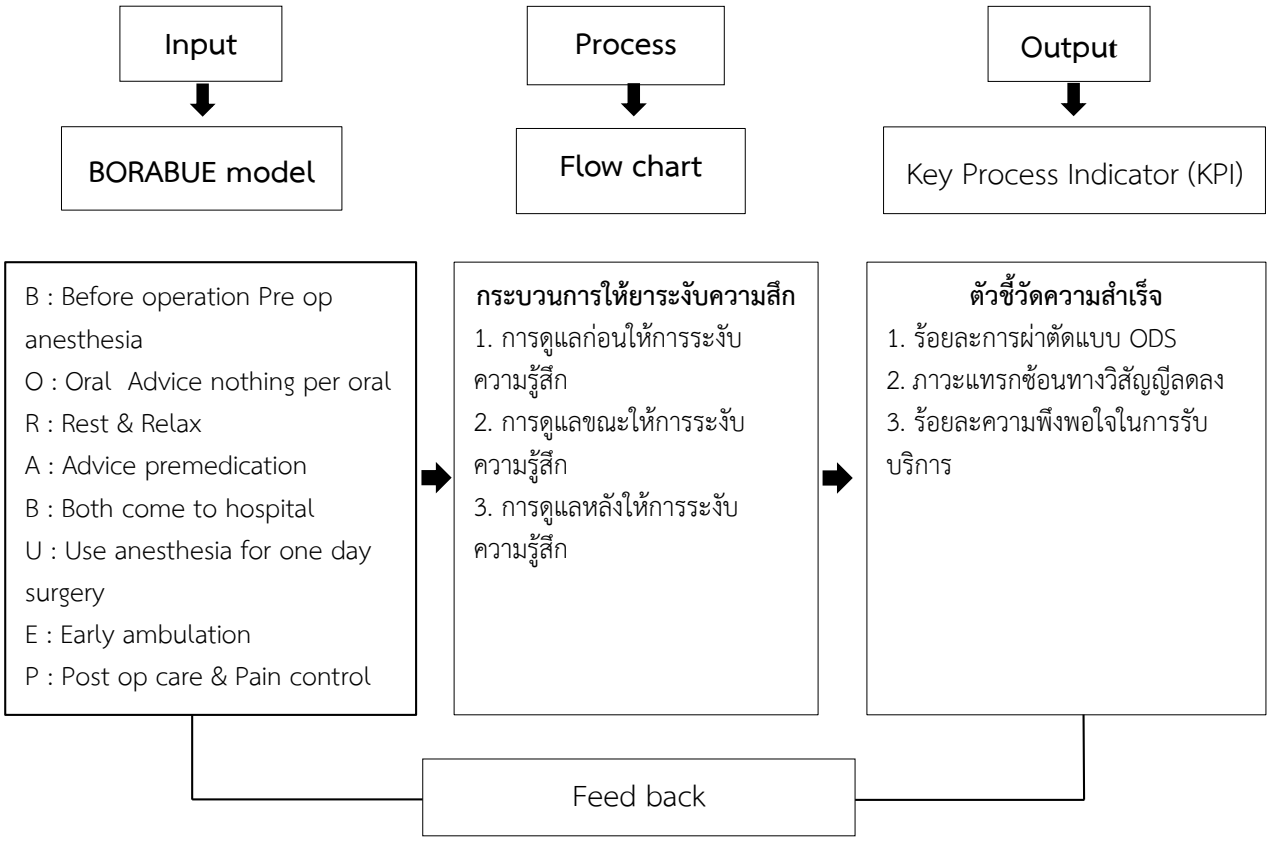
วงรอบที่ 1

ผลการศึกษาขั้นที่ 1 ผลการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา ในปีงบประมาณ 2565 มีสถิติการเกิดอุบัติการณ์แทรกซ้อน ทางวิสัญญี ได้แก่ ความดันโลหิตสูง 2 ราย คลื่นไส้อาเจียน 2 ราย หัวใจเต้นช้า (Bradycardia) จำนวน 1 ราย มีอาการวิงเวียนศีรษะ จำนวน 1 ราย ต้องเฝ้าระวังและสังเกตการณ์เพิ่มขึ้น 2 ราย ปีงบประมาณ 2566 มีสถิติการเกิดอุบัติการณ์แทรกซ้อนทางวิสัญญี ได้แก่ ผู้ป่วยได้เลื่อนผ่าตัด 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วย มีโรคประจำตัวเป็น Hyperthyroidism ลืมรับประทานยาในตอนเช้าและนอนไม่หลับทำให้มีปัญหา sinus tachycardia ศัลยแพทย์จึงพิจารณาเลื่อนการผ่าตัด อุบัติการณ์คัดออกจากการการผ่าตัดแบบวัน เดียวกลับ 1 ราย

เนื่องจากต้องนอนพักรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลเพราะไม่มีญาติมารับกลับบ้าน อุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงก่อนผ่าตัด 1 ราย จากการทบทวนปัญหาอุบัติการณ์ในการให้บริการในระบบทั่วไปดังกล่าวสามารถจำแนกได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก ระยะให้การ ระงับความรู้สึก และ ระยะหลังให้การระงับความรู้สึก ในระยะก่อนพบว่า ผู้ป่วยยังมีการเตรียมตัวไม่ พร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ลืมงดน้ำงดอาหารไม่ครบตามเวลาที่กำหนด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ มีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงส่งผลให้เกิดการเลื่อนการผ่าตัด

ผลการศึกษาขั้นที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี

นำปัญหาที่ได้จากขั้นที่ 1 เข้าสู่การระดมสมองเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล กระบวนการทำงาน (Process) ใช้แผนภูมิกระบวนการไหลของงาน (Flow chart) มีการปรับรูปแบบการจัดการรายกรณี ตั้งแต่ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การดูแลขณะให้การระงับความรู้สึก และการดูแลหลังให้การระงับความรู้สึก ทำให้ได้รูปแบบการจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้นคือ **BORABUE model**



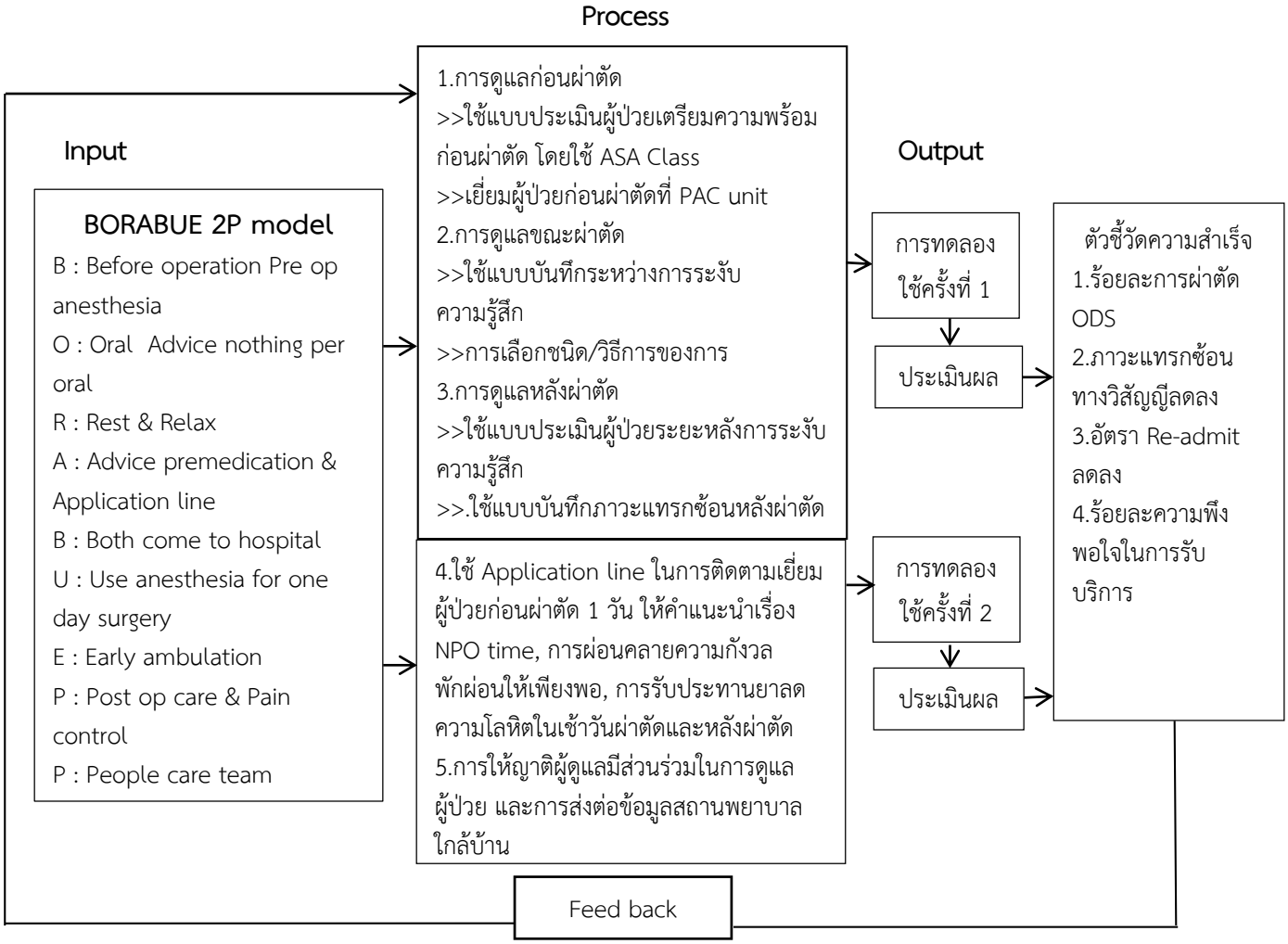
ภาพที่ 1 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดบริการตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ

ผลการศึกษาขั้นที่ 3 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 1 พบว่าผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS จำนวน 5 ราย อัตราการเลื่อน/งดผ่าตัดลดลง เหลือ 0 ไม่พบความเสี่ยงระหว่างการให้การระงับความรู้สึก ในการเฝ้าระวังและให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อฟื้นตัวจากผลของการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดที่ห้องพักฟื้น ไม่พบความเสี่ยงระหว่างการให้การระงับความรู้สึกค่าคะแนนความปวดที่ห้องพักฟื้น (Pain score 1-3) จำนวน 3 ราย มีภาวะความดันโลหิตสูง 2 รายปวดแผลผ่าตัดมาก ต้องนอนโรงพยาบาลต่ออีก 1

วัน จากการวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงหลังผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยผู้ป่วยรายแรกลืมรับประทานยาลดความดันโลหิต ส่วนรายที่สองผู้ป่วยไม่ได้ถือยาลดความดันโลหิตมาด้วยในวันที่มาพบวิสัญญีแพทย์เพื่อประเมินก่อนผ่าตัดและผู้ป่วยลืมถือยามาในวันที่ทำการผ่าตัดจึงไม่ได้รับประทานยาลดความดันโลหิต จึงมีการปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แล้วนำไปใช้เป็นระยะเวลา 2 เดือนต่อมา

ผลการศึกษาขั้นที่ 4 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 2 จากปัญหาที่พบในวงรอบที่ 1 ผู้วิจัยได้นำปัญหามาวิเคราะห์ร่วมกับทีมวิสัญญี เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยลืมรับประทานยาลดความดันโลหิต และลืมนำยาเดิมมาในวันผ่าตัดด้วย จึงมีการปรับปรุงระบบติดตามผู้ป่วยโดยเพิ่มช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วย ได้มีการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการให้คำแนะนำและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแบบออนไลน์โดยใช้ application line ติดตามและให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนและหลังให้การระงับความรู้สึก หลังการพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS จำนวน 5 ราย อัตราการเลื่อน/งดผ่าตัดลดลงเหลือ 0 หลังผ่าตัด ไม่พบความเสี่ยงระหว่างการให้การระงับความรู้สึก

ผลการศึกษาขั้นที่ 5 การนำรูปแบบไปใช้จริง การนำรูปแบบไปใช้จริง ผลลัพธ์หลังจากการนำรูปแบบการจัดบริการไปใช้จริงเป็นระยะเวลา 5 เดือน พบว่า มีผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมากขึ้นจำนวน 50 คน ได้รูปแบบดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับนำไปใช้จริง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.00) อายุส่วนใหญ่ อายุ 56 - 65 ปี (ร้อยละ 48.00) สถานภาพ ส่วนใหญ่สถานะภาพสมรส (ร้อยละ 80.00) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.00) อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 62.00) และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การจัดการความปวด (ร้อยละ 80.00) มีประสบการณ์การจัดการความปวด (ร้อยละ 20.00)

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ASA Class 2 (ร้อยละ 56.00) รองลงมา ASA Class 1 (ร้อยละ 32.00) ผู้ป่วยทุกรายไม่มีภาวะ Difficult airway ความเสี่ยงต่อการผ่าตัดต่ำ NPO ครบ และมี Functional capacity > หรือเท่ากับ 4 METs ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ใช้เทคนิคการระงับความรู้สึกแบบ TIVA (ร้อยละ 70.00) รองลงมา คือ GA Inhalation (ร้อยละ 18.00) ประเภทให้ก๊าซร่วมระงับความรู้สึก เพียง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้รับออกซิเจนอย่างเดียว (ร้อยละ 74.00) รองลงมา คือ ออกซิเจนร่วมกับไนตรัสออกไซด์ (ร้อยละ 24.00) ชนิดของทางเดินหายใจผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้รับ Mask with bag (ร้อยละ 74.00) รองลงมา คือ LMA และ Endotracheal tube (ร้อยละ 12.00) และระยะเวลาผ่าตัดโดยเฉลี่ย 20.10 นาที

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยไม่มีเสี่ยงระหว่างการให้การระงับความรู้สึกที่ได้รับการแก้ไข (Vital sign stable) ไม่มีภาวะ Delayed emergence (ร้อยละ 100.00) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ Revers (ร้อยละ 90.00) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ 78.00) รองลง คือ มีอาการปวดแผล (ร้อยละ 14.00) ค่าคะแนนความปวด $\overline{x}$ = 0.74, SD = 1.85 ค่าคะแนน PAR score หลังผ่าตัด $\overline{x}$ = 9, SD = ค่าคะแนน PAR score 15 นาที, 30 นาที, 45 นาที, 60 นาที และก่อนจำหน่าย $\overline{x}$ = 10, SD = 0

จากข้อมูลผู้ป่วยระยะก่อนและระหว่างได้รับการระงับความรู้สึกในระบบแบบวันเดียวกลับ ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการประเมินจากวิสัญญีพยาบาลทุกราย ไม่พบความเสี่ยงระหว่างการให้การระงับความรู้สึกที่ได้รับการแก้ไขและภาวะฟื้นตัวช้าหลังได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกจะเห็นได้ว่าระยะหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีและนำรูปแบบไปใช้จริง อาการไม่พึงประสงค์/ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยลดลง (ร้อยละ 20 และ ร้อยละ2) สำหรับอาการไม่พึงประสงค์/ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการปวดแผลระดับปานกลาง และอาการคลื่นไส้อาเจียน

ตารางที่ 1 ข้อมูลติดตามเยี่ยมหลังได้รับการระงับความรู้สึกรายกรณี ภายใน 24 ชั่วโมงแรก จำแนกเป็น 1,6,12,24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (N = 50)

รายการ	ชั่วโมงที่ 1	ชั่วโมงที่ 6	ชั่วโมงที่ 12	ชั่วโมงที่ 24
1. ระดับความรู้สึกตัว				
Alert	50 (100)	50 (100)	50 (100)	50 (100)
รวม	50 (100)	50 (100)	50 (100)	50 (100)
2. ภาวะแทรกซ้อน				
ปวดแผล	6 (12.00)	6 (12.00)	1 (2.00)	0 (0.00)
ท้องอืด	2 (4.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
คลื่นไส้อาเจียน	2 (4.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ไม่มี	40 (80.00)	44(88.00)	49 (98.00)	50 (100)
รวม	50 (100)	50 (100)	50 (100)	50 (100)
3. การแก้ไข				
แนะนำการรับประทานยาแก้ปวด	6 (12.00)	6 (12.00)	1 (2.00)	0 (0.00)
แนะนำตามความเหมาะสมสังเกตอาการ	3 (6.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
แนะนำมาโรงพยาบาล	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ไม่มี	41 (82.00)	44(88.00)	49 (98.00)	50 (100)
รวม	50 (100)	50 (100)	50 (100)	50 (100)

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทุกราย มีระดับความรู้สึกตัวดี (ร้อยละ 100.00) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาการปวดแผลหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแผล และแนะนำการรับประทานยาแก้ปวด ในชั่วโมงที่ 1 และชั่วโมงที่ 6 (ร้อยละ 12.00) ส่วนอาการท้องอืดและคลื่นไส้อาเจียนผู้ป่วยจะมีอาการในชั่วโมงที่ 1 (ร้อยละ 2.00)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเดิมกับพัฒนาใหม่

รูปแบบบริการ	แบบเดิม	แบบพัฒนาใหม่	ผลลัพธ์จากการพัฒนา
B : Before operation Pre op anesthesia	มีการเยี่ยมก่อนการระงับความรู้สึก 1 เดือน	มีการเยี่ยมก่อนการระงับความรู้สึก 2 สัปดาห์	ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเร็วขึ้นผล lab ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมาก
O : Oral Advice nothing per oral	แนะนำงดน้ำงดอาหารวัน Pre op	แนะนำงดน้ำงดอาหารวัน Pre op และ วิสัญญีพยาบาล Line/ โทรเยี่ยมก่อนผ่าตัด 1 วัน	ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัดสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง
R : Rest & Relax	ให้คำแนะนำปากเปล่า	แนะนำการพักผ่อนให้เพียงพอ พร้อมให้แผ่นพับ/QR code คำแนะนำการปฏิบัติตัว	ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดสามารถอ่านคำแนะนำ ได้ทุกครั้งที่มีเวลา
A : Advice premedication & Application line	ผู้ป่วยไม่ได้เอายาที่รับประทานประจำ มาด้วย ทำให้ไม่ได้รับประทานยาก่อนผ่าตัด	มีการเยี่ยมผู้ป่วยทางline ก่อนผ่าตัด 1 วัน พร้อมให้ผู้ป่วยถ่ายรูปยาที่รับประทานประจำมาให้ดู	ผู้ป่วยได้ยา premedication ก่อนการผ่าตัดทำให้สามารถควบคุมอาการขณะระงับความรู้สึกและผ่าตัด
B : Both come to hospital	ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล คนเดียว	ผู้ป่วยมีญาติดูแล	ผู้ป่วยมีญาติดูแลสามารถกลับบ้านในวันผ่าตัดได้
U : Use anesthesia for one day surgery	เลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์นาน ทำให้ผู้ป่วยตื่นช้า	เลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์สั้นเพื่อให้ผู้ป่วยตื่นเร็วไม่มีภาวะแทรกซ้อน	ผู้ป่วยสามารถฟื้นจากดมสลบได้เร็วไม่มีภาวะแทรก ซ้อนหลังการระงับความรู้สึก
E : Early ambulation	ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายช้าจากการปวดแผลทำให้ท้องอืด	กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกเดิน ทำให้อาการแน่นอืดอัดท้องลดลง	ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรก ซ้อนหลังผ่าตัดฟื้นตัวได้เร็วขึ้น
P : Post op care & Pain control	ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติหลังผ่าตัดก่อนกลับบ้าน ไม่มีช่องทางในการติดต่อ กรณีมีความผิดปกติ	ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและสามารถสอบถามอาการได้ทาง Line	ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองและแก้ปัญหาทันที ทำให้ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในบริการ
P : People care team	ไม่มีทีมในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน	มีทีมในการดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากญาติและทีมในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม (n=50)

ความพึงพอใจ	Mean	SD
1. ด้านสถานที่	4.82	0.58
2. ด้านกระบวนการให้บริการ	4.28	0.49
3. ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ	4.69	0.51
4. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.88	0.60
รวมทุกด้าน	4.67	0.54

จากตารางที่ 3 พบว่า ความพึงพอใจในบริการอยู่ในระดับดีมาก ทั้งในด้านสถานที่ ด้านบริการ ด้านบุคลากรและด้านสิ่ง อำนวยความสะดวก (คะแนนเฉลี่ย 4.82, 4.28 , 4.69 และ 4.88 ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

ผลลัพธ์ของรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม หลังจากได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลที่ สร้างขึ้นพบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการ ไม่มีภาวะวิตกกังวล และไม่มีการติดเชื้อหลังผ่าตัด เมื่อพิจารณา ถึงภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทุกราย มีอาการปวดแผลเล็กน้อย ไม่พบเลือดออกหรือบวมหลังผ่าตัด ไม่จำเป็นต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ส่วนระยะเวลาในการฟื้นสภาพ พบว่าหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง สามารถใช้ชีวิตได้ปกติ โดยมีอาการตึงแผลเล็กน้อย สามารถทำกิจกรรมได้ปกติภายใน 1 วัน แต่ยังไม่สามารถยกของหนักได้ภายใน 2 เดือน เพื่อป้องกันภาวะแรงดันในช่องท้องสูง ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์หลังผ่าตัด ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของชญานิศ ธัมธนพัฒน์[4] ศึกษาการพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ระบบการผ่าตัดและแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด ทีมผู้ให้บริการมีศักยภาพในการผ่าตัดและดูแลผู้ป่วย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน วันนอน เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกันแบบวันเดียวกลับและรูปแบบปกติมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ เยาวเรศ ก้านมะลิ และคณะ[5] ศึกษาการพัฒนารูปแบบ บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ใช้บริการที่มีเพศแตกต่างกัน มีผลทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจต่อบริการแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ และประเภทการผ่าตัดแตกต่างกัน มีผลทำให้ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยที่ผ่าตัดทางตา หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) เพื่อให้เกิดการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม

2. ควรให้มีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) ให้กับโรงพยาบาลขนาด M2 เหมือนกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบ One stop service เพื่อความเป็นเลิศในบริการ ผู้รับบริการสามารถใช้บริการเพียงจุดเดียวและสามารถกลับบ้านได้ตามเวลา

2. ควรมีการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2565). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : บริษัท ก.การพิมพ์เทียนกวง จำกัด
2. ศรัญญา จุฬารี. (2560). อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดการจัดการและผลลัพธ์ ทางการพยาบาล ของผู้ป่วย ในห้องพักฟื้น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(4), 194-203.
3. สานักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ, กรุงเทพฯ: สานักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมป์.
4. ชญานิศ ธัมธนพัฒน์. (2564). การพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 6(1), 57-63.
5. เยาวเรศ ก้านมะลิ, ถนอมศิลป์ ก้าน มะลิ, และสะคราญ จิตรคงพันธ์. (2563). การพัฒนารูปแบบบริการ ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(2), 183-195.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

ผลของแพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัวในผู้สูงอายุ

The Result of Smart balance platform for analysis and evaluation in elderly.

(Received: June 30,2025 ; Revised: July 9,2025 ; Accepted: July 12,2025)

นิดา จิตภักดีบดินทร์[1]

Nida Jitpukdeebodintra [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการทดลองกึ่งทดลองแบบไปข้างหน้า โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัวสำหรับผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบค่าการทรงตัวที่วัดจากซอฟท์แวร์ Smart Balance, ค่า Time up and go test (TUG) และ sit-to-stand test (STS) ก่อนและหลังการใช้แพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัวเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ที่ รพ.บางกล่ำ จ.สงขลา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า มีอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 29 คนภาย ภายหลังการใช้แพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัว พบว่าการทดสอบการทรงตัวจากการวัดด้วยซอฟท์แวร์ Smart Balance ขณะยืนขาเดียวบนขาข้างที่ไม่ถนัด และขาข้างถนัด, ค่า TUG และค่า STS ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.001 และพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างค่า TUG ที่เพิ่มขึ้นกับค่าที่เพิ่มขึ้นจากการวัดด้วยซอฟท์แวร์ Smart Balance ขณะยืนขาเดียวบนขาข้างที่ไม่ถนัด (r=0.772, p<0.001) และขณะยืนขาเดียวบนขาข้างที่ถนัด (r=0.566, p=0.001)

คำสำคัญ: แพลตฟอร์ม, ซอฟท์แวร์, การทรงตัว, ผู้สูงอายุ

Abstract

This prospective quasi-experimental study pretest-posttest design with the objective to develop platform for analysis and evaluation in elderly and compared balance test results from Smart Balance software, Time up and go test (TUG) and sit-to-stand test (STS) before and after using platform Before and after using the balance analysis and assessment platform for 8 weeks at Bang Klam Hospital, Songkhla Province. Data were
analyzed using the paired t-test.

The results showed that 29 volunteers participated in the study. After using the platform, significant improvements were found in balance test results measured by the Smart Balance software during single-leg standing on both the non-dominant and dominant legs, as well as in the Timed Up and Go (TUG) and Sit-to-Stand (STS) tests, with statistical significance at p=0.001. There was also a significant correlation between increased TUG scores and improvements measured by the Smart Balance software during single-leg standing on the non-dominant leg (r=0.772, p<0.001) and the dominant leg (r=0.566, p=0.001).

Keywords: platform, software, balance, elderly

บทนำ

ปี 2576 ประเทศไทยจะเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด”[1] เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงขึ้นถึงร้อยละ 28 (ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปสูงขึ้น ถึงร้อยละ 20) โดยประชากรผู้สูงอายุคาดว่าจะเพิ่มขึ้นสูงถึง 22.1 ล้านคน ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเป็นเรื่องการทรงตัว[1,2] หรือ ความสามารถในการทำให้จุดศูนย์ถ่วงของร่างกายอยู่ภายใน base of support การทรงตัวจัดเป็นความสามารถของมนุษย์อย่างหนึ่ง เป็นการทำงานของระบบประสาทที่ซับซ้อน ต้องทำงานประสานกันของประสาทการรับความรู้สึกหลายด้าน

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ประจำโรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา

ได้แก่ การมองเห็น, อวัยวะการควบคุมการทรงตัวที่หูชั้นใน (vestibular), การรับรู้ตำแหน่งของข้อต่อ (propioception), ความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ รวมถึงการควบคุมของระบบประสาทสั่งการจากสมองส่วนกลาง[3,4,5,6] หากการทรงตัวไม่ดีอาจนำมาสู่การพลัดตกหกล้มตามมา จึงทำให้การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุหกล้มทุกปี หรือปีละกว่า 3 ล้านราย ร้อยละ 20 ของผู้หกล้มเกิดการได้รับบาดเจ็บ ผู้สูงอายุกว่าหมื่นรายบาดเจ็บบริเวณต้นขา ข้อสะโพก และร้อยละ 20 ของผู้ที่สะโพกหัก มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 1 ปี การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (ในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ)[7] สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการลื่น สะดุด ก้าวพลาด ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ ทุพพลภาพ และเสียชีวิต กระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว คนรอบข้าง และผู้ดูแล ด้วยเหตุนี้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิผลจึงควรมีการตรวจประเมิน เพื่อวัดความสามารถในการทรงตัว เพราะจะช่วยให้แพทย์ทราบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากน้อยเพียงใด และมีความจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนการทรงตัวเป็นพิเศษหรือไม่ การตรวจประเมินการทรงตัว มี 2 วิธี[8,9] คือ 1) การทดสอบทางคลินิก เป็นการทดสอบโดยใช้การประเมินความสามารถในการทรงตัวที่ประกอบด้วยโปรแกรมในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อวัดค่าการทรงตัว (balance scale) เช่น Tinetti POMA subscale, Berg Balance Scale (BBS), Functional Reach Test, Time Up and Go Test (TUG), 30-Second Chair Stand test หรือ sit-to-stand (STS) test เป็นต้น เครื่องมือที่นิยมเนื่องจากสะดวก คล่องตัว ไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษมากมาย และสามารถทดสอบซ้ำเพื่อเปรียบ เทียบได้ คือ TUG[10] ซึ่งประเมินได้ทั้งด้านการเดิน กำลังกล้ามเนื้อการเคลื่อน ไหวและการทรงตัวทั้งแบบอยู่กับที่และเคลื่อนที่ (static and dynamic balance)[11] โดยเฉลี่ยแล้วผู้ที่อายุ 65-85 ปีจะใช้เวลาไม่เกิน 12 วินาที[12] (การประเมินจึงนิยมใช้ค่าปกติที่เวลาไม่เกิน 12 วินาที) ส่วนการทดสอบ STS เน้นการประเมินในด้านกำลังกล้ามเนื้อเป็นหลัก หากน้อยกว่า 8 ครั้ง พยากรณ์ได้ว่ามีความเสี่ยงในการล้ม[13] ซึ่ง TUG และ STS เป็นการประเมินตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน และประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ[14] 2) การทดสอบทางห้องปฏิบัติการ เป็นวิธีการวัดการทรงตัวที่มีความไว และแม่นยำสูง สามารถทำได้โดยใช้เครื่องมืออิเลคโทรนิกส์ เช่น การใช้ force platform หรือใช้ video-based motion analysis system วัดการโอนเอนของร่างกาย การทดสอบการทำงานของกล้ามเนื้อและการวิเคราะห์การเคลื่อนไหว (motion analysis) เป็นต้น แต่เครื่องมือเหล่านี้มีราคาสูง ส่วนใหญ่มีใช้เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น ปัจจุบันจึงมีผู้พัฒนาซอฟท์แวร์ในหลายประเทศได้นำ accelerometer และ gyroscope ในสมาร์ทโฟนมาวัดความสามารถในการทรงตัว โดยวัดจาก accelerometer ใน 3 แกน ได้แก่ แกนซ้ายขวา (Mediolateral), แกนหน้าหลัง (Anteroposterior) และแกนดิ่ง ซึ่งพบว่ามีคุณภาพที่ยอมรับได้ และการใช้แอพพลิเคชั่นวัดการทรงตัวที่มาตรฐานจะช่วยลดการตรวจประเมินที่อาจต้องใช้อุปกรณ์เครื่องใหญ่ เคลื่อนย้ายลำบาก ราคาแพง และต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการประเมิน[15,16,17,18] ทำให้ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ราคาแพง ใช้เพียงสมาร์ทโฟน สะดวก และสามารถทำได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความตรงและความเที่ยงของซอฟท์แวร์ Smart Balance ในอาสาสมัครหนุ่มสาวสุขภาพดี พบว่า ค่าที่ได้จากซอฟท์แวร์ในสมาร์ทโฟนมีความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงสูง เมื่อเทียบกับเครื่อง SIGMA AC Balance Platform จึงนำมาพัฒนาต่อเป็นแพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัวในผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดการทรงตัวมาตรฐาน ซึ่งผลิตโดยคนไทยที่มีราคาถูกลง ไม่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีจากต่างประเทศ และช่วยให้แพทย์สามารถกำหนด

โปรแกรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุได้เอง ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้เองอย่างต่อเนื่องที่บ้านตลอดจนใช้แพลตฟอร์มติดตามผลการรักษาได้อย่างแม่นตรงและเป็นรูปธรรม อันจะส่งผลดีต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้ และสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเดินทางมารักษาตัวของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาแพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัว ซึ่งประกอบด้วยซอฟท์แวร์ Smart Balance โดยนำอัลกอริทึม RNN-LSTM network มาช่วยในการวิเคราะห์และประมวลผลการทรงตัว มีโปรแกรมฝึก สอนการทรงตัวเพื่อให้อาสาสมัครฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน และติดตามผลการใช้งานแพลตฟอร์มผ่านระบบ telehealth โดยทำการทดสอบในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัวสำหรับผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าการทรงตัวที่วัดจากซอฟท์แวร์ Smart Balance, ค่า Time up and go test (TUG) และ sit-to-stand test (STS) ก่อนและหลังการใช้แพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัวเป็นเวลา 8 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบไปข้างหน้า (Prospective Quasi- Experimental research) โดยวัดผลก่อนและหลัง (pretest–posttest design) เพื่อศึกษาผลของแพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมิน ผลการทรงตัวในผู้สูงอายุหลังใช้งาน 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 60-75 ปี ที่มีความเสี่ยงในการล้ม โดยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลบางกล่ำ และคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ ในอำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา โดยศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2568 ถึงมิถุนายน 2568 คำนวณขนาดตัวอย่างได้ไม่น้อยกว่า 28 คน และทำการเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายและความครบถ้วนของข้อมูลคิดเป็น 20% ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ เท่ากับ 6 คน รวมเป็น 34 คน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 34 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-75 ปี และมีค่า TUG≥12 วินาที หรือ STS<8 ครั้ง 2) สามารถยืนขาเดียวหรือยืนต่อส้นเท้าได้นาน 5 วินาที 3) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) มีโรคประจำตัวหรือความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ทำให้ไม่สามารถขยับตัว ลุกนั่ง หรือเดินได้เอง เช่น โรคอัมพฤกษ์อัมพาต โรคเวียนศีรษะ โรคพาร์กินสันที่ไม่สามารถยืนขาเดียวหรือยืนต่อส้นเท้าได้นาน 5 วินาที เป็นต้น 2) มีปัญหาเรื่องความเข้าใจภาษา หรือไม่สามารถใช้งานแพลตฟอร์มได้ 3) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ Code No., เพศ, อายุ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, ขาข้างที่ถนัด, ระดับการศึกษา, ประวัติการออกกำลังกาย, โรคประจำตัว, ประวัติการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา, มีความรู้สึกไม่มั่นคงเวลายืนหรือเดิน, มีความกังวลกับการหกล้มหรือไม่
2. Smartphone ระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ที่มีแพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัว โปรแกรมออกกำลังกาย และระบบ telehealth
3. นาฬิกาจับเวลา (Stopwatch) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการจับเวลาในการเดินบนทางราบ Time up and go test (TUG)

คุณภาพของเครื่องมือ1) จากการศึกษาพบว่าซอฟท์แวร์วัดการทรงตัวซึ่งติดตั้งในโทรศัพท์มือถือ

(Smart balance) มีความตรงอยู่ในระดับปานกลาง (r=0.678, p<0.001) โดยการวัดขณะยืนเปิดตาบนขาข้างที่ไม่ถนัด 5 วินาที มีความตรงสูงกว่าขณะปิดตา และมีความเที่ยงอยู่ในระดับสูงมาก (ICC=0.984, p<0.001) 2) ท่าออกกำลังกายฝึกการทรงตัวก่อนนำไปใช้ในการวิจัยจริง ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

กระบวนการเก็บข้อมูล

1. พัฒนาแพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการ ทรงตัว ประกอบด้วย

1.1ซอฟท์แวร์ Smart Balance เป็นแอพพลิเคชั่นประเมินการทรงตัว ที่ใช้เซ็นเซอร์ accelerometer และ gyroscope ในสมาร์ทโฟนแอนดรอยด์ เพื่อวัดและวิเคราะห์การเคลื่อนไหวและมุมเอียงของร่างกายแบบเรียลไทม์ ซึ่งอ่านสัญญาณใน 3 แกน ได้แก่ แกนซ้ายขวา, แกนหน้าหลัง และแกนดิ่ง

1.2 แพลตฟอร์ม RehabConnect เป็นระบบแสดงผลการประเมินการทรงตัวของผู้ป่วย จากซอฟท์แวร์ Smart Balance ซึ่งแพทย์สามารถให้คำแนะนำกับผู้ป่วยผ่านทางระบบ Telehealth และส่งวิดีโอฝึกการทรงตัวไปยังสมาร์ทโฟนของผู้ป่วยได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกฝนได้เองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

2. อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ตลอดจนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถาม ผู้ที่สมัครใจและมีผู้ดูแล เพื่อเข้าร่วมงานวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นมีการอบรมการใช้งานแพลตฟอร์มให้กับอาสาสมัครและผู้ดูแล

3. เก็บข้อมูลทั่วไปโดยการสัมภาษณ์โดยตรง ได้แก่ Code No., เพศ, อายุ, ขาข้างที่ถนัด, ระดับการศึกษา, ประวัติการออกกำลังกาย, โรคประจำตัว, ประวัติการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา, มีความรู้สึกไม่มั่นคงเวลายืนหรือเดิน, มีความกังวลกับการหกล้มหรือไม่

4. เก็บข้อมูล น้ำหนัก, ส่วนสูง โดยการตรวจร่างกาย นำมาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

5. อธิบายขั้นตอนของการทดสอบแก่อาสาสมัคร ติดตั้งสมาร์ทโฟนที่กึ่งกลางหน้าอก (mid sternum) ของอาสาสมัครโดยใช้สายคล้องคอ ห้อยสมาร์ทโฟนผูกสายยึดรอบลำตัวด้านหลังอาสาสมัครให้มั่นคง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การทดสอบแก่อาสาสมัคร ติดตั้งสมาร์ทโฟนที่กึ่งกลางหน้าอก (mid sternum)

5. ให้อาสาสมัครยืนขาเดียวบนข้างที่ไม่ถนัดโดยเปิดตาบนพื้นเรียบแข็ง แขนแนบลำตัว เป็นเวลา 5 วินาที วัดค่าการทรงตัวด้วยซอฟท์แวร์ Smart Balance โดยให้อาสาสมัครยืนห่างจากขอบโต๊ะเป็นระยะประมาณ 30 ซม. และมีผู้ช่วยยืนประกบคอยระวังอย่างใกล้ชิดหากมีการเซล้มจะได้มีการประคองได้ทัน บันทึกค่าที่อ่านได้จาก Smart Balance ในกรณีที่ไม่สามารถยืนด้วยขาข้างเดียวบนข้างที่ไม่ถนัดได้ ให้อาสาสมัครยืนด้วยขาข้างเดียวบนข้างที่ถนัดแทน หรือยืนต่อส้นเท้าเป็นเวลา 5 วินาที

6. ทำการทดสอบ Time up and go test (TUG) โดยวางเก้าอี้ที่มีที่ท้าวแขนที่จุดตั้งต้น วัดระยะทาง 3 เมตร ทำเครื่องหมายบนพื้น บอกให้อาสาสมัครทราบว่าเมื่อเริ่มจับเวลาให้ลุกขึ้นจากเก้าอี้แล้วเดินเป็นเส้นตรงด้วยความเร็วปกติ เมื่อเดินถึงระยะทางที่กำหนดให้หมุน

ตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม บันทึกระยะเวลาที่อาสาสมัครเดินดังกล่าว โดยมีผู้ช่วยเดินประกบคอยระวังอย่างใกล้ชิด

7. ทำการทดสอบ sit-to-stand test (STS) โดยให้นับจำนวนครั้งที่อาสาสมัครสามารถลุกยืนและนั่งลงภายในเวลา 30 วินาทีจากเก้าอี้ที่มีพนักพิง หลังตั้งตรง ไม่มีที่ท้าวแขน โดยให้มือแตะไหล่ด้านตรงข้าม โดยมีผู้ช่วยยืนประกบคอยระวังอย่างใกล้ชิด

8. อธิบายขั้นตอนการใช้งานแพลตฟอร์ม โดยให้อาสาสมัครใช้งานแพลตฟอร์ม และฝึกการทรงตัวอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 วัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดขณะฝึกทุกครั้ง

9. นัดอาสาสมัครมาเพื่อทดสอบด้วยซอฟท์แวร์ Smart Balance และวัดค่า TUG, STS (ตามข้อ 6,7,8) อีกครั้งที่ 8 สัปดาห์

10. มีการติดตามการออกกำลังกายของอาสาสมัครผ่านทาง Telehealth ในแพลตฟอร์ม

11. เปรียบเทียบค่าการทรงตัวที่วัดจากซอฟท์แวร์ Smart Balance, ค่า TUG และSTS ก่อนและหลังการใช้แพลตฟอร์ม 8 สัปดาห์ รวมถึงหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าการเปลี่ยนแปลงค่าการทรงตัวที่วัดจากซอฟท์แวร์ Smart Balance และค่า TUG, STS ที่เปลี่ยนแปลง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายลักษณะประชากร ได้แก่ ตัวแปรเชิงคุณภาพ เช่น เพศ ซึ่งเป็นข้อมูลแจงนับ นำเสนอเป็น ความถี่และร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณ เช่น อายุ เป็นข้อมูลต่อเนื่อง นำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

สถิติเชิงอนุมาน

1. การศึกษาเปรียบเทียบค่าการทรงตัวที่วัดจากซอฟท์แวร์ Smart Balance, ค่า Time up and go test (TUG) และ sit-to-stand test (STS) ก่อนและหลังการใช้แพลตฟอร์มวิเคราะห์ และประเมิน ผลการทรงตัว ใช้สถิติ Paired t-test หรือ Wilcoxon Signed Rank test

2. การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าการเปลี่ยนแปลงค่าการทรงตัวที่วัดจากซอฟท์แวร์ Smart Balance และค่า TUG, STS ที่เปลี่ยนแปลงโดยใช้สถิติ Pearson's correlation

3. คำนวณโดยใช้โปรแกรมทางสถิติ (SPSS version 18.0) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P<0.05$

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะ กรรมการพิจารณาศึกษาวิจัยในคนระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา หมายเลขรับรอง 18/2568 วันที่ให้การรับรอง 14 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

ผลการทดลองวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test ดังตารางที่ 1 พบผลสำคัญดังนี้

1. ค่าการทรงตัวที่วัดได้จากซอฟต์แวร์ Smart Balance

1.1 พบว่าค่าเฉลี่ยของการทรงตัวขณะยืนขาเดียวบนขาข้างที่ไม่ถนัดลดลงจาก 1962.27 ± 432.18 เหลือ 1843.87 ± 472.76 เมตร/วินาที2 โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 118.40 เมตร/วินาที2 (95% CI: 56.37 ถึง 180.42) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.001 ค่าเฉลี่ยลดลงคิดเป็น 6.46% (95% CI: 3.07 ถึง 9.84)

1.2 ขณะยืนขาเดียวบนขาข้างที่ถนัด ค่าเฉลี่ยลดลงจาก 2266.67 ± 642.67 เหลือ 2112.62 ± 669.36 เมตร/วินาที2 โดยผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 154.06 เมตร/วินาที2 (95% CI: 76.85 ถึง 231.26) และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ ค่าเฉลี่ยลดลงคิดเป็น 7.27% (95% CI: 4.25 ถึง 10.29)

1.3 การลดลงของค่าเฉลี่ยนี้สะท้อนถึงการทรงตัวที่ดีขึ้นเนื่องจากค่าที่วัดเป็นค่าความไม่มั่นคงหรือการแกว่งตัวที่ลดลง

2. การทดสอบ Timed Up and Go (TUG)

2.1 เวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบ TUG ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 14.93 ± 2.31 วินาที เหลือ 13.52 ± 2.08 วินาที มีผลต่างของค่า TUG เท่ากับ 1.41 วินาที (95% CI: 0.92 ถึง 1.91) โดยมีค่า $p < 0.001$ ร้อยละผลต่างของค่า TUG ลดลงคิดเป็น 9.11% (95% CI: 5.74 ถึง 12.48)

2.2 การลดลงของเวลาทดสอบ TUG นี้บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุมีความคล่องตัวและความสามารถในการเคลื่อนไหวดีขึ้น

3. การทดสอบ Sit to Stand (STS)

3.1 จำนวนครั้งในการลุกจากเก้าอี้เพิ่มขึ้นจาก 8.86 ± 2.00 ครั้ง เป็น 10.00 ± 1.89 ครั้ง

3.2 ผลต่างของค่า STS เท่ากับ 1.14 ครั้ง (95% CI: 0.54 ถึง 1.74) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.001 ร้อยละผลต่างของค่า STS เพิ่มขึ้นคิดเป็น 15.70% (95% CI: 7.23 ถึง 24.16)

3.3 การลดลงนี้สะท้อนถึงความแข็งแรงของกล้าม เนื้อขาและความคล่องตัวที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการหกล้มการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้แสดงถึงพัฒนาการที่ชัดเจนและมีความหมายทางคลินิกในการเพิ่มสมรรถภาพของผู้สูงอายุ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างค่าการทรงตัว

4.1 พบความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญระหว่างค่า TUG ที่ดีขึ้นกับค่าการทรงตัวที่วัดได้จากซอฟต์แวร์ Smart Balance ขณะยืนขาเดียวทั้งขาข้างที่ไม่ถนัดในระดับสูง ($r=0.772$, $p<0.001$) ดังภาพประกอบ 2 และขาข้างที่ถนัดในระดับปานกลาง ($r=0.566$, $p=0.001$) ดังภาพประกอบ 3

อาสาสมัครผู้สูงอายุ จำนวน 33 ราย เป็นเพศหญิง 21 ราย และเพศชาย 12 ราย มีอายุเฉลี่ย 68.97±4.43 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 60.57±9.31 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 1.59±0.11 เมตร ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 28.85±2.80 กก./ม.^{2} จากการสอบถาม พบว่ามีประวัติการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 21.2 มีความรู้สึกไม่มั่นคงเวลายืนหรือเดิน ร้อยละ 48.5 มีความกังวลกับการหกล้ม ร้อยละ 66.7 หลังการใช้งานแพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัว 8 สัปดาห์ มีอาสาสมัครไม่เข้ารับการทดสอบการทรงตัว จำนวน 4 คน เนื่องจากป่วยจำนวน 1 ราย และไม่เข้ารับการทดสอบการทรงตัวครั้งที่ 2 จำนวน 3 ราย

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบค่าการทรงตัวหลังการใช้แพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัว 8 สัปดาห์

ผลการประเมินค่าการทรงตัว	ค่าเฉลี่ย±SD	ผลต่างของค่าเฉลี่ย (95% CI)	p-value
Smart Balance ขณะยืนขาเดียวบนขาข้างที่ไม่ถนัด			
ค่าเฉลี่ยวัดครั้งที่ 1 (เมตร/วินาที^{2})	1962.27±432.18	-	-
ค่าเฉลี่ยวัดครั้งที่ 2 (เมตร/วินาที^{2})	1843.87±472.76	-	-
ผลต่างของค่าเฉลี่ย (เมตร/วินาที^{2})	-	118.40(56.37 to 180.42)*	0.001
ร้อยละผลต่างของค่าเฉลี่ย	-	6.46(3.07 to 9.84)*	-
Smart Balance ขณะยืนขาเดียวบนขาข้างที่ถนัด			
ค่าเฉลี่ยวัดครั้งที่ 1 (เมตร/วินาที^{2})	2266.67±642.67	-	-
ค่าเฉลี่ยวัดครั้งที่ 2 (เมตร/วินาที^{2})	2112.62±669.36	-	-
ผลต่างของค่าเฉลี่ย (เมตร/วินาที^{2})	-	154.06(76.85 to 231.26)*	< 0.001
ร้อยละผลต่างของค่าเฉลี่ย	-	7.27(4.25 to 10.29)*	-
TUG ครั้งที่ 1 (วินาที)	14.93±2.31	-	-
TUG ครั้งที่ 2 (วินาที)	13.52±2.08	-	-
ค่าเฉลี่ยของผลต่างของค่า TUG (วินาที)	-	1.41(0.92 to 1.91)*	< 0.001

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบค่าการทรงตัวหลังการใช้แพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัว 8 สัปดาห์

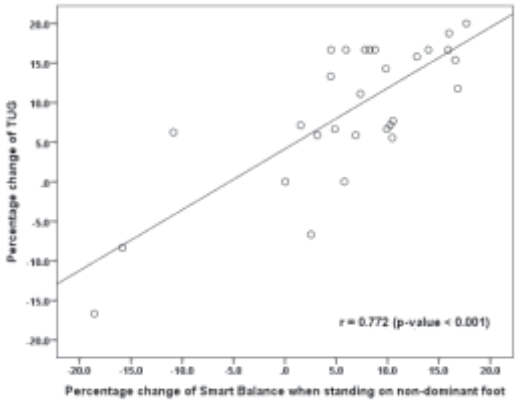
ผลการประเมินค่าการทรงตัว	ค่าเฉลี่ย±SD	ผลต่างของค่าเฉลี่ย (95% CI)	p-value
ค่าเฉลี่ยของร้อยละผลต่างของค่า TUG	-	9.11(5.74 to 12.48)*	-
STS ครั้งที่ 1 (ครั้ง)	8.86 ± 2.00	-	-
STS ครั้งที่ 2 (ครั้ง)	10.00±1.89	-	-
ค่าเฉลี่ยของผลต่างของค่า STS (ครั้ง)	-	1.14(0.54 to 1.74)	0.001
ค่าเฉลี่ยของร้อยละผลต่างของค่าของ STS	-	15.70(7.23 to 24.16)	-

***** ผลต่างของค่าเฉลี่ยจากการวัดครั้งที่ 1-ครั้งที่ 2

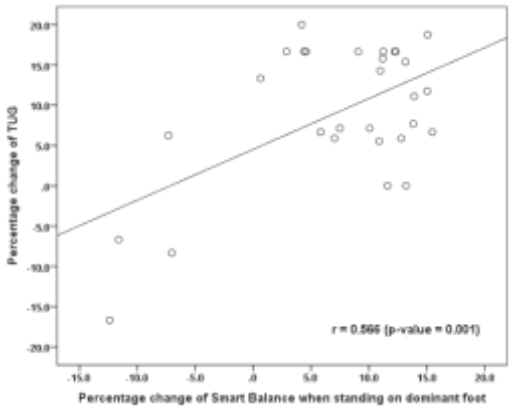
** ผลต่างของค่าเฉลี่ยจากการวัดครั้งที่ 2-ครั้งที่ 1

แสดงให้เห็นว่าเพิ่มความคล่องตัวและความเร็วในการลุก-นั่ง-เดิน (TUG) จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการทรงตัวได้ดีขึ้น

4.2 ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างค่า STS ที่เพิ่มขึ้นกับค่าการทรงตัวที่วัดได้จากซอฟต์แวร์ Smart Balance หรือค่า TUG ที่ลดลง



ภาพประกอบ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าการเปลี่ยนแปลงค่าการทรงตัวจาก Smart Balance ขณะยืนขาเดียวบนขาข้างที่ไม่ถนัดและค่าการเปลี่ยนแปลงของ TUG



ภาพประกอบ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าการเปลี่ยนแปลงค่าการทรงตัวจาก Smart Balance ขณะยืนขาเดียวบนขาข้างที่ถนัดและค่าการเปลี่ยนแปลงของ TUG

สรุปการอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นประสิทธิภาพของแพลตฟอร์มวิเคราะห์การทรงตัวในการพัฒนาสมรรถภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการพัฒนาการทรงตัวในผู้สูงอายุ (TUG ลดลง 1.41 วินาที, p<0.001) และความแข็งแรงของขา (STS เพิ่มขึ้น 1.14 ครั้ง, p=0.001) ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานวิชาการว่าการฝึกการทรงตัวช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ (Lusardi et al., 2014 และ Zhang & Yue, 2022)[19,20] อย่างไรก็ตาม มีประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น ประการแรก แม้การลดลงของเวลา TUG จะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การตีความผลลัพธ์นี้ในการประเมินความเสี่ยงหกล้มยังคงต้องพิจารณาร่วมกับเครื่องมืออื่น เนื่องจาก TUG มีความไวต่ำในการทำนาย

การหกล้ม (Lima et al., 2021)[21] ประการที่สอง การไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง STS กับการทรงตัว (Smart Balance) และ TUG ในงานวิจัยนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Punitha et al. (2025)[22] ที่รายงานความเชื่อมโยงระหว่างความแข็งแรงของขากับการทรงตัว ซึ่งอาจสะท้อนข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่างหรือวิธีการวัด นอกจากนี้ การออกแบบการศึกษาที่ไม่มีการควบคุมผลการเรียนรู้ (learning effect) จากการทดสอบซ้ำอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตามที่ Schoene et al. (2013)[23] ชี้แนะว่าควรมีการทดสอบหลายครั้งเพื่อลด bias ดังกล่าว แม้ผลลัพธ์โดยรวมจะแสดงถึงการพัฒนาทางคลินิกที่สำคัญ แต่ข้อค้นพบนี้ควรได้รับการยืนยันด้วยการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และควบคุมปัจจัยกวนอย่างเคร่งครัดต่อไป

ซอฟท์แวร์วัดการทรงตัวบนสมาร์ทโฟนมีข้อได้เปรียบด้านความสะดวกและเข้าถึงง่ายในชีวิตประจำวัน แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องความแม่นยำและความละเอียดของข้อมูลเมื่อเทียบกับเครื่องมือเฉพาะทางที่ใช้แท่นวัดและซอฟต์แวร์วิเคราะห์เชิงลึก เนื่องจากเซ็นเซอร์สมาร์ทโฟนอาจได้รับผลกระทบจากสภาพแวดล้อมและการติดตั้งที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลวัดการทรงตัว ขณะที่แพลตฟอร์มเฉพาะทางสามารถควบคุมเงื่อนไขการทดสอบได้ดีกว่าและให้ข้อมูลเชิงปริมาณที่ละเอียดกว่า จึงเหมาะสำหรับการประเมินและติดตามผลในระดับคลินิก อย่างไรก็ตาม การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนยังคงมีศักยภาพสูงในการใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นและติดตามผลระยะยาวในชุมชน ซึ่งควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงความแม่นยำและความเสถียรของข้อมูลให้เทียบเคียงกับเครื่องมือเฉพาะทางต่อไป

สรุปคือ การใช้แพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัวในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานฟื้นฟูและป้องกันการหกล้มได้จริงในบริบทของผู้สูงอายุไทย แต่ยังต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความแม่นยำและลดปัจจัยรบกวนจากสภาพแวดล้อม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. ปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม โดยแบ่งระดับความยากง่ายและรูปแบบท่าออกกำลังกายให้หลากหลาย

2. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้ตรงกับความต้องการและผลลัพธ์จริง ปรับปรุงอินเทอร์เฟซให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากขึ้น

3. การบูรณาการเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น AI, และระบบคลาวด์ เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความสะดวกในการติดตามผลแบบเรียลไทม์

4. การพัฒนาโปรแกรมฝึกแบบ gamification เพื่อเพิ่มความสนุกและแรงจูงใจในการฝึกของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. วิจัยและพัฒนาโปรแกรมที่คำนึงถึงความหลากหลายของผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพ กายภาพ และจิตใจ เพื่อให้เหมาะสมและมีประสิทธิผลสูงสุด

2. ขยายกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งด้านอายุ เพศ โรคประจำตัว และบริบทชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนความเป็นจริงมากขึ้น

3. ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แพลตฟอร์มกับกลุ่มผู้สูงอายุติดตามผลระยะยาว เช่น 6 เดือน – 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลในการลดอุบัติการณ์การหกล้มและผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว การแก้ไขปัญหาอุปสรรคเหล่านี้และใช้ข้อเสนอ แนะเป็นแนวทาง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนของโครงการ รวมถึงส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณพัฒนาแพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัวโดยสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (องค์การมหาชน) ขอขอบคุณผู้ช่วยศาตราจารย์สุภาวดี มากอ้น อาจารย์ประจำหลักสูตรวิศวกรรมปัญญาประดิษฐ์ประยุกต์ สาขาอุตสาหกรรม สังกัดวิทยาลัยรัตภูมิ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตสงขลา ที่ช่วยในการพัฒนาแพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัวสำหรับผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1.คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2562 (Situation of the Thai Elderly 2019)

2.Somluck Pianmanakit, Patcharin Puttaruksa, Supin Sarika, Vilai Kuptniratsaikul. Balance ability of the community-based elders in Amphawa district. Thai Journal of Physical Therapy. 2017; 39(2):52-62.

3.Kisner C, Colby LA. Therapeutic Exercise Foundations and Techniques. 5th ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2007. p. 251-54.

4.Hsu WL, Chen CY, Tsauo JY, Yang RS. Balance control in elderly people with osteoporosis. J Formos Med Assoc. 2014; 113(6):334-9.

5.Nashner LM, Shupert CL, Horak FB, Black FO. Organization of posture controls: an analysis of sensory and mechanical constraints. Prog Brain Res.1989;80:411-8.

6.Horak FB. Postural orientation and equilibrium: what do we need to know about neural control of balance to prevent falls?. Age and Ageing 2006; 35-S2:ii7–ii11.

7.กรมควบคุมโรค. ข้อมูลการพลัดตกหกล้ม (W00 - W19) ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป; 2565 [cited 2024 Oct 3]. Available from: https://ddc.moph.go.th/dip/

8.น้อมจิตต์ นวลเนตร์. การตรวจประเมินการทรงตัวในผู้สูงอายุ. วารสารเทคนิคการแพทย์ และกายภาพบำบัด. 2541; 10(2):59-70.

9.Langley FA, & Mackintosh SF. Functional balance assessment of older community dwelling adults: A systematic review of the literature. The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice.2007; 5(4), 1-11. Retrieved from http://ijahsp.nova.edu/articles/vol5num4/pdf/langley.pdf

10.Podsiadlo D, Richardson S. The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly person. J Am Geriatr Soc. 1991; 39: 142-8.

11.“Timed Up and Go (TUG)”. Minnesota Falls Prevention. Retrieved 2010-02-16.

12.Bischoff HA, Stahelin HB, et al. Identifying a cut-off point for normal mobility: a comparison study of the “timed up and go” test in community-dwelling and institutionalized elderly women. Age Ageing. 2003; 32: 315-320.

13.Rikli R, Jones C. Functional fitness normative scores for community-residing older adults, ages 60-94. J Aging Phys Activity. 1999; 7(2): 162-81.

14.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ.กรุงเทพ: บริษัท สินทวีการพิมพ์ จำกัด; 2562.

15.Angelica Reyes, Pei Qin & Cary A. Brown. A standardized review of smartphone applications to promote balance for older adults. Disability and Rehabilitation. 2018;40(6).

16.Barry R. Greene, Killian McManus, Lilian Genaro Motti Ader and Brian Caulfield. Unsupervised Assessment of Balance and Falls Risk Using a Smartphone and Machine Learning. Sensors 2021; 21. Retrieved from https://doi.org/10.3390/s21144770 https://www.mdpi.com/journal/sensors.

17.Patterson JA, Amick RZ, Thummar T, Rogers ME. Validation of Measurement from the Smartphone Sway Balance Application: A Pilot Study. The International Journal of Sports Physical Therapy. 2014; 9: 135-39.

18.Park SD, Kim JS, Kim SY. Reliability and Validity of the Postural Balance Application

Program Using the Movement Accelerometer Principles in Healthy Young Adults. Phys Ther Kor 2013; 20: 52-59.

19.Lusardi MM, Fritz S, Middleton A, et al. Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls? BMC Geriatr. 2014;14:14.

20.Zhang Q, Yue J. Virtual reality technology improves the gait and balance function of elderly: a meta-analysis. Arch Med Sci. 2022;18(5):1237-46.

21.Lima CA, Ricci NA, Nogueira EC, Perracini MR. Timed Up and Go test in the assessment of the risk of falls in the elderly: a literature review. Res Soc Dev. 2021;10(13):e586101321615.

22.Punitha G, Kamalraj G. Impact of Multi-Functional Sit-to-Stand Device on Balance and Functional Mobility in Elderly. J Neonatal Surg. 2025;14(16s):697-704.

23.Schoene D, Wu SM, Mikolaizak AS, et al. Discriminative Ability and Predictive Validity of the Timed Up and Go Test in Identifying Older People Who Fall: Systematic Review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013;68(1):64-7.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรวัยกลางคนตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดบุรีรัมย์

Perception of Health Status and Preventive Behaviors for Coronary Artery Disease among Middle-Aged Adults in a Subdistrict of Buri Ram Province.

(Received: June 16,2025 ; Revised: July 3,2025 ; Accepted: July 4,2025)

ชุมศรี ต้นเกตุ[1] และณัฐพร คุณโน[1]
Choomsri Tonkhet[1] and Nathaporn Kunno[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรวัยกลางคนในตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคที่อยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่พฤติกรรมการป้องกันโรคในทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 42 โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด

คำสำคัญ: การรับรู้ภาวะสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคหลอดเลือดหัวใจ

Abstract

This study aimed to investigate health perception and preventive behaviors for coronary artery disease among middle-aged adults in a subdistrict of Buri Ram Province. A survey research by cross sectional study was employed. The sample comprised 45 individuals aged 35–59 years, selected through purposive sampling. Research instruments included questionnaires on demographic characteristics, health perceptions and motivation, and coronary artery disease preventive behaviors. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. The results revealed that participants had high overall levels of health perception and motivation, except for perceived barriers, which were at a moderate level. Preventive behaviors across all dimensions were also at a moderate level, with the lowest mean scores in exercise and stress management. Stepwise multiple regression analysis identified three significant predictors of preventive behaviors: health motivation (β = 0.4), perceived severity of disease (β = 0.3), and perceived barriers (β = -0.2). These variables jointly accounted for 42% of the variance in preventive behavior (R^2 = 0.42, $p < .01$), with health motivation being the strongest predictor.

Keywords: Health awareness, Disease prevention behavior, Cardiovascular disease

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
Corresponding author: Nathaporn Kunno; Email: nathaporn15122@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) เป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2562 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดมากถึง 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยมากกว่าร้อยละ 75 อยู่ในประเทศรายได้ปานกลางถึงต่ำ[1] ในประเทศไทยแนวโน้มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยกลางคน (อายุ 35–59 ปี) ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีภาระหน้าที่สูง และมีความเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ความเครียดสะสม การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และการสูบบุหรี่[2]

ภาวะสุขภาพของประชากรวัยกลางคนมักถูกมองข้าม เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการทำงานและยังไม่แสดงอาการของโรคอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม การขาดการรับรู้ และไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงของโรค อาจนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการพัฒนาไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจในระยะยาว[3] จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) พบว่า การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ล้วนมีผลต่อความตั้งใจในการป้องกันโรคของบุคคล[4]

ประชากรวัยกลางคนเป็นช่วงวัยที่อยู่ระหว่างการสะสมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจจากการดำเนินชีวิตแบบเร่งรีบ มีความเครียดสะสมจากภาระงาน และอาจละเลยพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกายหรือการควบคุมอาหาร การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ชัดเจนของกลุ่มนี้ส่งผลให้ไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งหากปล่อยให้เป็นเช่นนี้ จะเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งครอบครัว และระบบสาธารณสุขโดยรวม

การวิจัยนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในประชากรวัยกลางคน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกอย่างจริงจัง โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ตลอดจนพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของประชากรวัยกลางคนต่อไป ด้วยเหตุนี้ การศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรวัยกลางคน จึงมีความสำคัญยิ่ง เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก และลดอัตราการเกิดโรคในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของประชากรวัยกลางคน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชนพื้นที่เป้าหมาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by cross sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการในกลุ่มประชากรวัยกลางคน อายุระหว่าง 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ในตำบลแห่งหนึ่งหนึ่ง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นวิธีการสุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ดุลยพินิจของตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสม และสอดคล้อง

กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การสุ่มแบบเจาะจง 10% หมายถึงการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีจำนวนประมาณ 10% ของประชากรทั้งหมดจากทะเบียนผู้มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2566

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 - เดือนมกราคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al.[4] ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี และผลการตรวจร่างกายค่า BMI ครั้งสุดท้าย

ชุดที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้การเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปีจำนวน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการหาคุณภาพของแบบสอบถามตามขั้นตอนดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การวิเคราะหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้วิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) แล้วคัดเลือกแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามมากกว่า 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้สำหรับสรุปลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับรู้ภาวะสุขภาพในแต่ละด้าน โดยแสดงผลในรูปของความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติวิเคราะห์ (Inferential Statistics) ใช้เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์และพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยดำเนินการดังนี้

2.1การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) ใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ เช่น การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ แรงจูงใจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

2.2 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เพื่อศึกษาตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง โดยรายงานค่า R, R^2, ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (β) และค่านัยสำคัญทางสถิติ (p-value)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ BRO 2023-138 การดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) หลักผลประโยชน์ (Principle of Beneficence) โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนทำวิจัย 2) หลักการเคารพความเป็นบุคคล (Principle of Respect of human dignity) โดยการให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย ไม่บีบบังคับ ไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยและ 3) หลักความยุติธรรม (Principle of Justice) โดยการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้งโดยไม่ปิดบังข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่าง เก็บรักษาข้อมูลทุกอย่าง อย่างเป็นความลับ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 50.8 มีอายุเฉลี่ย 56.4 อายุต่ำสุดและสูงสุดคือ 23 และ 82 ปี ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 66.7 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 81.7 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 98.4 ประกอบอาชีพร้อยละ 64.3 ใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ 79.4 อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 61.1สูบบุหรี่ร้อยละ 43.7 ดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 38.9 ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 62 มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.6 ดัชนีมวลกายสูงสุด 37.4

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ และแรงจูงใจด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ยกเว้นเพียงด้านเดียวคือ การรับรู้อุปสรรค ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยรายละเอียดจำแนกรายด้านได้แก่ การรับรู้การเสี่ยงต่อการเกิดโรค กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้การเสี่ยงอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 35.1, SD = 4.3) แสดงถึงการตระหนักรู้ว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรค กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 33.4, SD = 3.9) แสดงถึงความเข้าใจว่าโรคหลอดเลือดหัวใจอาจส่งผลกระทบร้ายแรง เช่น พิการหรือเสียชีวิต การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 27.2, SD = 3.2) ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อว่าการปรับพฤติกรรมสามารถลดความเสี่ยงของโรคได้ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 21.2, SD = 5.2) ซึ่งแสดงว่าแม้จะมีความตั้งใจ แต่ยังเผชิญกับข้อจำกัด เช่น เวลา ค่าใช้จ่ายหรือความไม่สะดวกในการปฏิบัติตาม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจด้านสุขภาพในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 25.4, SD = 3.4) แสดงให้เห็นถึงความตั้งใจที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเอง

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ที่ 66.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 112 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า บุคคลกลุ่มเสี่ยงยังคงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับที่ยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในด้านการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมด้านเหล่านี้มากขึ้นในกลุ่มประชากรเป้าหมาย

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยไม่ถ่วงน้ำหนัก (b) = 1.3 ค่าสัมประสิทธิ์ถ่วงน้ำหนักมาตรฐาน (Beta) = 0.4** อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 33 (R^2 = 0.33) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b) = 0.9 Beta = 0.3** อธิบายเพิ่มได้อีก 6% (R^2 change = 0.06) และการรับรู้อุปสรรคค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b) = -0.3 Beta = -0.2* อธิบายเพิ่มได้อีก 3% (R^2 change = 0.03) โดยรวมทั้งสามตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ ร้อยละ 42 (R^2 = 0.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.01 สรุปเชิงวิเคราะห์ได้ว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมากที่สุด การรับรู้ความรุนแรงมีอิทธิพลในระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคมีผลในทางลบต่อพฤติกรรม กล่าวคือ ยิ่งรับรู้อุปสรรคมาก พฤติกรรมการป้องกันโรคยิ่งลดลง ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการ ส่งเสริมแรงจูงใจ, เพิ่มความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค, และลดอุปสรรคต่อการปฏิบัติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยง ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สมการถดถอยพหุคูณพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง (n = 45)

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์	*b*	*Beta*	R^2	R^2_{change}	*F*
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	1.3**	0.4**	0.3	0.3	59.6**
การรับรู้ความรุนแรง	0.9**	0.3**	0.3	0.06	38.7**
การรับรู้อุปสรรค	- 0.3*	- 0.2*	0.4	0.03	29.2**

Std. Error = 7.2, Intercept = 9.2, R^2 = 0.42, $F_{(3,123)}$ = 29.2**

* = $p < 0.01$, ** = $p < 0.001$

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่าจะมีระดับแรงจูงใจด้านสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่มุ่งวิเคราะห์พฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลกลุ่มเสี่ยง และตรวจสอบปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรค โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายรวม (R^2) เท่ากับร้อยละ 42 ($p < 0.01$)

แรงจูงใจด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิไลวรรณ คมขำ และคณะ[3] ที่พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยผู้ที่มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองมักมีความพยายามปฏิบัติตนตามแนวทางสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สายอรุณ บุญคำแสน[5] ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของประชากรวัยกลางคน เมื่อพิจารณาโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาทั้ง 4 ด้าน พบว่า ในภาพรวมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรวัยกลางคนค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับดี สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการรับรู้ภาวะ

สุขภาพของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า เพศและรายได้กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker et al.[4] ซึ่งชี้ว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นกลไกภายในที่กระตุ้นให้บุคคลเลือกปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เชื่อว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงผลกระทบที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น พิการหรือเสียชีวิต แต่ยังขาดปัจจัยกระตุ้นภายนอกที่เพียงพอจนนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างชัดเจน งานวิจัยพบข้อสรุปในลักษณะเดียวกันว่าแม้ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับการรับรู้สูง แต่การปฏิบัติจริงยังไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะในด้านการตรวจสุขภาพประจำปีและการออกกำลังกาย สอดคล้องกับแนวคิดของ พรรษมน คัฒมาตย์ และคณะ[6] พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง ตัวแปรต้นทั้งหมดสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 11 โดยพบว่าเฉพาะ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมากที่สุด การรับรู้ความรุนแรงมีอิทธิพลในระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคมีผลในทางลบต่อพฤติกรรม กล่าวคือ ยิ่งรับรู้อุปสรรคมาก พฤติกรรมการป้องกันโรคยิ่งลดลง ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการ ส่งเสริมแรงจูงใจ, เพิ่มความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค, และลดอุปสรรคต่อการปฏิบัติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยง

การรับรู้อุปสรรค พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรค สอดคล้องกับการวิจัยของ นพวรรณ ธีระพันธ์เจริญ[7] ซึ่งระบุว่า ผู้ที่มองเห็นอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ เช่น เวลา ค่าใช้จ่าย หรือความไม่สะดวกจากการทำงาน มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แม้จะรับรู้ถึงความเสี่ยงก็ตามเมื่อพิจารณาร่วมกับข้อมูลพื้นฐาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีภาระหน้าที่การงาน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายหรือการปรับพฤติกรรมการกิน จึงจำเป็นต้องมีมาตรการสนับสนุนที่เหมาะสม เช่น การให้บริการสุขภาพที่เข้าถึงง่าย การสร้างแรงจูงใจผ่านครอบครัวหรือชุมชน และการสื่อสารความเสี่ยงในรูปแบบที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย และสอดคล้องกับการวิจัยของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปัณณทัต บนขุนทด[8] พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 42 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น ควรส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในบุคคลกลุ่มเสี่ยง โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ตลอดจนต้องสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค และลดอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้ตอกย้ำความสำคัญของปัจจัยด้านแรงจูงใจ การรับรู้ความรุนแรง และการลดอุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งควรเป็นแนวทางหลักในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในครั้งนี้

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ควรส่งเสริมแรงจูงใจด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยเน้นกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต เช่น การออกกำลังกายแบบง่าย การเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และการจัดกิจกรรมชุมชนร่วมกับครอบครัว

2. ด้านการสื่อสารความเสี่ยงและอันตรายของโรค ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่อง เช่น ผ่านสื่อสุขภาพวิทยุชุมชน หรือการให้คำปรึกษาโดยบุคลากรสาธารณสุข เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเห็นผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่ป้องกัน

3. ด้านการลดอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพควรจัดบริการที่เข้าถึงง่าย เช่น การตรวจสุขภาพเชิงรุกที่บ้านหรือสถานที่ทำงาน การจัดเวลาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุหรือกลุ่มทำงาน เพื่อขจัดข้อจำกัดด้านเวลา ค่าใช้จ่าย และความไม่สะดวก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างในหลายพื้นที่ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความหลากหลาย และสามารถนำไปใช้ในบริบทอื่น ๆ ได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งเปรียบเทียบผลในเขตเมืองและชนบท

2. ควรศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมเพิ่มเติม เช่น ความเชื่อทางวัฒนธรรม การสนับสนุนจากครอบครัว หรือความเครียดจากภาระงาน ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมากกว่าที่คาดไว้

3. ควรใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยใช้ทั้งแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้เข้าใจถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคในเชิงลึกและมีมิติที่รอบด้านมากยิ่งขึ้น

4. ควรติดตามผลหลังการแทรกแซง หากมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม ควรมีการประเมินผลระยะยาว เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). 2021. [cited 2025 February 15] Available from:https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)
2. กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อ 2568 มกราคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th
3. วิไลวรรณ คมขำ, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, และนพนัฐ จำปาเทศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2565;5(2):44–56.
4. Becker, M.H., Rosenstock, I.M., & Strecher, V.J. The Health Belief Model and prediction of health-related behavior. Health Education Quarterly 2019;46(2):175–83.
5. สายอรุณ บุญคำแสน. การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรวัย กลางคนตำบลปงตำ อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. [เข้าถึงเมื่อ 2568 มิถุนายน 18]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chiangmaihealth.go.th/document/231012169708558455.
6. พรรษมน คัฒมาตย์, จงจิต เสน่หา และวิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2563;31(1):62-77.
7. นพวรรณ ธีระพันธ์เจริญ. ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(ฉบับพิเศษ):137-45.
8. ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปัณณทัต บนขุนทด. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37(2):6-15

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นของคลินิกนมแม่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

The Effects of a Breastfeeding Promotion Program on Knowledge and Breastfeeding Behaviors among Adolescent Mothers at the Breastfeeding Clinic of a Sub-district Health Promoting Hospital.

(Received: June 24,2025 ; Revised: July 3,2025 ; Accepted: July 4,2025)

นิภาพรรณ มณีโชติวงค์[1] และบานเย็น แสนเรียน[1]
Nipapan Maneechotwong[1] and Banyen Saenrian[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำนวน 10 คน ที่เข้ารับบริการในคลินิกนมแม่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาวัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, มารดาวัยรุ่น, โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, ความรู้, พฤติกรรม

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a breastfeeding promotion program, based on Bandura's Self-efficacy Theory, on knowledge and breastfeeding behaviors among adolescent mothers. The research employed a one-group pretest–posttest design. The participants were 10 adolescent postpartum mothers aged 13–19 years who attended the breastfeeding clinic at a sub-district health-promoting hospital. They were selected using purposive sampling. Research instruments included a breastfeeding promotion program, a knowledge questionnaire, and a breastfeeding behavior assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The results showed that after participating in the program, the mothers had significantly higher mean scores on breastfeeding knowledge and behaviors compared to before the intervention ($p < 0.05$).

Keywords: Breastfeeding, Adolescent mothers, Health promotion program, Knowledge, Behavior

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Breastfeeding) ถือเป็นการป้อนอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกและเด็กเล็กในช่วงแรกของชีวิต โดยองค์การอนามัยโลก (WHO)[1] และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ได้แนะนำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก และต่อเนื่องร่วมกับอาหารเสริมจนถึงอายุอย่างน้อย 2 ปี ซึ่งจะส่งผลต่อการเจริญเติบโต การพัฒนา

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Corresponding author: Banyen Saenrian; Email: banyen.sae@neu.ac.th

ทางสมอง และภูมิคุ้มกันของเด็ก รวมถึงลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อในระยะยาว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน[2] อย่างไรก็ตาม อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกทั่วโลกยังคงอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่ม “มารดาวัยรุ่น” ซึ่งเผชิญกับอุปสรรคหลายประการ เช่น การขาดความรู้ ทัศนคติที่ไม่เหมาะสม แรงกดดันทางสังคม ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว รวมถึงต้องกลับไปศึกษาต่อหรือทำงาน ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มนี้มีแนวโน้มยุติก่อนกำหนด[2]

การพัฒนา “โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” ที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของมารดาวัยรุ่นจึงมีความสำคัญในระดับโลก เพื่อสร้างองค์ความรู้ ทัศนคติที่ดี และเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้อง ทั้งยังเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพในเด็กและมารดาในระยะยาว ช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจและระบบสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว[3] การศึกษาครั้งนี้จึงสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (SDGs) ข้อที่ 3 คือ “การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” โดยเน้นการลดอัตราการตายของทารก การพัฒนาสุขภาพมารดา และการส่งเสริมสุขภาวะตั้งแต่แรกเกิด ถือเป็นแนวทางเชิงนโยบายที่สนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ ดำเนินมาตรการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืนในระดับโลก[4]

สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยยังคงอยู่ในระดับต่ำ จากข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[5] พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในประเทศไทยอยู่ที่เพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือร้อยละ 50 สะท้อนถึงความจำเป็นในการดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างจริงจัง โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มักประสบปัญหาเกี่ยวกับการขาดความรู้ทักษะ และการสนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง เนื่องจากยังอยู่ในช่วงวัยที่กำลังพัฒนา อาจมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพไม่เพียงพอ ขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร และอาจเผชิญกับปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่เป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เหมาะสมกับมารดาวัยรุ่น จึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการให้นมแม่อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

คลินิกนมแม่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำ สนับสนุนและติดตามมารดาหลังคลอด การนำโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาใช้ในพื้นที่ระดับตำบล จึงน่าจะเป็นแนวทางที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และเพื่อเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi – Experimental One Group Pre–test Post–test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ มารดาวัยรุ่นอยู่ในช่วงอายุ 15- 21 ปี ที่เข้ารับบริการคลินิกนมแม่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2566 โดยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 คน การวัดผลก่อน และหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) ของ Bandura[6] และหลักการจากมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริม 4 รูปแบบ คือ

1.1 การให้คำแนะนำและสร้างแรงจูงใจ อธิบายประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กระตุ้นความเชื่อมั่น
ในตนเองของมารดา

1.2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ใช้วิดีทัศน์สาธิตแผ่นพับ และสาธิตจากมารดาต้นแบบที่ประสบความสำเร็จใน1.3 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับ มารดาวัยรุ่นได้ฝึกท่าทางในการให้นม การ
เอาหัวนมเข้าปากลูก การบีบน้ำนม

1.4 การกระตุ้นทางอารมณ์และร่างกาย สร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมให้มารดารู้สึกผ่อนคลายและเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส เป็นต้น

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” คำตอบที่ถูกต้องให้คะแนน 1 คะแนน คำตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมเต็ม 10 คะแนน

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเมินพฤติกรรมก่อน-ระหว่าง-และหลังให้นมลูก ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ 5 = ปฏิบัติบ่อยมากที่สุด 4 = ปฏิบัติบ่อยมาก 3 = ปฏิบัติปานกลาง 2 = ปฏิบัติน้อย 1 = ปฏิบัติน้อยที่สุด คะแนนรวมจะถูกนำไปวิเคราะห์เพื่อจัดระดับพฤติกรรมเป็น ระดับต่ำ–ปานกลาง–สูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการหาคุณภาพของแบบสอบถามตามขั้นตอน ดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 15 คน จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้วิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) แล้วคัดเลือกแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบัค (Cronbach’s alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ = 0.96 และแบบสอบถามพฤติกรรม = 0.92 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยยื่นขออนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อให้การดำเนินงานวิจัยมีจริยธรรมและคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2. เตรียมเครื่องมือการวิจัย จัดทำโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สร้างและตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองใช้เครื่องมือเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น เป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ไม่มีข้อห้ามในการให้นมแม่ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 10 คน

4. เก็บรวบรวมข้อมูล (ระยะก่อนทดลอง) อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pretest) เพื่อวัดความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เบื้องต้น

5. ดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โปรแกรมจัดกิจกรรมส่งเสริมทั้งหมด 3–4 ครั้ง ภายในช่วงระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลและหลังคลอด เช่น การให้ความรู้รายบุคคล การสาธิตโดยใช้สื่อวิดีทัศน์ แผ่นพับ หรือแม่ต้นแบบ การฝึกทักษะจริงและสาธิตย้อนกลับ และการติดตามทางโทรศัพท์หรือการนัดหมายที่คลินิกนมแม่

6. เก็บรวบรวมข้อมูล (ระยะหลังทดลอง) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง (Posttest) ประเมินความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังเข้าร่วมโปรแกรม

7. วิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test หรือ Wilcoxon Signed-Rank Test ตามความเหมาะสม

8. สรุปผล และจัดทำรายงานวิจัย นำผลการวิเคราะห์มาสรุป อภิปรายผล เปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เสนอข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับชุมชนหรือสถานพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของมารดาวัยรุ่น เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย อาชีพ และสถานภาพสมรส

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สำหรับเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม โดยใช้ สถิติ t-test แบบจับคู่ (Paired t-test) เนื่องจากเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันในช่วงเวลาที่ต่างกัน

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม โดยใช้ สถิติ Paired t-test เช่นเดียวกัน

2.3 หากข้อมูลไม่เป็นไปตามสมมติฐานการแจกแจงแบบปกติ (ตรวจสอบโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test) จะใช้ สถิตินอนพาราเมตริก (Non-parametric) ได้แก่ Wilcoxon Signed-Rank Test แทน

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ BRO 2023-019 ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความ

สมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยหรือไม่ก็ได้ การปฏิเสธไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) หลักผลประโยชน์ (Principle of Beneficence) โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนทำวิจัย 2) หลักการเคารพความเป็นบุคคล (Principle of Respect of human dignity) โดยการให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย ไม่บีบบังคับ ไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย และ 3) หลักความยุติธรรม (Principle of Justice) โดยการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้งโดยไม่ปิดบังข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่าง เก็บรักษาข้อมูลทุกอย่าง อย่างเป็นความลับ

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำนวน 10 คน มีอายุเฉลี่ย 18.37 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่คือ ระดับ ปวช./ปวส. (ร้อยละ 43.33) อาชีพหลักได้แก่ รับจ้าง (ร้อยละ 26.67) และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวเท่ากับ 25,133.33 บาทต่อเดือน

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลทำให้ ระดับความรู้ ของมารดาวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 9.93, SD = 0.25) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 9.30, SD = 0.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยเพิ่มความรู้ได้อย่างชัดเจน ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

คะแนนความรู้	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	Sig. (2-tailed) p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	9.30	0.95	3.597*	0.0005
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	9.93	0.25		

$p < 0.05$

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลทำให้ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาวัยรุ่นดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 4.51, SD = 0.28) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 3.72, SD = 0.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ แสดงว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมให้มารดาปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ดีขึ้น ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

คะแนนความรู้	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	Sig. (2-tailed) p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.72	0.34	6.124*	0.000
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.51	0.28		

$p < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) ต่อความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง (One Group Pretest–Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำนวน 10 คน ที่เข้ารับบริการในคลินิกนมแม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายหลังได้รับโปรแกรมก็สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ด้านความรู้ โปรแกรมส่งเสริมที่ใช้รูปแบบการให้ความรู้เชิงปฏิบัติ การสาธิต การมีส่วนร่วม และการใช้ตัวแบบ ช่วยให้มารดาเกิดความเข้าใจเรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นุจรินทร์ เพ่งพิศ และคณะ[7] ที่พบว่า โปรแกรมที่จัดในลักษณะต่อเนื่องและหลากหลายวิธีช่วยเพิ่มระดับความรู้ของมารดาได้อย่างชัดเจนผลการวิจัยพบว่ามารดาหลังคลอดกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 14.61, 8.25 และ 6.99 ตามลำดับ) และมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของแผนกหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 9.43, 2.79 และ 3.84 ตามลำดับ) ทั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมการให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับกลไกการเกิดน้ำนม ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเตรียมตัวเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยหลัก 4 ดูด วิธีการเก็บรักษาน้ำนม และการแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยได้ทำการสอนเป็นรายบุคคล มีการสาธิต และให้มารดาหลังคลอดสาธิตย้อนกลับ พร้อมทั้งมีคู่มือวีดีโอในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไว้ให้ศึกษา จึงให้มารดามีความมั่นใจ และมีความรู้มากขึ้นจากการมีประสบการณ์ และมีความรู้มากขึ้นจากการทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง

ด้านพฤติกรรม การที่พฤติกรรมของมารดาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าโปรแกรมสามารถสร้างความมั่นใจ เสริมแรงจูงใจ และให้ทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติจริง สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura[6] ที่ชี้ว่าความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเกิดจากการ

เรียนรู้แบบมีแบบอย่าง การกระตุ้นทางอารมณ์ และคำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพอย่างเป็นกันเองกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นการช่วยให้มารดาหลังคลอดมีการผ่อนคลายความเครียด และความวิตกกังวล ทำให้เกิดความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ และเอาใจใส่ มีความรู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมการเลี้ยงบุตร ด้วยนมแม่ได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมยิ่งขึ้น มีการสาธิต และฝึกท่าทางในการอุ้มบุตรดูดนมแม่ในท่านั่ง และท่านอน วิธีการจับประคองเต้านม มีการสาธิตย้อนกลับ ถ้ามารดาหลังคลอดปฏิบัติไม่ถูกต้อง รวมทั้ง มีอุปสรรคต่าง ๆ ได้แก่ บุตรไม่ยอมดูดนมแม่ นมแม่ไม่ไหล ผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือ และแนะนำเพิ่มเติมในการปฏิบัติ ที่ถูกต้อง และเหมาะสมสำหรับมารดาในแต่ละราย มีการเปิดโอกาสให้ซักถามและตอบปัญหาเกี่ยวกับความข้องใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ช่วยให้เกิดความมั่นใจ และมีการเตรียมตัวก่อนเผชิญกับสถานการณ์จริง มีการมอบคู่มือ และวีดีโอการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ เพื่อให้มารดาหลังคลอดสามารถทบทวน จะเป็นการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดความจำได้ดีขึ้น ผลลัพธ์นี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศริณธร มังคะมณี[8] ที่พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์และให้คำปรึกษาเฉพาะราย ส่งผลให้มารดามีความต่อเนื่องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ เพียงไพฑูรย์ นามศักดิ์ และคณะ[9] และพรณิศา แสนบุญส่ง และวรรณดา มลิวรรณ์[10] ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) ความสำคัญต่อภาคปฏิบัติ โปรแกรมลักษณะนี้สามารถประยุกต์ใช้ในคลินิกนมแม่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้จริง ด้วยทรัพยากรที่มีจำกัด โดยเฉพาะกับมารดาวัยรุ่นที่มักขาดความมั่นใจและทักษะ[11]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในครั้งนี้

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปใช้จริงในคลินิกนมแม่ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นเกิดความรู้ ความมั่นใจ และพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง

2. พยาบาลและบุคลากรที่ให้บริการควรได้รับการอบรม เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมและแนวทางการให้คำปรึกษาอย่างถูกต้อง ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ เทคนิคการให้นม และการสนับสนุนด้านจิตใจ

3. ควรจัดระบบการติดตามผลหลังคลอด เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ การนัดพบที่คลินิกนมแม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ความช่วยเหลือ แก้ปัญหา และเสริมแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรสและผู้สูงอายุในบ้าน ให้เข้าใจและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อสร้างเครือข่ายสนับสนุนในระดับครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น มารดาที่มีประสบการณ์คลอดบุตรหลายครั้งหรือมารดาที่ทำงานนอกบ้าน เพื่อนำผลไปเปรียบเทียบและขยายผลให้กว้างขวางขึ้น

2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม เช่น ติดตามต่อเนื่องจนถึง 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลในระยะยาวของพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมร่วมกับปัจจัยอื่น เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อ หรืออิทธิพลของสื่อโฆษณานมผสม ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4. ควรทดลองใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบออนไลน์หรือแอปพลิเคชัน เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูล และสร้างทางเลือกใหม่ให้กับมารดาในยุคเทคโนโลยี

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Infant and young child feeding. 2023. [cited 2025 May 2] Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding

2.UNICEF. (2022). The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health. New York: UNICEF.

3.Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., ... & Rollins, N. C. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet, 2016:387(10017), 475–490. [cited 2025 May 2] Available from:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7

4.กรมอนามัย. (2564). แนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2564.

5.กรมอนามัย.(2565). รายงานสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แห่งชาติ ปี 2565. กระทรวงสาธารณสุข, 2565.

6.Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 1977:84(2);191–215.

7.นุจรินทร์ เพ่งพิศ, ศริณธร มังคะมณี, และขวัญใจ เพทายประกายเพชร. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดในคลินิกนมแม่. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี, 2565:5(1):58–66.

8.ศริณธร มังคะมณี โปรแกรมการให้คำปรึกษาเสริมพลังในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์, 2565;33(1):17–26.

9.เพียงไพฑูรย์ นามศักดิ์, มัสลินภร จู่มา, นาถติยา สุภาปุ และพัชริดา อรพิมพ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ในหอผู้ป่วย พิเศษ VIP 4,5 โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลหนองคาย, 2566.

10.พรณิศา แสนบุญส่ง และวรรณดา มลิวรรณ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2559:10(2);88–95.

11.กรมอนามัย.(2563). คู่มือการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2563.

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

Development of health care models for elderly people with diabetes WatthanaNakhon District Sa Kaeo Province.

(Received: July 3,2025 ; Revised: September 20,2025 ; Accepted: September 21,2025)

ณิชาดา จิฐาวรานนท[1] นภาพล วสนาท[1] ปัณฑิตา หัวดอนนัก[2] อนุสรา บัวพา[3]
Nichada Chitawaranon[1] Naphaphon Wasanat[1] Pandita Huadonnak[2] Anusara Buapha[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว อาสาสมัครที่ใช้ในวิจัยได้แก่ คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอ/ตำบล และผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 256 คน โดยมีเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ การสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ ใช้ระยะเวลาการดำเนินงาน 12 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ คือสถิติ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยพัฒนาศักยภาพของชุมชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง เน้นการดูแลอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียม 2) มีการออกแบบระบบบริการในทุกระดับของสถานบริการอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ระบบสนับสนุนการรักษาในกลุ่มที่มีอาการแทรกซ้อนมีคุณภาพ 4) มีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญที่สหวิชาชีพสามารถใช้ร่วมกันในการดูแลเป้าหมายอย่างเพียงพอ 5) มีกลไก กระบวนงาน และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูง และ 6) การร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ผลการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการเกิดโรคเบาหวาน มากขึ้นหลังใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับน้ำตาล HbA1c ลดลง หลังการใช้รูปแบบแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สามารถนำรูปแบบนี้ไปใช้ในพื้นอื่น ๆ หรือในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: ความรู้, ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน, พฤติกรรม, รูปแบบ

Abstract

This participatory action research aimed to develop a health care model for elderly individuals with diabetes in Watthana Nakhon District, Sa Kaeo Province. The research participants included district/township non-communicable disease control committees and 256 elderly individuals with uncontrolled Type 2 diabetes. The research instruments consisted of group discussions and interviews. The research was conducted over 12 months, with quantitative data analyzed using descriptive statistics and Paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that the developed health care model for elderly individuals with diabetes in Watthana Nakhon District consisted of six key components: 1) promoting self-care by enhancing community and family capacity to provide quality and equitable care, 2) designing an effective service delivery system at all levels, 3) a quality support system for treating complications, 4) a shared database for healthcare professionals to manage patient care, 5) efficient management mechanisms and processes, and 6) collaboration among communities, healthcare units, and relevant organizations. The evaluation results showed a statistically significant increase in the

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว
[2] นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว
[3] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่องกุ่ม

average knowledge of diabetes and self-care behaviors among the elderly participants, as well as a statistically significant reduction in HbA1c levels after using the model.In conclusion, the developed model is appropriate and can be applied to other regions or in the management of other chronic non-communicable diseases.

Keywords: Knowledge, Elderly People with Diabetes, Self-care Behavior, Health Care Model

บทนำ

อำเภอวัฒนานาคร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการต่อเนื่อง จำนวน 4,617 คน พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 481 คน มีผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจรักษา จำนวน 3,511 คน คิดเป็นร้อยละ 76.05 ควบคุมระดับน้ำตาลได้ 1,771 คน คิดเป็นร้อยละ 38.36 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม จำนวน 4,441 คน เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 773 คน คิดเป็นร้อยละ 17.40 ได้รับการตรวจรักษาต่อเนื่อง จำนวน 3,401 คน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ 1,687 คน คิดเป็นร้อยละ 37.99 ปัจจุบันมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โรคเบาหวานแม้จะรักษาไม่หายแต่สามารถควบคุมโรคหรือระดับน้ำตาลได้โดยการดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมถูกต้อง ด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ การจัดการความเครียดและการใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจและมีเป้าหมายในการดูแลตนเอง หากผู้ป่วยไม่ตั้งใจและปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ก็จะส่งผลให้การควบคุมโรคไม่ดี[1] จากแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม กล่าวว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นประกอบด้วยการดูแตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล จากแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานของสถานบริการสาธารณสุขในอำเภอวัฒนานคร พบว่าเป็นการดำเนินงานเชิงรับ โดยเน้นการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และการรักษาโดยการจ่ายยาโดยทีมแพทย์จากโรงพยาบาลวัฒนานคร ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีปัญหาการความจำและการเรียนรู้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม และขาดผู้ดูแล ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจำเป็นต้องค้นหาวิธีการใหม่ ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลได้ การดำเนินงานดังกล่าวจำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนาระบบการดูแลที่สามารถให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนทฤษฎี และงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model; CCM) ที่พัฒนาขึ้นโดย MacColl Institute for Health Care Innovation เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยแนวคิดประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ชุมชนให้การสนับสนุน 2) ระบบสุขภาพที่ให้การสนับสนุน 3) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพ 4) ทีมงานที่มีความพร้อม 5) ปฏิสัมพันธ์ที่ดีของทีมงานและผู้ป่วย และ 6) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ปัจจุบันมีการนำแบบจำลองนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ผลการประเมินพบว่าแบบจำลองนี้ทำให้คุณภาพกระบวนการดูแลรักษาและผลลัพธ์ระยะสั้นดีขึ้น ส่วนผลลัพธ์ระยะยาวยังไม่มีข้อมูลชัดเจน[2] ซึ่งรูปแบบดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ในการพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ในพื้นที่อำเภอวัฒนานคร โดยการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาศักยภาพระบบบริการ และศักยภาพของชุมชนให้มีความพร้อมที่จะจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผลดีกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุ และตอบสนองต่อการวางแผนเตรียมรับสถานการณ์ การเป็นสังคมผู้สูงอายุในระยะยาวได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานอำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) คือใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพนำวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งเป็นวิธีที่มีความเหมาะสมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เลือกพื้นที่การศึกษาอำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามระเบียบวิธีการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหา เป็นคณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับตำบลจำนวน 11 ตำบล ตำบลละ 10-20 คน ในแต่ละชุด ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลที่ทำหน้าที่บริหารจัดการคลินิกโรคเรื้อรัง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน ตัวแทนจากผู้นำชุมชนอาสาสมัคร และเครือข่ายผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 10 คน รวมกลุ่มเป้าหมายที่ระบุไว้ เท่ากับ 20 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

2. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 เป็นคณะทำงานควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอและระดับตำบล (NCDs Board) แต่งตั้งขึ้น จำนวน 30 คน และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอีกจำนวน 20 คน รวม 50 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อใช้ในกระบวนการการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานตามกระบวนการการดูแลผู้ป่วย (CPG) และ การถอดทบเรียน โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C และการถอดบทเรียนหลังการดำเนินงาน (After Action Review: AAR)

3. กลุ่มตัวอย่างขั้นตอนที่ 3 จำนวนอาสาสมัครทั้งหมด 256 คน สำหรับประเมินผลตามตัวแปรตาม การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากสูตรของ สูตรคำนวณของ Krejcie & Morgan[3] โดยกำหนดให้ จำนวนประชากรที่ศึกษา เท่ากับ 773 ราย ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 0.05 ระดับความเชื่อมั่น 3.84 สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 256 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยโดยการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ใช้สำหรับเก็บข้อมูลความคิดเห็นของคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครอบคลุมประเด็นศึกษาประกอบด้วย 5 ประเด็น

2. แบบประเมินความเหมาะสมสำหรับผู้เชียวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน

3. แบบสัมภาษณ์การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการเกิดโคเบาหวาน

4. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ข้อมูลความคิดเห็นของคณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

5. แบบสอบถามการมีส่วนร่วม สำหรับคณะกรรมการและคณะทำงาน เป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ พัฒนาโดย จุฑามาศ พันสวรรค์ (2562)

6. เครื่องมือตรวจวัด ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิจัยนี้มีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การศึกษาสภาพปัญหาและโอกาสการพัฒนา พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตามแนวทางแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังนี้

1.1 การศึกษาสภาพปัญหาของโรคเบาหวานจากข้อมูลสถิติสาธารณสุข การวิเคราะห์ ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน (Epidemiological) โดยใช้หลักการ โยงใยแห่งสาเหตุของปัญหา (Web of Causation) การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย จำนวน 21 ราย เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ (Predisposing Reinforcing, and Enabling Factors) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง (Environmental Assessment) จากนั้น เป็นการวิเคราะห์องค์กร ด้วยการวิเคราะห์ SWOT Analysis โดยคณะกรรมการ NCDs และผู้เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Analysis) ตามความเกี่ยวข้อง และหน้าที่ ในมิติ ผลกระทบ (Impact) ความสำคัญ (Importance) ความสนใจ (Interest) และ พลังใจการขับเคลื่อนงาน (Power) เมื่อทราบผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานแล้ว จึงได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอวัฒนานคร เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นความสำคัญของปัญหาเบาหวาน และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ สร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงาน โดยร่างบันทึกความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ด้านงบยประมาณ บุคลากร และกระบวนการดำเนินงาน

2. การพัฒนาระบบบริหารจัดการและการทำแผนพัฒนา โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) โดยมีกิจกรรม 1) การสร้างการรับรู้สภาพปัญหาและความเร่งด่วนในการจัดการปัญหา 2) การสร้างกลยุทธ์ แนวทางการพัฒนา การสนับสนุน การนิเทศงาน การประสานงาน 3) การสร้างแนวทางการปฏิบัติ การแบ่งงาน และการบริหารจัดการ โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

3. การประเมินผลการดำเนินงาน ใช้การประเมินการดำเนินงานในรูปแบบ ระยะก่อนดำเนินงาน และหลังการดำเนินงาน โดยการสุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคแบาหวาน ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 256 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ โดยประเมินการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาล HbA1c และการประเมินระดับการมีส่วนร่วมโดยสุ่มจากคณะทำงาน จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วม

4. ร่วมกันถอดบทเรียนวิเคราะห์ ประเมินปัญหาอุปสรรค การดำเนินงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในรูปแบบ AAR (After Action Review) โดยใช้รูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ ใช้การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired Samples T test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มผู้วิจัยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็น (Content Analysis) โดยอาศัยเทคนิคหลักในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนแนวคิดตามข้อมูลเชิง

ประจักษ์ 2) การวิเคราะห์เพื่อแสดงตัวอย่างและ 3) การวิเคราะห์โดยการจัดกลุ่มแนวคิด เพื่อตรวจสอบความแม่นตรงของข้อมูลผู้วิจัยได้ใช้แนวทางการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเองโดยพัฒนาศักยภาพของชุมชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง เน้นการดูแลอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียม 2) มีการออกแบบระบบบริการในทุกระดับของสถานบริการอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ระบบสนับสนุนการรักษาในกลุ่มที่มีอาการแทรกซ้อนมีคุณภาพ 4) มีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญที่สหวิชาชีพสามารถใช้ร่วมกันในการดูแลเป้าหมายอย่างเพียงพอ 5) มีกลไกกระบวนงาน และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูง และ 6) การร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ผลการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการเกิดโรคเบาหวาน มากขึ้นหลังใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับน้ำตาล HbA1c ลดลง หลังการใช้รูปแบบแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สามารถนำรูปแบบนี้ไปใช้ในพื้นอื่น ๆ หรือในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ได้

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ด้านบริบทและสภาพปัญหา พบว่า อำเภอวัฒนานคร เป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดสระแก้ว พบผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ โดย องค์ประกอบที่ 1 การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self–care) โดยพัฒนาศักยภาพของชุมชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง และภาครัฐให้การสนับสนุนในส่วนขาด โดยเน้นการดูแลที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม โดยการแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ กลุ่มที่ 2 มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลานแต่ไม่มีศักยภาพในการดูแลอย่างเพียงพอ และกลุ่มที่ 3 ไม่มีผู้ดูแลโดยจะมีการ จัดทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานเชี่ยวชาญ จัดการเรียนรู้ตามหลักสูตรที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวัฒนานครพัฒนาขึ้น ในการให้ความรู้ การบันทึกรายการอาหาร และการตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว โดย อสม.พี่เลี้ยงที่เหมาะสม องค์ประกอบที่ 2 ทีม สหวิชาชีพมีการออกแบบระบบบริการในทุกระดับของสถานบริการ ทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ จัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน และมีการประชุมชี้แจงแนวทางให้กับวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อวิเคราะห์ ปรับปรุงกระบวนงาน และประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การรักษาพยาบาล การพยาบาลชุมชน การฟื้นฟูสภาพ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแลความปลอดภัยด้านยา ระบบการส่งต่อ และการดูแลด้านสังคมสงเคราะห์ องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาระบบสนับสนุนการรักษาภายใต้แนวทางแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งนี้เน้นการฟื้นฟูปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการลดการใช้ยา และติดตามตัวชี้วัดทางชีวภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบที่ 4 พัฒนามีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญที่ สหวิชาชีพสามารถใช้ร่วมกันในการดูแลเป้าหมายอย่างเพียงพอ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตาม ช่วยเหลือประเมินผลที่ถูกต้อง รวดเร็ว เช่น การใช้ line Video Conference การใช้ระบบ GIS ในการติดตาม รับส่งผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน การพัฒนา Application สอน. บัดดี้ การประเมินและติดตามผลการรักษา 5) มีกลไกกระบวนงาน และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

สูง ได้แก่ การกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานด้านวิชาการที่ประกอบด้วยตัวแทนจากสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน มีการประชุมติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ เน้นการพัฒนาองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการทำบันทึกข้อตกลงการดำเนินงานในระดับอำเภอ/ตำบล และ 6) สร้างความร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพและภาคีเครือข่าย ในการใช้ทรัพยากรบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ร่วมกัน เพื่อสร้างความคล่องตัวในการใช้งบประมาณ เช่น การสนับสนุนเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว เครื่องวัดความดันโลหิต สร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารแก่ชุมชน การเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วย มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการดำเนินการได้ ผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

2. ผลการศึกษาการใช้รูปแบบ โดยการสุ่มตัวอย่างผู้เป็นเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 256 คน พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=256) กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.14 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.70 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.52 อาชีพส่วนมากมีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 52.73 ด้านระยะเวลาการป่วย ส่วนมากมีระยะเวลาป่วยระหว่าง 1–7 ปี ร้อยละ 43.36 ค่าเฉลี่ย 10.78 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.51 ระดับน้ำตาล HbA1c ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ระหว่างต่ำกว่า 7% มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.17% ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88

ผลการวิเคราะห์ ระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 71.48 รองลงมา อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 25.78 หลังการใช้รูปแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.78 ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.22 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างระดับความรู้ต่ำ

ระดับการดูแลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว โดยจัดระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานดูแลตนเองปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 64.45 และหลังการใช้รูปแบบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานดูแลตนเองดีมากที่สุด ร้อยละ 66.41 ค่า HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้รูปแบบ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับควบคุมได้ ร้อยละ 60.94 รองลงมาอยู่ในกลุ่มควบคุมได้ปานกลาง ร้อยละ 30.08 หลังใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมระดับ HbA1c ดีขึ้น มีกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมได้ดีเพิ่มขึ้น ควบคุมได้ในระดับได้ดี ร้อยละ 12.11 และควบคุมไม่ดีลดลง ร้อยละ8.21 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมหลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ ระยะเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวม ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองระยะก่อนร่วมพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และมีขนาดอิทธิพลในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงเมื่อเปรียบเรียมกับระยะก่อนร่วมพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีขนาดอิทธิพลในระดับมาก ผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐาน

แสดงให้เห็นว่า แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความเหมาะสมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลด้วยสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม ดังนั้นกระบวนการขับเคลื่อนจำเป็นต้องมีคณะกรรมการ กลไก และกระบวนการทำงานที่อาศัยการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะ บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สนับสนุนด้านงบประมาณและพัฒนาคุณภาพชีวิต ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เช่น ชมรมเบาหวาน รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นผู้รับบริการต้องร่วมกันดำเนินงาน เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการยั้งคิด มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง อย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และเข้าสู่เบาหวานระยะสงบต่อไป[4,5,6]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผล โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

2. ควรมีการศึกษา ด้านการวิเคราะห์ด้านการลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์

3. ควรมีการศึกษาระยะยาวผลลัพธ์ของรูปแบบต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ปีสุขภาพดี (Adjusted Life Expectancy) หรืออายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy

เอกสารอ้างอิง

1. รื่นจิต เพชรจิต. (2558).พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้,2(2) ,25-28
2. วิโรจน์ เจียมจัสรังษี. (2550). ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2(1), 82-90.
3. ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในจังหวัดชัยภูมิ ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปะศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ.การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 14 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม 7 – 8 กรกฎาคม 2565.
4. สมเกียรติ ทองเล็ก1,รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ1,จำเนียร สุวรรณชาติ.(2556). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วม ของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2566.
5. พันธวี คำสาว,วลัยภรณ์ กุลวงค์ และบุญยัง ขันทะหัด.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร.วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566.
6. จิรพรรณ ผิวนวล และประทุม เนตรินทร์. (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้วใน ตำบลบางแก้วอำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 1(2), 46-61.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

อิทธิพลของปัจจัยกลยุทธ์การตลาด 4Ps ที่มีต่อการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพของประชาชน เขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

Influence of 4Ps Marketing Strategy Factors on the Decision to Purchase Traditional Chinese Herbal Health Tea among Consumers in Bangkok, Thailand.

(Received: September 16,2025 ; Revised: September 24,2025 ; Accepted: September 25,2025)

กิ่งแก้ว พรอภิรักษสกุล[1] ประเสริฐ สิทธิจิรพัฒน์[2]
Kingkaeo Phonaphiraksakun Prasoet Sitthichiraphat

บทคัดย่อ

บทความวิจัยเรื่อง อิทธิพลของปัจจัยกลยุทธ์การตลาด 4Ps ที่มีต่อการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพ ของประชาชน เขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนประสมทางการตลาด 4Ps และกระบวนการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพของประชาชน เขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย และเพื่อศึกษาผลของส่วนประสมทางการตลาด 4Ps ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจซื้อซ้ำสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพของประชาชน เขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหากลุ่มตัวอย่างเมื่อไม่ทราบขนาดประชากรที่แน่ชัด ของ Taro Yamane 1973 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น จำนวน 500 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยแบบสอบถามเป็นแบบคัดกรอง วิเคราะห์ข้อมูลโดย ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation หรือ S.D.) และการวิเคราะห์หาการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้าน ผลิตภัณฑ์ ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจซื้อสูงที่สุด รองลงมาคือ ช่องทางจัดจำหน่าย, ราคา, และ การส่งเสริมการตลาด ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า 4Ps มีผลกระทบในเชิงบวกและมีนัยสำคัญต่อการตัดสินใจซื้อของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ธุรกิจควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์ และจัดจำหน่ายอย่างครอบคลุม เพื่อกระตุ้นการซื้อซ้ำและสร้างความภักดีในระยะยาว

คำสำคัญ: กลยุทธ์การตลาด 4Ps, การตัดสินใจซื้อ, ชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพ

Abstract

This study aims to examine the level of personal factors, the marketing mix (4Ps), and the decision-making process regarding the purchase of Chinese herbal tea for health among residents in Bangkok, Thailand. It also aims to investigate the influence of the marketing mix (4Ps) on the purchase decision-making process of Chinese herbal tea for health in this population. The sample size was determined using Taro Yamane's (1973) formula for unknown population sizes at a 95% confidence level, resulting in a total sample size of 500 participants. The research tool used for data collection was a questionnaire. The first item of the questionnaire served as a screening question. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation (S.D.) and multiple regression analysis.

The research findings revealed that the product factor had the greatest influence on the purchasing decision process, followed by distribution channels, price, and promotion. The analysis indicated that the 4Ps have a positive and statistically significant impact on the purchasing decisions of people in Bangkok. Businesses should focus on improving product quality and expanding distribution coverage to encourage repeat purchases and build long-term brand loyalty.

Keywords: 4Ps Marketing Strategy, Purchase Decision, Chinese Herbal Tea for Health

---

[1] ผศ. อาจารย์ประจำ สาขาการตลาดดิจิทัล คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม

[2] ผศ. อาจารย์ประจำ สาขาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม

บทนำ

ในปัจจุบัน กระแสการดูแลสุขภาพของประชาชนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สืบเนื่องจากความตระหนักในด้านคุณภาพชีวิตที่ดีและความต้องการในการมีสุขภาพแข็งแรงโดยปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ส่งผลให้ผู้บริโภคให้ความสนใจเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ เช่น อาหารเพื่อสุขภาพ เครื่องดื่มสมุนไพร และชาสมุนไพร ซึ่งได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีคุณค่าทางสมุนไพรที่ช่วยบำรุงร่างกายและป้องกันโรคได้ในระดับหนึ่งชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพ เป็นหนึ่งในผลิตภัณฑ์ที่มีความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้บริโภคที่ใส่ใจสุขภาพ เนื่องจากมีองค์ประกอบจากสมุนไพรจีนที่ใช้กันมาอย่างยาวนานในทางการแพทย์แผนจีน และมีสรรพคุณทางยา เช่น ช่วยลดความดันโลหิต ลดไขมันในเลือด หรือบำรุงระบบย่อยอาหาร เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ท่ามกลางการแข่งขันของตลาดที่หลากหลาย โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่ศูนย์กลางของประชากรที่มีกำลังซื้อสูงและมีพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การเข้าใจพฤติกรรมผู้บริโภคและปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งกลยุทธ์ทางการตลาดที่ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายในเชิงทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ คือ กลยุทธ์การตลาดแบบ 4Ps ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ (Product) ราคา (Price) ช่องทางการจัดจำหน่าย (Place) และการส่งเสริมการตลาด (Promotion) ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมผู้บริโภคในทุกระดับ การศึกษาถึงอิทธิพลของกลยุทธ์การตลาด 4Ps ต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพ จึงนับว่าเป็นสิ่งที่สามารถสะท้อนให้เห็นแนวทางการดำเนินกลยุทธ์ที่เหมาะสมสำหรับผู้ประกอบการ ตลอดจนเป็นข้อมูลสนับสนุนด้านการวางแผนการตลาดเชิงกลยุทธ์อย่างมีประสิทธิภาพ[1,2]

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงอิทธิพลของกลยุทธ์การตลาด 4Ps ที่มีต่อกระบวนการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมุ่งหวังให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ การวางแผนการตลาด และการสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้บริโภคในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนประสมทางการตลาด 4Ps และกระบวนการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพของประชาชน เขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาผลของส่วนประสมทางการตลาด 4Ps ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพของประชาชน เขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่อง อิทธิพลของปัจจัยกลยุทธ์การตลาด 4Ps ที่มีต่อการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพของประชาชน เขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งมุ่งเน้น การสำรวจสอบถามเฉพาะ ผู้บริโภคที่ตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพ เขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้บริโภคที่ตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพ เขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหากลุ่มตัวอย่างเมื่อไม่ทราบขนาดประชากรที่แน่ชัด ของ Taro Yamane[3] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น จำนวน 500 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่

ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาจากการศึกษาแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน

โดยแบบสอบถามเป็นแบบคัดกรอง โดยข้อคำถามแรก ถามว่า ท่านดื่มชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพ เป็นประจำหรือไม่ ถ้าผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบว่า “ไม่” ผู้ตอบแบบสอบถามท่านนั้น ไม่ต้องทำแบบสอบถามข้อต่อไป หากผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบว่า “ใช่” ผู้ตอบแบบสอบถามท่านนั้น ต้องทำแบบสอบถามข้อต่อไป

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยปัจจัยกลยุทธ์การตลาด 4Ps โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Philip Kotler และ E. Jerom McCarthy[1] มาใช้ ประกอบด้วย: ผลิตภัณฑ์ (Product), ราคา (Price), ช่องทางจัดจำหน่าย (Place), และการส่งเสริมการตลาด (Promotion) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของ Likert ได้แก่ (5) เห็นด้วยมากที่สุด (4) เห็นด้วยอย่างมาก (3) เห็นด้วยปานกลาง (2) เห็นด้วยน้อย และ (1) เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยการตัดสินใจซื้อ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Philip Kotler[2] มาใช้ ประกอบด้วย: การรับรู้ปัญหา การค้นหาข้อมูล การประเมินทางเลือก การตัดสินใจซื้อ และพฤติกรรมหลังการซื้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของ Likert ได้แก่ (5) เห็นด้วยมากที่สุด (4) เห็นด้วยอย่างมาก (3) เห็นด้วยปานกลาง (2) เห็นด้วยน้อย และ (1) เห็นด้วยน้อยที่สุด

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาคำนวณค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และนำค่ามาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ในการแปลผล[4] ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย การหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเที่ยงตรงในเนื้อหา (Validity) โดยหาค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ[4] และเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.6 ส่วนที่มีค่าน้อยกว่า 0.6 ให้ตัดทิ้งไป แต่หากต้องการนำมาใช้ จะต้องดำเนินการปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำ ของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ 0.78 สามารถนำมาใช้ในการวิจัยได้

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับพนักงาน ที่มีลักษณะการปฏิบัติงานใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α – Coefficient) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ 0.95 ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ใช้สำหรับวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ต่อเดือน

2 ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation หรือ S.D.) ใช้สำหรับวิเคราะห์

ระดับของปัจจัยกลยุทธ์การตลาด 4Ps และปัจจัยการตัดสินใจซื้อ

3.ใช้การวิเคราะห์หาการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ในการวิจัยเรื่องอิทธิพลของปัจจัยกลยุทธ์การตลาด 4Ps ที่มีต่อการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพของประชาชน เขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยด้านปัจจัยส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ด้านอายุ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 18 - 25 ปี และ 26 – 35 ด้านสถานภาพการสมรส พบว่าเป็นกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสโสดมากที่สุด ด้านระดับการศึกษาพบว่าผู้มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด และด้านรายได้ต่อเดือนพบว่ากลุ่มรายได้ 5,000 - 10,000 บาทและ 10,001 - 15,000 บาทมีจำนวนมากที่สุด

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามไปวิเคราะห์ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย เรื่อง อิทธิพลของปัจจัยกลยุทธ์การตลาด 4Ps ที่มีต่อการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพของประชาชน เขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย พบว่า ผลการวิจัยผลิตภัณฑ์ (Product) ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญกับตัวสินค้า เช่น ส่วนผสม ความน่าเชื่อถือ และคุณภาพเฉลี่ยอยู่ที่ 4.21 (ระดับมาก) แสดงว่าสินค้าเป็นปัจจัยที่สำคัญสูงสุดต่อการตัดสินใจซื้อ ราคา (Price) ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.85 สะท้อนว่าราคามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อในระดับมาก โดยมี S.D. 0.66 แสดงว่าความเห็นของผู้บริโภคมีความแตกต่างกันพอสมควร ช่องทางจัดจำหน่าย (Place) ค่าเฉลี่ย 4.10 ระบุว่าความสะดวกในการหาซื้อ เช่น จำหน่ายออนไลน์ ร้านค้าใกล้บ้าน หรือในห้างสรรพสินค้า มีความสำคัญในระดับมาก การส่งเสริมการตลาด (Promotion) ค่าเฉลี่ย 3.67 แม้จะน้อยที่สุดในบรรดา 4Ps แต่ยังอยู่ในระดับ "มาก" แสดงว่าโปรโมชั่นหรือการโฆษณายังคงมีอิทธิพลต่อการซื้อแต่ไม่เท่าปัจจัยอื่น สรุปโดยรวมกลยุทธ์ทางการตลาดที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานครมากที่สุดคือ ผลิตภัณฑ์ (Product) รองลงมาคือ ช่องทางจัดจำหน่าย (Place) ในขณะที่ การส่งเสริมการตลาด (Promotion) มีอิทธิพลน้อยที่สุดใน 4Ps

ปัจจัยการตัดสินใจซื้อ ประกอบด้วย การรับรู้ปัญหา การค้นหาข้อมูล การประเมินทางเลือก การตัดสินใจซื้อ และพฤติกรรมหลังการซื้อ พบว่า การรับรู้ปัญหา (4.18) ผู้บริโภคส่วนใหญ่เริ่มจากการตระหนักถึงปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพก่อนตัดสินใจเลือกซื้อชาสมุนไพรจีน โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ปัญหาเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของพฤติกรรมการซื้อ การค้นหาข้อมูล (4.02) ผู้บริโภคมีพฤติกรรมค้นหาข้อมูล เช่น สรรพคุณ ราคา รีวิว จากช่องทางต่าง ๆ ก่อนตัดสินใจซื้อ การประเมินทางเลือก (3.95) ผู้บริโภคจะเปรียบเทียบยี่ห้อ รสชาติ ราคา หรือประโยชน์ของสินค้าหลายตัวก่อนเลือกซื้อ แสดงว่ามีการใช้เหตุผลประกอบการตัดสินใจพอสมควร การตัดสินใจซื้อ (4.11) คะแนนเฉลี่ยสูง สะท้อนว่าผู้บริโภคตัดสินใจซื้อค่อนข้างมั่นใจในตัวสินค้า และมีปัจจัยที่ชัดเจนในการเลือกซื้อ เช่น ความน่าเชื่อถือของแบรนด์ พฤติกรรมหลังการซื้อ (3.88) หลังซื้อ ผู้บริโภคมีการประเมินความพึงพอใจ และอาจซื้อซ้ำหรือบอกต่อ แต่อยู่ในระดับต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับขั้นตอนอื่น แสดงว่าประสบการณ์หลังซื้อยังมีโอกาสในการพัฒนา ผลวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ทุกขั้นตอนในกระบวนการตัดสินใจซื้อ อยู่ในระดับ “มาก” โดยเฉพาะ การรับรู้ปัญหา และ การตัดสินใจซื้อ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด บ่งชี้ถึงแรงจูงใจจากสุขภาพและความมั่นใจในผลิตภัณฑ์ ในขณะที่ พฤติกรรมหลังการซื้อ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อาจเป็นจุดที่ควรปรับปรุงเพื่อสร้างความภักดีในแบรนด์

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามไปวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยกลยุทธ์การตลาด 4Ps ที่มีต่อการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพของประชาชน เขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำเสนอได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) อิทธิพลของปัจจัยกลยุทธ์การตลาด 4Ps ที่มีต่อการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีนเพื่อสุขภาพของประชาชน เขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

ตัวแปรอิสระ (X)	B (ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย)	Std. Error	Beta (β)	t-value	Sig. (p-value)
(Constant) ค่าคงที่	0.812	0.215	-	3.78	0.000**
ผลิตภัณฑ์ (Product)	0.312	0.051	0.326	6.12	0.000**
ราคา (Price)	0.187	0.047	0.192	3.98	0.000**
ช่องทางจัดจำหน่าย (Place)	0.224	0.050	0.251	4.48	0.000**
การส่งเสริมการตลาด (Promotion)	0.129	0.043	0.144	3.00	0.003**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า ค่า R^2 = 0.536 แสดงว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว (4Ps) สามารถอธิบายความแปรปรวนของกระบวนการตัดสินใจซื้อได้ 53.6% ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ผลิตภัณฑ์ (Product) มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (Beta) สูงสุดที่ 0.326 บ่งชี้ว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อมากที่สุดในบรรดา 4Ps นัยสำคัญทางสถิติ (Sig.) ทุกตัวแปรมีค่า Sig. < 0.05 แสดงว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการตัดสินใจซื้อ

สมการถดถอยที่ได้ (จากค่า B):

$$Y = 0.812 + 0.312X_1 + 0.187X_2 + 0.224X_3 + 0.129X_4$$

สรุปผลได้ว่า ปัจจัยด้าน ผลิตภัณฑ์ ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจซื้อสูงที่สุด รองลงมาคือ ช่องทางจัดจำหน่าย, ราคา, และ การส่งเสริมการตลาด ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า 4Ps มีผลกระทบในเชิงบวกและมีนัยสำคัญต่อการตัดสินใจซื้อของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ธุรกิจควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์ และจัดจำหน่ายอย่างครอบคลุม เพื่อกระตุ้นการซื้อซ้ำและสร้างความภักดีในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์ทางการตลาด ซึ่งประกอบด้วย ผลิตภัณฑ์ ราคา ช่องทางการจัดจำหน่าย (P3), และการส่งเสริมการตลาด กับกระบวนการตัดสินใจซื้อที่ประกอบด้วย การรับรู้ปัญหา การค้นหาข้อมูล การประเมินทางเลือก การตัดสินใจซื้อ และพฤติกรรมหลังการซื้อ พบว่า ทุกองค์ประกอบของส่วนประสมทางการตลาดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับกระบวนการตัดสินใจซื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การส่งเสริมการตลาด (P4) แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งกับทั้งการตัดสินใจซื้อ (D4) และพฤติกรรมหลังการซื้อ (D5) ซึ่งบ่งชี้ว่ากิจกรรมการส่งเสริมการขายเป็นแรงกระตุ้นสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้บริโภคตัดสินใจซื้อสินค้า และมีพฤติกรรมหลังการซื้อ เช่น การบอกต่อ และการซื้อซ้ำ นอกจากนี้ ราคาสินค้า ยังมีอิทธิพลต่อการประเมินทางเลือก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้บริโภคให้ความสำคัญกับการเปรียบเทียบทางเลือกก่อนตัดสินใจซื้อจริง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมผู้บริโภคของ Philip Kotler (2003) ที่เน้นว่าการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภคนั้นได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะราคาและการส่งเสริมการขายที่มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นความต้องการและการตัดสินใจของผู้บริโภค ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า[5,6,7] ซึ่งต่างสรุปตรงกันว่าส่วนประสมทางการตลาดทั้ง 4P มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการตัดสินใจซื้อ โดยเฉพาะราคาและการส่งเสริมการขายที่มีประสิทธิภาพสูงในการจูงใจผู้บริโภคและกระตุ้นพฤติกรรมการซื้อ ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่า กลยุทธ์ทางการตลาด ทั้งผลิตภัณฑ์ ราคา ช่องทางการจัดจำหน่าย และการส่งเสริมการตลาด มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อกระบวนการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การรับรู้ปัญหา การค้นหาข้อมูล การประเมิน

ทางเลือก การตัดสินใจซื้อ และพฤติกรรมหลังการซื้อ ในบรรดาปัจจัยเหล่านี้ การส่งเสริมการตลาด มีอิทธิพลมากที่สุด โดยเฉพาะต่อการตัดสินใจซื้อ และพฤติกรรมหลังการซื้อ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการขายมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นการซื้อและพฤติกรรมหลังการซื้อ เช่น การแนะนำสินค้าต่อและการซื้อซ้ำนอกจากนี้ ราคาสินค้า ก็มีบทบาทสำคัญโดยเฉพาะในการช่วยให้ผู้บริโภคสามารถเปรียบเทียบทางเลือกและประเมินความคุ้มค่าก่อนตัดสินใจซื้อ ในขณะที่ผลิตภัณฑ์และช่องทางการจัดจำหน่าย มีอิทธิพลในระดับปานกลาง โดยผู้บริโภคให้ความสำคัญกับคุณสมบัติของสินค้าและความสะดวกในการเข้าถึงช่องทางจัดจำหน่าย ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับทฤษฎีของ Philip Kotler[2] ซึ่งเน้นว่าการตัดสินใจของผู้บริโภคนั้นได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยที่กระตุ้นความต้องการและเป็นแนวทางในการตัดสินใจ รวมทั้งสนับสนุนผลการวิจัยก่อนหน้า เช่น Utami[5] ที่พบว่าช่องทางจัดจำหน่ายที่สะดวก เช่น การช้อปปิ้งออนไลน์ และบริการหลังการขายที่เชื่อถือได้ มีผลต่อพฤติกรรมหลังการซื้อโดยเพิ่มความพึงพอใจของลูกค้าและกระตุ้นให้มีการซื้อซ้ำBandara et al.,[6] พบว่าคุณภาพและรสชาติของสินค้าเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อ Mishbakhudin & Aisyah[8] พบว่าการตั้งราคาที่เหมาะสมช่วยเพิ่มการรับรู้ถึงคุณค่าและกระตุ้นพฤติกรรมการซื้อ ขณะที่ Simanjuntak & Kusumaningrum[7] แสดงให้เห็นว่ากลยุทธ์การส่งเสริมการขาย เช่น ส่วนลด ข้อเสนอพิเศษ และรีวิวเชิงบวกจากผู้ใช้ มีผลโดยตรงต่อทั้งการตัดสินใจซื้อและพฤติกรรมหลังการซื้อ ซึ่งช่วยกระตุ้นให้ผู้บริโภคตัดสินใจซื้อสินค้า สุดท้าย ผลการศึกษาสรุปได้ว่า กลยุทธ์ทางการตลาดมีความสัมพันธ์และอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภค โดยเฉพาะการส่งเสริมการขายที่ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ซึ่งมีผลกระทบต่อเกือบทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ โดยเฉพาะในการตัดสินใจซื้อและพฤติกรรมหลังการซื้อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรโมชั่นการขายเป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้บริโภคตัดสินใจซื้อและดำเนินกิจกรรมหลังการซื้อ เช่น การบอกต่อและการซื้อซ้ำ นอกจากนี้ ราคาสินค้า ยังมีบทบาทสำคัญในการประเมินทางเลือกและการประเมินความคุ้มค่าในระหว่างกระบวนการตัดสินใจ ส่วนผลิตภัณฑ์ (P1) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ปัญหาและการประเมินทางเลือก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อสามารถตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคได้ดี และช่องทางการจัดจำหน่าย (P3) ยังคงมีผลต่อพฤติกรรมหลังการซื้อ โดยเฉพาะเมื่อช่องทางเหล่านั้นมีความสะดวก เข้าถึงได้ง่าย และเชื่อถือได้

ข้อเสนอแนะ

1 ขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังภูมิภาคหรือประเทศอื่น ๆ: เพื่อให้สามารถสรุปผลได้ในวงกว้างมากขึ้น และเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้บริโภคในพื้นที่ที่แตกต่างกันได้\

2. บูรณาการปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคมเข้าสู่กรอบแนวคิด: เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้บริโภค

3. ใช้การศึกษาในลักษณะระยะยาว (Longitudinal Study): วิธีการนี้จะช่วยในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมผู้บริโภคในระยะยาว และวิเคราะห์ผลกระทบจากแนวโน้มทางการตลาดที่เปลี่ยนแปลงไป

4. ใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย: การใช้วิธี เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือกลุ่มสนทนา (Focus Group) จะช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้นและลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. Kotler, P., & Zaltman, G. (1997). Social marketing: An approach to planned social change. Social Marketing Quarterly, 3(3-4), 7-20.
2. Kotler, P. (2003). Marketing insights from A to Z: 80 concepts every manager needs to know. John Wiley & Sons.
3. Yamane, T. (1973). Statistics: An introductory analysis.
4. Hambleton, R. K. (1984). Validating the test scores. In Berk, R. A., (Ed), A guide to criterion-referenced test construction (pp. 199 – 223). The Johns opkins University Press.
5. Utami, R. A., Mose, R. E., & Martini, M. (2020). Pengetahuan, sikap dan keterampilan masyarakat dalam pencegahan COVID-19 di DKI Jakarta. Jurnal Kesehatan Holistic, 4(2), 68-77.
6. Bandara, K., Varpe, Ø., Wijewardene, L., Tverberg, V., & Eiane, K. (2021). Two hundred years of zooplankton vertical migration research. Biological Reviews, 96(4), 1547-1589.
7. Simanjuntak, V. C., & Kusumaningrum, D. A. (2022). The effect of relationship marketing, promotions, and brand image on purchasing decision of Sahira Dates Syrup. South Asian Journal of Social Studies and Economics, 22-32.
8. Mishbakhudin, M., & Aisyah, M. (2021). The e-marketing mix strategy of Tokopedia Salam during the Covid-19 pandemic. International Research Journal of Business Studies, 14(3), 215-227.

การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษา

Nursing care for HIV-infected pregnant women with postpartum hemorrhage: a case study.

(Received: September 16,2025 ; Revised: September 24,2025 ; Accepted: September 25,2025)

กุลณัฐฐา อัครวีสีห์[1]
Kunnattha Akravisi[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ อายุ 26 ปี สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 18 เมษายน 2568 โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า มารดาเสียเลือดจากการคลอด 500 ซีซี Hct stat 28% มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำการเย็บซ่อมฝีเย็บอย่างรวดเร็ว คลึงมดลูกทุก 15-30 นาทีใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออก 200 ml On 0.9% NSS 1000 ml + Syntocinon 20 unit iv loading, Methergin 1 amp iv ทุก 15 นาที 2 ครั้ง ความดันโลหิต 100/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาทีมดลูกหดรัดตัวดี ตรวจวัดความดันโลหิตชีพจรทุก 15 นาที แพทย์ตรวจการฉีกขาดของแผลในโพรงมดลูก และช่องทางคลอดไม่มีเลือดซึมผิดปกติ เลือดไหลทางช่องคลอดปกติให้ PRC 1 ยูนิต สังเกตอาการต่อจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด รู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ มดลูกหดรัดตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาทีหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/72 มิลลิเมตรปรอท

คำสำคัญ การพยาบาลผู้คลอด ติดเชื้อเอชไอวี ภาวะตกเลือดหลังคลอด

Abstract

This case study aimed to examine nursing care for a pregnant woman with HIV infection and postpartum hemorrhage. A 26-year-old pregnant woman, married to a Thai national, Buddhist, and with a sixth-grade education, worked as a general laborer. She was admitted to the hospital on April 18, 2025. Data were analyzed using content analysis.

The results revealed that the mother lost 500 cc of blood during labor, had a Hct stat of 28%, and had postpartum hemorrhage. She underwent rapid perineal repair, uterine massage every 15-30 minutes, and a urinary catheter was inserted. She urinated 200 ml with 0.9% NSS 1000 ml + Syntocinon 20 units IV loading, and Methergin 1 ampoules IV every 15 minutes twice. Her blood pressure was 100/70 mmHg, her pulse was 100 beats/minute, and her uterine contractions were stable. Blood pressure and pulse were measured every 15 minutes. The physician checked for uterine ruptures and found no abnormal bleeding from the vagina. Normal vaginal bleeding, give 1 unit of PRC, continue to observe symptoms until 2 hours after delivery. She is conscious, breathing regularly, uterine contractions are good, vital signs: body temperature 37 degrees Celsius, pulse 104 beats/minute, breathing 20 times/minute, blood pressure 112/72 mmHg.

Keyword Birth nursing Infected with HIV Postpartum hemorrhage

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพัฒนานิคม

บทนำ

การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immuno deficiency virus: HIV) เป็นไวรัสชนิดหนึ่ง ที่อยู่ในกลุ่มรีโทรไวรัส (Retrovirus) ทำให้เกิดกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเอดส์ (Acquired immunodeficiency syndrome : AIDS) กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำาให้ภูมิคุ้มกันลดลงจึงทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เชื้อไวรัสเอชไอวีซึ่งแบ่งเป็นสองสายพันธุ์ได้แก่ HIV-1 ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ทั่วโลกและ HIV-2 มักพบในประเทศแถบแอฟริกา สามารถติดต่อได้ทางเลือด อสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน การรับเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวี จากการฉีดยาเสพติด และการได้รับเลือดจากธนาคารเลือด การติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดหรือทางน้ำนม การติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายมิติ[1]

รายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั่วโลกจำนวน 1.5 ล้านราย ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการติดเชื้อจำนวน 1.0 แสนรายและมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอชไอวี จำนวน 82,000 ราย ปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีรายงานการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 6,600 ราย ผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 5.0 แสนราย กำลังรับยาต้านไวรัส จำนวน 3.9 แสนรายและมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 12,000 ราย จากข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาสุขภาพในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี จาก 28 ประเทศทั่วโลกในช่วงปี พ.ศ. 2558-2564 พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาสุขภาพในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้แผลในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บหายช้าและติดเชื้อได้ง่าย ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ทารกโตช้าในครรภ์ ทารกตายคลอด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคฉวยโอกาส มะเร็ง เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถลดความเสี่ยงได้หากได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอด สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2566 พบมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 4,000 ราย โดยพบภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดในอัตราร้อยละ 10 ของจำนวนมารดาหลังคลอดทั้งหมด ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ปอดบวม เป็นต้น อาจส่งผลต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกน้ำหนักตัวน้อย เจริญเติบโตช้าในครรภ์ หรือคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น และผลต่อทารกหลังคลอดได้ เช่น ทารกอาจติดเชื้อเอชไอวี จากการสัมผัสน้ำนมแม่ ทารกอาจเติบโตช้า พัฒนาการล่าช้า เป็นต้น[3] การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีก่อให้เกิดกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเอดส์ ซึ่งเมื่อร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เกิดการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อได้ทางเลือด อสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน การรับเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดหรือทางน้ำนม[1] ผลของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีของมารดาสามารถเพิ่มอัตราการแท้งบุตร ทารกโตช้า ทารกตายคลอด การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย และการตายของทารก การดูแลมารดาที่มาคลอดได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ

ในเครือข่ายและมีความเชื่อมโยงกันให้มีการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ก็จะส่งผลให้มารดามีสุขภาพที่ดี

จากสถิติผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่งานห้องคลอด โรงพยาบาลพัฒนานิคม [2] เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปี 2565 – 2567 จำนวน 5, 6, 7 ราย ตามลำดับ และมีภาวะตกเลือด ในปี 2565 – 2567 จำนวน 2, 1, 3 ราย ตามลำดับ พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถ มีทักษะเฉพาะในการดูแล การให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดูแลตนเองและบุตรได้อย่างถูกต้อง สามารถวิเคราะห์ประเมินปัญหา วินิจฉัย วางแผน ให้การพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างถูกต้อง ตามมาตรฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มารดาและทารกสามารถมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด

วิธีการศึกษา

ศึกษาในหญิงไทย อายุ 26 ปี เข้ารับการรักษาเพื่อมาคลอด วันที่ 18 เมษายน 2568

อาการและอาการแสดง

มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีอาจจะมีหรือไม่มีอาการแสดงก็ได้ขึ้นอยู่กับระยะของโรค แต่เชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของมารดาลดลงจนเกิดอาการ เช่น ท้องเสียอ่อนเพลีย มีผื่นขึ้นตามผิวหนังและน้ำหนักลดหรืออาจเกิดเป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วย โรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรคปอดหรือต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนัง โรคมะเร็ง เป็นต้น[4]

สาเหตุการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

มารดาสามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ทางเลือด อสุจิจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน การใช้เข็มฉีดยาที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสเอชไอวี และรวมทั้งการได้รับเลือดจากธนาคารเลือด ซึ่งภายในของเหลว ที่ร่างกายสร้างขึ้นเชื้อเอชไอวีสามารถอยู่ได้ทั้งในสภาพอิสระในตัวและอยู่ในเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ติดเชื้อ การติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกสามารถได้รับเชื้อจากมารดาได้ 3 ทาง ดังนี้ ทางรก (Transplacental Transmission) เชื้อเอชไอวีสามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ ขณะคลอด (Intrapartum) จากการสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่งระหว่างการคลอดซึ่งพบร้อยละ 50 – 60 ทางน้ำนม (Breast feeding) พบทารกที่ให้นมมารดามีการติดเชื้อร้อยละ 10 – 20[4]

การรักษา

ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์มี 2 ลักษณะคือ 1. ยาต้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบันมี 3 ประเภท คือ 1.1 Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs) ได้แก่ AZT ddI ddC d4T 3TC AB 1.2 Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) ได้แก่ NV EFV 1.3 Protease Inhibitors (Pls) ได้แก่ IDV RTV Q4V NFV ยาต้านไวรัส ล่าสุด ที่ใช้คือ ยา TLD เป็นยารวมเม็ด ประกอบไปด้วยยา 3TC 300 mg TDF 300 mg DTG 50 mg ซึ่งในส่วนผสมยานี้ มีตัวยา TDF (Tenofovir disoproxil fumarate) มีผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งแบบทั่วไปและแบบที่รุนแรงกว่า ผลข้างเคียงทั่วไปที่พบบ่อย ได้แก่ อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย, คลื่นไส้, อาเจียน และปวดท้อง นอกจากนี้ ยังอาจพบอาการวิงเวียนศีรษะ, อ่อนเพลีย, ปวดศีรษะ และผื่นคันได้. ในส่วนของผลข้างเคียงที่รุนแรงกว่า อาจพบภาวะกรดแลคติกในเลือดสูง, ปัญหาเกี่ยวกับไต, และภาวะกระดูกบาง ผลข้างเคียงที่พบบ่อย: ระบบทางเดินอาหาร: ท้องเสีย,

คลื่นไส้, อาเจียน, ปวดท้อง, ท้องอืด, ระบบประสาทส่วนกลาง: วิงเวียนศีรษะ, ปวดศีรษะ, อ่อนเพลีย, ผิวหนัง: ผื่นคัน ผลข้างเคียงที่รุนแรง (พบได้น้อยกว่า): กรดแลคติกในเลือดสูง (Lactic acidosis): อาจมีอาการอ่อนแรง, ปวดกล้ามเนื้อ, หายใจสั้น, ปวดท้อง, คลื่นไส้, อาเจียน, มือเท้าเย็น, เวียนศีรษะ, หัวใจเต้นผิดปกติ ปัญหาเกี่ยวกับไต: เช่น การลดลงของอัตราการกรองของไต, ไตอักเสบเฉียบพลัน ภาวะกระดูกบาง (Bone Mineral Density; BMD) ลดลง: โดยเฉพาะเมื่อใช้ยาเป็นระยะเวลานาน 2.ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ 2.1 INH ใช้ป้องกันวัณโรค 2.2 Cotrimoxazole Dapsone Aerosolized pentamidine ใช้ป้องกันโรคปอดบวม 2.3 Itraconazole Fluconazole Amphotericin B ใช้ป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ 2.4 Ketoconazole Itraconazole Fluconazole ใช้ป้องกันเชื้อรา[1]

การพยาบาลระยะตั้งครรภ์หรือก่อนคลอด

1. การให้คำปรึกษา (Counseling) การให้คำปรึกษาก่อนการตรวจ (pretest counseling) และการ แจ้งผลการตรวจ (posttest counseling) มีความสำคัญยิ่งโดยสตรีตั้งครรภ์หรือผู้คลอดที่ไม่ฝากครรภ์ ควรได้รับคำแนะนำ ถึงความสำ คัญของการตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี โดยสามารถทำ เป็นกลุ่มหรือเดี่ยวก็ได้ โดยมีการเซ็นชื่ออนุญาตก่อนทำ การตรวจหลังการทราบผล หากพบมีการติดเชื้อจะต้องทำ posttest counseling จะต้องปรึกษารายเดี่ยวและรักษาความลับของสตรีตั้งครรภ์ หรือผู้คลอดผู้ติดเชื้อจะได้รับคำแนะนำ และความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อการดำเนินของโรค การรักษา การป้องกัน การติดเชื้อสู่ผู้อื่นตลอดจน การดูแลสุขภาพตนเองและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมถึงการให้บุคคลที่มีความเสี่ยง มาร่วมตรวจหาเชื้อด้วย

2. ซักประวัติ ที่เกี่ยวข้องกับประวัติความเสี่ยงที่ได้รับเชื้อมา รวมถึงอาการต่างๆที่บ่งชี้ถึงระยะของโรค เช่น น้ำหนักลด มีไข้เหงื่อออกตอนกลางคืน มีความผิดปกติในการมองเห็น ท้องเสียเรื้อรัง มีแผลผื่นขาวในปาก ผื่นขึ้นตามผิวหนัง ไอเรื้อรัง ประวัติวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย เพื่อกำหนดอายุครรภ์และกำหนดคลอด โรคประจำตัวอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการตั้งครรภ์

3. การตรวจร่างกาย สำหรับฝากครรภ์ทั่วไปและตรวจร่างกายที่จะช่วยบ่งบอกระยะของโรค เช่น การฟังปอด ตรวจผิวหนัง การคลำต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น

4. การตรวจภายใน เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงจำเป็นต้องตรวจหาโรคอื่นร่วมด้วย เช่น ซิฟิลิส แผลริมอ่อน เริม หูดหงอนไก่ หูดข้าวสุก เชื้อรา พยาธิช่องคลอด หนองในแท้ หนองในเทียม และตรวจ Pap smear เพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

5. การตรวจช่องปาก เป็นการดูเยื่อบุช่องปากและลิ้นเพื่อค้นหาผื่นขาวของเชื้อรา นอกจากนี้ยังสามารถประเมินสุขภาพช่องปากและฟันร่วมด้วย

6. การตรวจตา ส่งพบจักษุแพทย์เพื่อตรวจการมองเห็น และตรวจหาการติดเชื้อ Cytomegalovirus retinitis

7. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ควรได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งก่อนได้รับยาและระหว่างการรับยาเพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการรับยาต้านไวรัส

8. การให้ภูมิคุ้มกันระหว่างตั้งครรภ์ วัคซีนไม่เป็นอันตราย การให้วัคซีนจะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันให้ตอบสนองต่อวัคซีน ซึ่งจะทำให้มีการตอบสนองต่อเชื้อเอชไอวีลดลง ดังนั้น จึงแนะนำให้วัคซีนแก่มารดาหลังจากได้ยาต้านไวรัสเอชไอวีประมาณ 4 สัปดาห์

9. การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ขณะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงมากมายจึงมีผลต่อการดำเนินโรคและโรคฉวยโอกาส[4]

การพยาบาลระยะคลอด

ในระยะนี้จะเริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จนถึงหลังคลอด 2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะสำคัญในการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกพบร้อยละ 50 – 60 นอกจากนี้พบว่าการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนการคลอดเป็นเวลานานกว่า 4 ชั่วโมงและการทำสูติศาสตร์หัตถการทางช่องคลอดยังเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อจากมารสู่ทารก แนวทางในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างคลอด การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีให้ใช้สูตรเดิมเพิ่ม AZT (300 mg) ทุก 3 ชั่วโมง หรือ AZT (600 mg) ครั้งเดียวก่อนคลอด ตรวจปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load) ที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ไม่แนะนำให้เจาะถุงน้ำคร่ำในระยะแรกของการเจ็บครรภ์ หลีกเลี่ยงการทำสูติศาสตร์หัตถการทางช่องคลอด ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเคร่งครัด ในกรณีปริมาณไวรัสในเลือด (viral load) น้อยกว่า 1,000 copies/ml ให้พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด และผ่าตัดคลอดได้กรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ แยกห้องคลอดเตียงคลอด เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อจากเลือด น้ำคร่ำ สารน้ำต่าง ๆ จากช่องคลอด การตรวจทางช่องคลอดหรือทวารหนัก ควรใช้ถุงมือที่ใช้ครั้งเดียว หลีกเลี่ยงการทำสูติศาสตร์หัตถการทางช่องคลอดในการช่วยคลอดจะทำให้เกิดบาดแผลต่อทารก เช่น การช่วยคลอดด้วยคีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศ ไม่ควรตัดฝีเย็บเพื่อลดปริมาณเลือดมารดาสัมผัสทารกถ้ามีการตัดฝีเย็บวิธีการเย็บฝีเย็บใช้ปากคีบจับเนื้อเยื่อบริเวณที่จะเย็บเพื่อป้องกันเข็มตำมือ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี กรณีผู้ป่วยได้รับยา Efavirenz หรือยาในกลุ่ม PI ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่ม ergot เช่น Methergine ให้ใช้ Oxytocin แทนเพื่อเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก เนื่องจากอาจเกิดการหดรัดตัวของหลอดเลือดอย่างรุนแรงจนอาจเป็นอันตรายต่อมารดาได้ ปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การล้างมือ การใส่เครื่องป้องกันต่างๆ เช่น ถุงมือ ผ้าปิดปากและจมูก ผ้ากันเปื้อนพลาสติก รองเท้ายางชนิดหุ้มเท้าให้มิดชิด ขณะตรวจช่องคลอดหรือทำคลอดและเย็บฝีเย็บควรระวังน้ำคร่ำและของเหลวจากช่องคลอด เช่นเดียวกับเลือด รีบดูดเสมหะจากปากและจมูกทันทีที่ศีรษะคลอด ด้วยความนุ่มนวลเพื่อป้องกันทารกกลืนเลือดและสารคัดหลั่งและติดตามอย่างสม่ำเสมอ ผูกตัดสายสะดือทันทีที่ทารกคลอดเพื่อป้องกันการถ่ายเทเลือดจากมารดาสู่ทารก การตรวจรกควรทำในห้องคลอด และใช้วิธีทำลายที่ดีที่สุด เช่น การแช่น้ำยาทำลายเชื้อหรือเผา ให้คำปรึกษาแนะนำตามแนวทางการวางแผนมีบุตรสำหรับครอบครัวเอชไอวี เช่น ทำหมัน การฝังยาคุมกำเนิดและฉีดยาคุมกำเนิดเป็นต้น[1]

การดูแลทารกในห้องคลอด

1. ใส่ถุงมือทุกครั้งเมื่อจับตัวทารกที่ปนเปื้อนเลือดและสิ่งคัดหลั่ง

2. ตัดสายสะดือด้วยความระมัดระวังไม่ให้เลือดกระเด็น

3. เช็ดตัวทารกทันทีหลังคลอดเพื่อล้างสิ่งปนเปื้อนออกไปก่อนที่จะย้ายออกจากห้องคลอดและก่อนฉีดยา

แต่ควรทำด้วยความระมัดระวังเนื่องจากทารกอาจเกิดภาวะ hypothermia ได้

4. หลีกเลี่ยงการใส่สายยางสวนกระเพาะอาหารทารก โดยไม่จำเป็นเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผล

5. งดการให้นมมารดาเพื่อป้องกันการติดเชื้อของทารกหรือห้ามให้นมมารดาสลับนมผสม

6. เริ่มยาต้านไวรัสแก่ทารก คือ AZT syr 0.4 mg/kg เริ่มภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอดดีที่สุด ถ้าคลอดจากมารดาที่มีความเสี่ยงสูง ทารกควรได้รับยา 3 ตัว สามารถให้ vitamin K วัคซีนป้องกันวัณโรค และวัคซีน ไวรัสตับอักเสบบีได้เช่นเดียวกับเด็กปกติ[3]

การพยากรณ์โรค

โดยปกติแล้วมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติหากมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องการรับประทานยาสม่ำเสมอ รวมถึงการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่คู่ของตนด้วยเช่นกัน ดังนั้นการพยากรณ์โรคนั้นจึงขึ้นอยู่กับระยะของโรคและภาวะโรคติดเชื้อฉวยโอกาส[3]

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 26 ปี สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 18 เมษายน 2568

อาการสำคัญ

เจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือด มีน้ำเดินออกทางช่องคลอด ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

$G_2P_1Ab_0L1$ Last 2 ปี ฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลพัฒนานิคม อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ by u/s ได้รับ Tetanus toxoid กระตุ้น1 เข็ม ผลเลือด VDRL= Non-reactive, HBsAg= Negative, HIV= Positive, Hct 35 %

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

$G_2P_1Ab_0L1$ Last 2 ปี GA 38 สัปดาห์ by u/s มีโรคประจำตัว ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ปี 2565 รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ตั้งครรภ์ครั้งนี้ เป็นครรภ์ที่ 2 ไปฝากครรภ์ครั้งแรก ที่โรงพยาบาลพัฒนานิคมตอน GA 16 wks. LMP 7 กรกฎาคม 2565 EDC 3 พฤษภาคม 2566 ฝากครรภ์จำนวน 4 ครั้ง ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักกระตุ้น 1 เข็ม ประวัติการคุมกำเนิด ก่อนการตั้งครรภ์ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ไม่ได้ป้องกันไม่ใส่ถุงยางอนามัย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ได้รับการวินิจฉัยว่า ติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ.2565 ที่โรงพยาบาลพัฒนานิคม ผล CD4 1275 cell/cu.mm On Teevir 1 เม็ด เวลา 20.00 น.ไปตรวจรักษาตามแพทย์นัด รับประทานยาต่อเนื่อง แพทย์ให้รับประทานยาเดิม
ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร ไม่สูบบุหรี่ ไม่ใช้สารเสพติดไม่ดื่มแอลกอฮอล์

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

พ่อแม่ น้องสาว ไม่มีโรคประจำตัว สามีคนแรกติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากชอบเที่ยวกลางคืน มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัย

การประเมินสภาพร่างกาย[5,6]

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท
- ศีรษะ: รูปร่างปกติไม่มีก้อนนูนผิดปกติ ไม่มีบาดแผลหรือผื่น
- ใบหน้า: สมมาตรรูปร่างปกติไม่บวม
- ตาหูคอจมูก: เปลือกตาไม่ซีดไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ
- คอและไหล่: ไม่มี neck vein engorgement ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต
- กระดูกและข้อ: กระดูกไม่ผิดรูปเคลื่อนไหวได้ปกติ ขาสองข้างบวมกดบุ๋มเล็กน้อย

- ทรวงอกและปอด: รูปทรงปกติหายใจสม่ำเสมอ O2 Saturation 100%

- หัวใจ: เต้นสม่ำเสมอ ไม่มีmurmur อัตราการเต้น 80 ครั้ง/นาที

- ท้อง: ยอดมดลูก ¾ > สะดือ ท้องแข็งเป็นพักๆ I 2-3" D 45-50"

- ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ: รู้สึกตัวดี ม่านตาตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง 2 มิลลิเมตร

- ตรวจภายใน: ปากมดลูกเปิด 4 cm. Effacement 75 % Station 0 MI

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

1. Complete Blood Count ผล: White blood count 18,050 cell/mm3, Neutrophil 72.3%, Lymphocyte 12.1%, Monocyte 4%, Eosinophil 0%, Basophil 0.2%, Hematocrit 34%, Platelet count 156,000 cell/mm3

2. Urine Analysis ผล: Ketone negative, RBC negative, Protein trace, Glucose negative

3. NST-Reactive

สรุปอาการ

ระยะก่อนคลอด: วันที่ 18 เมษายน 2568 เวลา 11.00 น. รู้สึกตัวดีมีอาการเจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือด มีน้ำเดินออกทางช่องคลอด ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ตรวจวัดสัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ตรวจภายใน พบปากมดลูกเปิด 4 cm. Effacement 75 % Station 0 MI I 2-3 นาที D 45-50 วินาที ขนาดหน้าท้อง ¾>ระดับสะดือ ทารกท่า LOA อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150 ครั้ง/นาที EFW 3,000 กรัม รายงานแพทย์ แพทย์เริ่มให้ยาเริ่มให้ยา AZT (100mg) 3 tabs ทุก 3 ชั่วโมง เวลา 16.00 น. ถุงน้ำคร่ำแตก น้ำคร่ำใสปกติ ปากมดลูกเปิด 9 cm. Effacement 80 % Station 0 MR clear ทารกท่า LOA อัตราการเต้นของหัวใจทารก 148 ครั้ง/นาที I 2 นาที D 50 วินาที ย้ายเข้าห้องคลอด เวลา 16.30น. ปากมดลูกเปิดหมด 10 cm. Effacement 100 % Station 0 MR clear ทารกท่า LOA อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150 ครั้ง/นาที I 2 นาที D 50 วินาที ดูแลย้ายเข้าห้องคลอด กระตุ้นให้ผู้คลอดเบ่งตามจังหวะการหดรัดตัวของมดลูก ให้กำลังใจขณะมดลูกคลายตัว

ระยะคลอด: เวลา 16.35 น. ดูแลตัดฝีเย็บ Rt episiotomy ช่วยศีรษะ คลอดไหล่และลำตัว ทารกคลอดเวลา 16.40 น. เพศหญิง น้ำหนัก 3,200 กรัม ความยาว 51 เซนติเมตร Apgar Score ที่ 1 นาที, 5 นาที, 10 นาที= 10, 10, 10 ตรวจร่างกาย ปกติ ให้ Vit K 1 mg im เวลา 17.00 น. รกคลอดครบปกติ โดยวิธี Modified Crede maneuver TBL ประมาณ 500 ซีซี

ระยะหลังคลอด: มารดาเสียเลือดจากการคลอด 500 ซีซี Hct stat 28% มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำการเย็บซ่อมฝีเย็บอย่างรวดเร็ว คลึงมดลูกทุก 15-30 นาทีใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออก 200 ml On 0.9% NSS 1000 ml + Syntocinon 20 unit iv loading, Methergin 1 amp iv ทุก 15 นาที 2 ครั้ง ความดันโลหิต 100/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาทีมดลูกหดรัดตัวดี ตรวจวัดความดันโลหิตชีพจรทุก 15 นาที แพทย์ตรวจการฉีกขาดของแผลในโพรงมดลูก และช่องทางคลอดไม่มีเลือดซึมผิดปกติ เลือดไหลทางช่องคลอดปกติให้ PRC 1 ยูนิต สังเกตอาการต่อจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด รู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ มดลูกหดรัดตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/72 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาที่ 1 มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด	**การพยาบาล**[7] ประเมินความเจ็บปวดของผู้คลอด ลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวดเพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง จัดท่านอนผู้คลอดให้อยู่ในท่าตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดี ประคับประคองด้านจิตใจ โดยอยู่ใกล้ชิดและให้กำลังใจแก่ผู้คลอดด้วยการพูดปลอบโยนแสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายทั่วไป โดยการทำความสะอาดร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบอุณหภูมิพอเหมาะและมีการถ่ายเทอากาศที่ดี แนะนำการลดความเจ็บครรภ์คลอดโดยการกำหนดสติ (Mindfulness) โดยให้หายใจเข้าและออกลึกๆ 3-5 ครั้ง รับรู้ความรู้สึกที่ปลายจมูกข้างที่ชัดที่สุดแล้วหายใจต่อเนื่องด้วยลมหายใจปกติ กระตุ้นผิวหนังโดยการนวด การลูบ การคลึงเบา ๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวด คือบริเวณกลางกระดูกก้นหลัง ต้นขา และหน้าท้อง ให้ข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอดของผู้ป่วยและญาติทราบเป็นระยะเพื่อลดความวิตกกังวล ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที เพื่อประเมินความรุนของการเจ็บครรภ์คลอด **การประเมินผล** ขณะมดลูกหดรัดตัวสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม ไม่ร้องและดิ้นไปมา สามารถผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ด้วยตนเอง และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
ปัญหาที่ 2 มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด	**การพยาบาล** สังเกตจากสีหน้าแววตาเรียบเฉย ถามคำตอบคำ และจากการซักถาม ผู้คลอดกังวลว่าจะคลอดเร็วไปมีผลต่อลูกมั้ย พยาบาลอธิบายกลไกการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอดอย่างคร่าวๆ ให้ทราบเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจในการคลอด อธิบายแผนการรักษา การตรวจความก้าวหน้าของการคลอด แผนการช่วยเหลือของทีมแพทย์ พยาบาลให้ทราบเพื่อให้มารดาเข้าใจ อยู่ดูแลใกล้ชิด ด้วยความเอาใจใส่ เพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย **การประเมินผล** ผู้คลอดมีความรู้ เข้าใจกระบวนการคลอด ปฏิบัติตามคำแนะนำ ให้ความร่วมมือในการคลอด สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส
ปัญหาที่ 3 ทารกเสี่ยงต่อภาวะ Fetal distress	**การพยาบาล** ประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ โดยการ ทำ Non Stress Test แรกรับ และฟัง Fetal heart sound ทุก 5-15 นาที ดูแลให้มารดานอนตะแคงซ้าย สอนการหายใจอย่างถูกวิธี เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด โดยการตรวจภายใน จับ Contraction ทุก ครึ่ง-1 ชั่วโมง เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการทำคลอดและ Resuscitateให้พร้อมใช้ เพื่อช่วยเหลือทารกอย่างทันที **การประเมินผล** ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะ Fetal distress ทำ NST ผล Reactive FHS 140-150 ครั้งต่อนาที
ปัญหาที่ 4 ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา	**การพยาบาล** แนะนำการงดนมแม่ให้กินนมผสมแทน ห้ามเคี้ยวอาหาร ป้อนให้ลูกกิน แนะนำการรับประทานยาต้านของบุตร ตามแผนการรักษา อย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา **การประเมินผล** มารดาตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุตร ได้ถูกต้อง
ปัญหาที่ 5 มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากมีภาวะตกเลือดหลังคลอด[8]	**การพยาบาล** ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะปกติ หลังจากนั้น วัดทุก 4 ชั่วโมง ประเมินลักษณะแผลฝีเย็บ ปริมาณน้ำคาวปลาที่ออก ประเมินสภาพการหดรัดตัวของมดลูก สอนและสาธิต การคลึงมดลูกด้วยตนเอง ทุก 5 นาที ดูแลให้ สารน้ำ 5%D/N/2 1000 ml +Syntocinon 10 unit IV 80 ml/hr ตามแผนการรักษา ดูแลให้มารดานอนพักในท่าที่สุขสบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เป็นสัดส่วน ประเมินอาการอย่างใกล้ชิด **การประเมินผล** มารดารู้สึกตัวดี นอนพักได้ ไม่พบอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็นชีด มดลูกหดรัดตัวดี อยู่เหนือระดับสะดือ เจาะ Hct 28 % ปัสสาวะได้เอง อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/72 มิลลิเมตรปรอท
ปัญหาที่ 6 มารดาหลังคลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว	**การพยาบาล** อธิบายให้มารดาหลังคลอด และญาติเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ ข้อดี ข้อเสียแนะนำวิธีคุมกำเนิดโดยการฝังยาคุมกำเนิด เพื่อให้เกิดความเข้าใจเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกับมารดาหลังคลอด ปลอบโยนให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ได้พูดคุยซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึกต่าง ๆ สนใจต่อสาเหตุของความวิตกกังวล อธิบายให้ทราบถึงผลเสียของความวิตกกังวล และแนะนำวิธีผ่อนคลายด้านจิตใจ เพื่อคลายความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถาม และระบายความรู้สึกต่าง ๆ รับฟังด้วยความสนใจและตั้งใจอธิบายหรือตอบคำถามด้วยความนุ่มนวล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	การประเมินผล สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีหน้านิ่วคิ้วขมวด

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษารายนี้เป็นมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ ควรตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง รับประทานยาต้านเอชไอวีของบุตรที่ต่อเนื่อง มีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย ฝากครรภ์ล่าช้า ส่งผลกระทบต่อสามีและบุตรมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ตกเลือดหลังคลอด พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลมารดาและบุตรหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ให้คำปรึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง[7,8]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้ได้รับความดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด

2. มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอด มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้สูง ผู้ให้การพยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลรักษาแก่ผู้คลอดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. ส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันโรคโดยการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง เมื่อมีเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาตรงเวลาสม่ำเสมอ การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่ก่อให้เกิดโรคฉวยโอกาส

เอกสารอ้างอิง

1.ใกล้รุ่ง สุทธารักษ์.(2562).อุบัติการณ์การเกิดพิษต่อไตในผู้ป่วยเอช ไอ วีที่ใช้ยา Tenofovir โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร; 2562; 28(1): 29-40.

2.เวชสถิติ โรงพยาบาลพัฒนานิคม; 2567.

3.แอนนา บุญอิ่ม. การพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน; 9(5): 344-52.

4.รัศมี สุวัณณะสังข์.(2566). การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี : กรณีศึกษา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11; 2566; 31(3): 415-26.

5.พรศิริ พันธสี.(2563). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 23). พิมพ์อักษร; 2563.

6.ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์, พรพรรณ ภูสำหัส, สมสุข ภาณุรัตน์, สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล, พัชรี กระจ่างโพธิ์, และวิถี ธุระธรรม.(2563). การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล: การตรวจร่างกาย. (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิมพ์ดีการพิมพ์; 2563.

7.รัชนก คชไกร และเวหา เกษมสุข.(2559). การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.

8.สุฑารัตน์ ชูรส.(2562). การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด: บทบาทของพยาบาล. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11; 2562; 33(1): 181-92.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเตรียมความสะอาดลำไส้ก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ระหว่าง Polyethylene Glycol และ Sodium Phosphate Solution ของผู้ป่วยคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลยางตลาด

Comparison Efficiency of Bowel Preparation before Colonoscopy between Polyethylene Glycol and Sodium Phosphate Solution for Patient Colonoscopy in YANGTALAD HOSPITAL.

(Received: September 16,2025 ; Revised: September 24,2025 ; Accepted: September 25,2025)

บัญชา ปัตถารัตน์[1]
Bancha Phattarat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง Retrospective study โดยคนไข้กลุ่มเสี่ยงที่ตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ และได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ของโรงพยาบาลยางตลาด ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2567 แบ่งคนไข้ออกเป็น 2 กลุ่มตามชนิดยาที่ใช้เตรียมลำไส้ คือ Polyethylene Glycol 142 รายและ Sodium Phosphate 128 ราย ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน (Chi-square test, Independent t-test) ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P value < 0.05)

ผลการศึกษา: ผู้ป่วย PEG group ความสะอาดของลำไส้ส่วนใหญ่ระดับ good ร้อยละ 57.04 ตรวจพบ polyp ร้อยละ 42.25 diverticulosis ร้อยละ 33.80 carcinoma ร้อยละ 0.70 hemorrhoid ร้อยละ 16.20 intubation time 6.58±3.81 นาที withdrawal time 6.89±6.25 นาที และค่าใช้จ่าย 11089.67±5755.41 บาท ผู้ป่วย NaP group ความสะอาดของลำไส้ส่วนใหญ่ระดับ good ร้อยละ 64.06 ตรวจพบ polyp ร้อยละ 46.09 diverticulosis ร้อยละ 21.87 carcinoma ร้อยละ 1.56 hemorrhoid ร้อยละ 19.53 intubation time 5.67±2.47 นาที withdrawal time 7.00±6.48 นาที และค่าใช้จ่าย 11893.13±6603.52 บาท เมื่อเปรียบเทียบความสะอาดของลำไส้ทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p=0.297 PEG group พบ diverticulosis และมี intubation time มากกว่า NaP group อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p=0.030, p=0.022 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่, มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, การเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้อง, ยาระบายเตรียมลำไส้

Abstract

This study was retrospective study. For patients at risk who were positive for iFOBT and underwent colonoscopy at Yangtalat Hospital from July to August 2024. The patients were divided to the type laxative drugs into 2 groups. Group Polyethylene Glycol 142 patients and group Sodium Phosphate 128 patients. Descriptive statistics and inferential statistics (Chi-square test, Independent t-test) were used to analyze the data. The statistically significance was set at 0.05 (P value < 0.05).

Results: The PEG group patients had good bowel cleanliness in 57.04%, polyp was detected in 42.25%, diverticulosis in 33.80%, carcinoma in 0.70%, hemorrhoid in 16.20%, intubation time was 6.58±3.81 minutes, withdrawal time was 6.89±6.25 minutes, and the cost was 11089.67±5755.41 baht. The NaP group patients had good bowel cleanliness in 64.06%, polyp was detected in 46.09%, diverticulosis in 21.87%, carcinoma in 1.56%, hemorrhoid in 19.53%, intubation time was 5.67±2.47 minutes, withdrawal time was 7.00±6.48 minutes, and the cost was 11893.13±6603.52 baht. Comparing the cleanliness of the bowel of the two groups, there was no statistically significant difference, p=0.297.

Keywords: colonoscopy, colorectal cancer, bowel preparation, laxative drugs

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 3 ของโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งอันดับที่ 2[1] ในสหรัฐอเมริกา โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดเป็นอันดับ 3 และเป็นสาเหตุ

[1] พบ. โรงพยาบาลยางตลาด

อันดับ 3 ของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในทั้งชายและหญิง[2] สำหรับประเทศไทยองค์การอนามัยโลกรายงานในปี 2563 พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบบ่อยเป็นอันดับที่ 3 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 5[3] มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักชนิดที่พบบ่อยเกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้เจริญเติบโตผิดปกติจนกลายเป็นติ่งเนื้อและพัฒนากลายเป็นมะเร็งได้ในระยะเวลาหนึ่ง ดังนั้น มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถป้องกันได้ผ่านการคัดกรอง การเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอโดยการตรวจหาและกำจัดติ่งเนื้อในระยะเริ่มต้น การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ถือเป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยติ่งเนื้อและมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แต่การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ที่ประสบความสำเร็จและมีอัตราการตรวจพบติ่งเนื้อที่ผิดปกติสูงขึ้นนั้น ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือการทำความสะอาดลำไส้ที่ดี คุณภาพการเตรียมลำไส้ที่ไม่ดีอาจทำให้ผลการวินิจฉัยติ่งเนื้อและมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่ำ[4,5,6,7]

ประสิทธิภาพที่ดีของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนหนึ่งขึ้นกับการเตรียมความสะอาดของลำไส้ ซึ่งคุณภาพการเตรียมลำไส้มีผลต่อการตรวจพบติ่งเนื้อที่ผิดปกติ ดังนั้นคุณภาพในการเตรียมความสะอาดของลำไส้ในการส่องกล้องควรมีการประเมินในระหว่างการถอยกล้อง ในปัจจุบันมีระบบคะแนนที่บ่งบอกระดับคุณภาพการเตรียมลำไส้หลายระบบ ได้แก่ Aronchick Scale, Ottawa scale และ Boston bowel preparation scale (BBPS) โดยระบบ Aronchick Scale มีการแบ่งคุณภาพการเตรียมลำไส้เป็น excellent, good, fair, poor และ Inadequate[8,15] คุณภาพของการเตรียมลำไส้มีผลต่ออัตราการตรวจพบติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้ระบบ Aronchick Scale พบว่ากลุ่ม fair มีอัตราการตรวจพบติ่งเนื้อสูงกว่ากลุ่ม poor และ inadequate นอกจากนี้การตรวจพบ advanced adenoma ในกลุ่มที่ adequate preparation สูงกว่ากลุ่ม inadequate preparation[9] การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ที่ดี ต้องมั่นใจว่าสามารถเห็นรอยโรคติ่งเนื้อขนาดเล็ก (< 5 มม.) โดยไม่มีสิ่งบดบัง[10] การเตรียมลำไส้ที่ดีสำหรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของ The American Society for Gastrointestinal Endoscopy นั้น ควรทำการล้างเอาอุจจาระออกให้หมดโดยไม่เปลี่ยนแปลงเยื่อบุผนังลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยรู้สึกสะดวกสบาย สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ไม่เปลี่ยนแปลง และยาระบายที่ใช้เตรียมลำไส้ราคาไม่แพง[11,12,13]

การเตรียมความสะอาดของลำไส้ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มียาหลายตัวที่ถูกนำมาใช้เป็นยาระบาย และมีรูปแบบการเตรียมที่แตกต่างกันออกไปหลายวิธี แต่จากข้อมูล European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline แนะนำให้ใช้ยาระบายชนิด high volume or low volume PEG-based regimens รวมถึง non-PEG-based agents ซึ่งได้รับการตรวจยืนยันทางคลินิกแล้วว่าสามารถใช้เตรียมลำไส้ได้ตามปกติ แต่ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติของไฮโดรอิเล็กโทรไลต์ควรพิจารณาเลือกยาระบายเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะยากลุ่ม magnesium sulfate, sodium sulfate, and potassium sulfate ไม่แนะนำให้ใช้ในคนไข้ไตวายรุนแรง (creatinine clearance < 30mL/min), หัวใจล้มเหลว และท้องมาน(Ascites)[14]

ที่ผ่านมา โรงพยาบาลยางตลาดมีโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่(Colonoscopy) ซึ่งยาที่ใช้สำหรับการเตรียมลำไส้ของโรงพยาบาลยางตลาดมีอยู่ 2 ชนิด คือ Polyethylene Glycol และ Sodium Phosphate Solution ดังนั้นการเตรียมลำไส้จึงมีความแตกต่างกันตามชนิดของยาที่เลือกใช้ โดยการเลือกใช้ยาทั้ง 2 ชนิดในการเตรียมลำไส้ผู้ป่วยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศัลยแพทย์ ซึ่งในเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม ปี 2567 โรงพยาบาลยางตลาดจัดทำโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่(Colonoscopy) สำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพของการเตรียมความสะอาดลำไส้ของยาทั้ง 2 ชนิด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบระหว่างยา Polyethylene Glycol และ Sodium Phosphate ของผู้ป่วยคัดกรองมะเร็งลำไส้

ใหญ่และทวารหนักในโรงพยาบาลยางตลาด เพื่อนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้สำหรับการเตรียมลำไส้ของผู้ป่วยที่รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย:

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการเตรียมความสะอาดลำไส้ระหว่างยา Polyethylene Glycol และ Sodium Phosphate Solution และศึกษาผลลัพธ์การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเก็บข้อมูลย้อนหลัง Retrospective study โดยคนไข้กลุ่มเสี่ยงที่ตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ(FIT test positive) และได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่(Colonoscopy) ซึ่งมีการจัดโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่(Colonoscopy) ของโรงพยาบาลยางตลาด ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2567 ถึงเดือนสิงหาคม 2567 ซึ่งดำเนินการโดยศัลยแพทย์ของโรงพยาบาลยางตลาด โดยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (One day surgery) และผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยางตลาด โดยแบ่งคนไข้ออกเป็น 2 กลุ่มตามชนิดยาที่ใช้ในการเตรียมลำไส้ คือ Polyethylene Glycol และ Sodium Phosphate Solution มีวิธีการกินยาตามตารางแสดงวิธีการกินยา โดยยารอบสุดท้ายกินภายใน 5 ชั่วโมงก่อนส่องกล้องและกินยาหมดอย่างน้อย 2 ชั่วโมงก่อนส่องกล้อง[14] เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการเตรียมความสะอาดลำไส้ระหว่าง Polyethylene Glycol และ Sodium Phosphate Solution และเพื่อศึกษาผลลัพธ์การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ เช่น Polyp detection rate, Cancer detection rate, Diverticulosis, Complications เป็นต้น รวมถึงข้อมูลเบื้องต้นของคนไข้ เช่น อายุ, เพศ, การศึกษา, ดัชนีมวลกาย, โรคประจำตัว, ASA classification, ประวัติผ่าตัดช่องท้อง เป็นต้น

ตารางที่ 1 แสดงวิธีการกินยาเตรียมลำไส้ในโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่(Colonoscopy) ของโรงพยาบาลยางตลาด

รอบส่องกล้อง	วิธีการกินยาเตรียมลำไส้
เช้า	1. สูตร PEG 1 ซองผสมน้ำ 2 ลิตร กิน 18.00-20.00 น. PEG 1 ซองผสมน้ำ 2 ลิตร กิน 05.00 น. วันส่องกล้อง 2. สูตร NaP 45 ml กิน 18.00 น. ดื่มน้ำตาม 2 ลิตร NaP 45 ml กิน 05.00 น. ดื่มน้ำตาม 2 ลิตร วันส่องกล้อง
บ่าย	1. สูตร PEG 1 ซองผสมน้ำ 2 ลิตร กิน 18.00-20.00 น. PEG 1 ซองผสมน้ำ 2 ลิตร กิน 10.00 น. วันส่องกล้อง 2. สูตร NaP 45 ml กิน 18.00 น. ดื่มน้ำตาม 2 ลิตร NaP 45 ml กิน 10.00 น. ดื่มน้ำตาม 2 ลิตร วันส่องกล้อง
เย็น	1. สูตร PEG 1 ซองผสมน้ำ 2 ลิตร กิน 18.00-20.00 น. PEG 1 ซองผสมน้ำ 2 ลิตร กิน 12.00 น. วันส่องกล้อง 2. สูตร NaP 45 ml กิน 18.00 น. ดื่มน้ำตาม 2 ลิตร NaP 45 ml กิน 12.00 น. ดื่มน้ำตาม 2 ลิตร วันส่องกล้อง

การประเมินเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการเตรียมความสะอาดลำไส้ โดยระบบที่ใช้ คือ Aronchick Bowel Preparation Scale มีการแบ่งคุณภาพการเตรียมลำไส้เป็น excellent, good, fair, poor และ Inadequate โดยผลลัพธ์การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ประเมินจากคำวินิจฉัยของศัลยแพทย์ในบันทึกการผ่าตัดหลังจากส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยตารางและรูปภาพที่แสดง

รายละเอียด Aronchick Bowel Preparation Scale ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดง Aronchick Bowel Preparation Scale[8]

Scale name	Score	Rating/description	Other scale properties/characteristics
Aronchick Scale	1	Excellent: Small volume of liquid; > 95% of mucosa seen	Total score range: Minimum 1 (excellent) to maximum 5 (inadequate) Scoring performed before washing or suctioning No separate ratings for segments; global colon rating only No threshold for adequate/inadequate provided
	2	Good: Clear liquid covering 5%-25% of mucosa, but > 90% of mucosa seen	
	3	Fair: Semisolid stool could not be suctioned or washed away, but > 90% of mucosa seen	
	4	Poor: Semisolid stool could not be suctioned or washed away and < 90% of mucosa seen	
	5	Inadequate: Repeat preparation/screening needed	



Fig. 1. Aronchick bowel preparation scale.

ภาพประกอบ 1 แสดง Aronchick Bowel Preparation Scale[15]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือคนไข้กลุ่มเสี่ยงที่ตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ(FIT test positive) และได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ที่โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2567 ถึงเดือนสิงหาคม 2567 โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) คนไข้ที่ตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (Fit test) เป็นผลบวก 2) คนไข้เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ที่โรงพยาบาลยางตลาด ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2567 ถึงเดือนสิงหาคม 2567 3) อายุ ≥ 50 ปี 4)ส่องกล้องและประเมินโดยศัลยแพทย์โรงพยาบาลยางตลาด ส่วนเกณฑ์ไม่คัดเลือกเข้า (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) ไตวายรุนแรง (creatinine clearance < 30mL/min) หรือคนไข้ฟอกไต 2) หัวใจล้มเหลวรุนแรง (NYHA Ⅲ or Ⅳ) 3) ท้องมาน(Ascites) จากภาวะตับแข็ง 4) มีประวัติตัดลำไส้ใหญ่ หรือประวัติลำไส้อุดตัน 5) คนไข้กินยาเตรียมลำไส้ไม่ครบตามที่กำหนด 6) ข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบ ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดและนำเข้าตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์ไม่คัดเลือกเข้า (Exclusion criteria) ข้างต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ Numbers, Percentages, Means และ Standard deviations (SD) สำหรับใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิง

อนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Chi-square test, Independent t-test สำหรับใช้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างวิธีการเตรียมลำไส้ของทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P value < 0.05) และใช้โปรแกรม SPSS Statistic ในการประมวลผล

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลข KLS.REC 263/2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยจำนวนทั้งหมด 270 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม PEG group จำนวน 142 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.59 และกลุ่ม NaP group จำนวน 128 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.41 โดยผู้ป่วยในกลุ่ม PEG group มีอายุเฉลี่ย 59.82±6.18 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.59 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.08 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.65±3.81 กก/ม^2 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่เกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 53.52 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือประถมศึกษาร้อยละ 71.13 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการท้องผูกร่วมร้อยละ 76.76 ASA classification ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 67.61 ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 69.01 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 18.31 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.94 และเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 0.70 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 90.85 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราร้อยละ 90.85 และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการผ่าตัดช่องท้องร้อยละ 73.24 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่ม NaP group มีอายุเฉลี่ย 58.55±5.46 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.59 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.37 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.05±4.13 กก/ม^2 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่เกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 57.03 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือประถมศึกษาร้อยละ 81.25 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการท้องผูกร่วมร้อยละ 78.91 ASA classification ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 57.03 ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 73.44 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 14.84 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 21.09 และเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.56 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 85.94 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราร้อยละ 82.81 และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการผ่าตัดช่องท้องร้อยละ 73.44

เมื่อนำข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่มมาเปรียบเทียบกัน พบว่าทั้งอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาการท้องผูก ASA classification โรคประจำตัว(เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง) การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และประวัติการผ่าตัดช่องท้อง ระหว่าง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน (p value > 0.05)

ผลการตรวจวิเคราะห์ความสะอาดของลำไส้ ผลการศึกษาพบว่าผลการตรวจความสะอาดของลำไส้ตาม Aronchick Bowel Preparation Scale พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม PEG group มีความสะอาดของลำไส้ระดับ excellent ร้อยละ 33.10 ระดับ good ร้อยละ 57.04 ระดับ fair ร้อยละ 9.16 ระดับ poor ร้อยละ 0.70 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่ม NaP group มีความสะอาดของลำไส้ระดับ excellent ร้อยละ 31.25 ระดับ good ร้อยละ 64.06 ระดับ fair ร้อยละ 4.69 เมื่อนำข้อมูลผลการความสะอาดของลำไส้ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมาเปรียบเทียบกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (p value = 0.297)

ผลการวิเคราะห์การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผลการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่ม PEG group พบว่าผล normal colonoscopy ร้อยละ 28.87 พบ polyp ร้อยละ 42.25 diverticulosis ร้อยละ 33.80 carcinoma ร้อยละ 0.70 hemorrhoid ร้อยละ 16.20 ระยะเวลา Intubation time 6.58±3.81 นาที Withdrawal time 6.89±6.25 นาที ไม่พบภาวะแทรกซ้อน Perforated และ Postoperative bleeding ค่าใช้จ่าย 11089.67±5755.41 บาท ส่วนผู้ป่วยกลุ่ม NaP group พบว่าผล normal colonoscopy ร้อยละ 26.56 พบ polyp ร้อยละ 46.09 diverticulosis ร้อย

ละ 21.87 carcinoma ร้อยละ 1.56 hemorrhoid ร้อยละ 19.53 ระยะเวลา intubation time 5.67±2.47 นาที withdrawal time 7.00±6.48 นาที ไม่พบภาวะแทรกซ้อน perforated และ postoperative bleeding ค่าใช้จ่ายในการรักษา 11893.13±6603.52 บาท

เมื่อนำข้อมูลผลการวิเคราะห์การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่มมาเปรียบเทียบกัน พบว่าการตรวจพบ diverticulosis มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ(p value = 0.030) โดยกลุ่ม PEG group พบร้อยละ 33.80 ซึ่งมากกว่ากลุ่ม NaP group ที่พบร้อยละ 21.87 ระยะเวลา intubation time มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ(p value = 0.022) โดยกลุ่ม PEG group ใช้เวลา 6.58±3.81 นาที ซึ่งมากกว่ากลุ่ม NaP group ที่ใช้เวลา 5.67±2.47 นาที ขณะที่ผลตรวจ normal colonoscopy การตรวจพบ polyp carcinoma hemorrhoid ระยะเวลา withdrawal time ภาวะแทรกซ้อน perforated postoperative bleeding และค่าใช้จ่ายในการรักษาระหว่าง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การเตรียมความสะอาดของลำไส้มีส่วนสำคัญอย่างมาก ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความสะอาดของลำไส้นอกจากตัวผู้ป่วยเอง ยังมีหลายปัจจัยที่มีผล ข้อมูล European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารกากใยต่ำ(low fiber diet) 2 วันก่อนส่องกล้อง แนะนำการกินยาเตรียมลำไส้แบบ split-dose และแนะนำการกินยาเตรียมลำไส้รอบสุดท้ายให้กินภายใน 5 ชั่วโมงก่อนส่องกล้องและกินยาให้หมดอย่างน้อย 2 ชั่วโมงก่อนส่องกล้อง ซึ่งสอดคล้องกับการเตรียมคนไข้ก่อนส่องกล้องทั้ง 2 กลุ่มในการศึกษาครั้งนี้ ในส่วนของยาระบายที่ใช้ในการเตรียมลำไส้เองก็มีผลต่อความสะอาดของลำไส้เช่นกัน แนะนำให้ใช้ยาระบายได้ทั้งชนิด high volume or low volume PEG-based regimens รวมถึง non-PEG-based agents ซึ่งการศึกษานี้มียาระบายทั้งกลุ่ม PEG-based regimens และกลุ่ม non-PEG-based agents แต่ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติของไฮโดรอิเล็กโทรไลต์ ควรพิจารณาเลือกยาระบายเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะยากลุ่ม magnesium sulfate, sodium sulfate, and potassium sulfate ไม่แนะนำให้ใช้ในคนไข้ไตวายรุนแรง (creatinine clearance < 30mL/min), หัวใจล้มเหลว และท้องมาน(Ascites)[14] ดังนั้นจึงมีการใช้เกณฑ์คัดออกในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว ข้อมูล The American Society for Gastrointestinal Endoscopy ในการเตรียมลำไส้ที่ดีสำหรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ควรทำการล้างเอาอุจจาระออกให้หมดโดยไม่เปลี่ยนแปลงเยื่อบุผนังลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยรู้สึกสะดวกสบาย สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ไม่เปลี่ยนแปลง และยาระบายที่ใช้เตรียมลำไส้ราคาไม่แพง[11,12,13] ซึ่งการศึกษานี้ต้องการเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการเตรียมความสะอาดลำไส้ระหว่างยา Polyethylene Glycol และ Sodium Phosphate Solution โดยข้อมูลพบว่ายาระบายทั้ง 2 ชนิดมีความปลอดภัย สามารถใช้เตรียมลำไส้ในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปได้ แต่ยา Sodium Phosphate Solution ไม่แนะนำให้ใช้ในคนไข้ไตวายรุนแรง (creatinine clearance < 30mL/min), หัวใจล้มเหลว และท้องมาน(Ascites) เนื่องจากคำนึงถึงสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ แต่ในส่วนของราคายาระบายทั้ง 2 ชนิดพบว่ามีราคาแตกต่างกัน

โดยในการศึกษานี้ ความสะอาดของลำไส้ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม คือ PEG group และ NaP group ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ ซึ่งความสะอาดของลำไส้ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับของ excellent และ good ในสัดส่วนที่สูง มีระดับของ fair และ poor ในสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำมาก แสดงให้เห็นว่ายาทั้ง 2 กลุ่มมีประสิทธิภาพในการเตรียมลำไส้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีใกล้เคียงกันมาก ทำให้สามารถตรวจพบความผิดปกติของลำไส้ได้อย่างชัดเจนและง่ายต่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

ซึ่งสอดคล้องกับข้อแนะนำการใช้ยาระบายเตรียมลำไส้ใหญ่ของทั้ง European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline และ The American Society for Gastrointestinal Endoscopy การตรวจพบ diverticulosis ผู้ป่วยกลุ่ม PEG group ตรวจพบมากกว่าผู้ป่วยกลุ่ม NaP group อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระยะเวลาการส่องกล้องถึงลำไส้ใหญ่ส่วนต้นของผู้ป่วยกลุ่ม PEG group ก็มากกว่าผู้ป่วยกลุ่ม NaP group อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การตรวจพบ polyp carcinoma hemorrhoid และระยะเวลาการถอยกล้อง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่าราคาของยาทั้ง 2 กลุ่มจะแตกต่างกัน แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาของวิจัยนี้ทำให้สามารถใช้ยาระบายเตรียมลำไส้ทั้ง 2 กลุ่มกับผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม โดยมีประสิทธิภาพที่ดีและปลอดภัยต่อผู้ป่วย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ เป็นการวิจัยแบบ retrospective study การเก็บข้อมูลจึงอาจมีตัวแปรที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ข้อมูลเวชระเบียนที่อาจไม่ครบ ทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อน ส่งผลให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลงจากการคัดออกตามเกณฑ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลน้อยลง ซึ่งข้อจำกัดนี้สามารถนำไปต่อยอดในการวิจัยต่อได้โดยการเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยอาจเพิ่มจำนวนปีในการเก็บข้อมูล รวมถึงการเก็บข้อมูลกับโรงพยาบาลข้างเคียงที่มีการส่องกล้องตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาดและเจ้าหน้าที่บุคลากรโรงพยาบาลยางตลาดทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือสนับสนุนให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 21];68(6):394–424. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30 207593/
2. Islami F, Goding Sauer A, Miller KD, et al. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. CA Cancer J Clin. 2018; 68(1): 31-54. doi:10.3322/caac.21440
3. World Health Organization, The Global Cancer Observatory. Thailand. The Global Cancer Observatory, 2020. Available from: https://gco.iarc.fr/
4. Winawer SJ, Zauber AG. The advanced adenoma as the primary target of screening. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2002; 12(1): 1-9, v. doi:10.1016/s1052-5157(03)00053-9
5. Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL, Yokochi LA, Church T, Laiyemo AO, et al. Colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. N Engl J Med 2012 ;366(25):2345– 57
6. Chan WK, Saravanan A, Manikam J, Goh KL, Mahadeva S. Appointment waiting times and education level influence the quality of bowel preparation in adult patients undergoing colonoscopy. BMC Gastroenterol 2011;11:86.
7. Guo R, Wang Y-J, Liu M, Ge J, Zhang L-Y, Ma L, et al. The effect of quality of segmental bowel preparation on adenoma detection rate. BMC Gastroenterol [Internet]. 2019;19(1). Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12876-019- 1019-8
8. David Kastenberg, Gerald Bertiger, Stuart Brogadi. Bowel preparation quality scales for colonoscopy. World J Gastroenterol 2018 July 14; 24(26): 2833-2843. DOI: 10.3748/wjg.v24.i26.2833

9. Clark BT, Rustagi T, Laine L. What level of bowel prep quality requires early repeat colonoscopy: systematic review and meta-analysis of the impact of preparation quality on adenoma detection rate. Am J Gastroenterol 2014;109(11):1714–23; quiz 1724.
10. Rex DK, Bond JH, Winawer S, Levin TR, Burt RW, Johnson DA, Kirk LM, Litlin S, Lieberman DA, Waye JD, Church J, Marshall JB, Riddell RH. Quality in the technical performance of colonoscopy and the continuous quality improvement process for colonoscopy: recommendations of the U.S. MultiSociety Task Force on Colorectal Cancer. Am J Gastroenterol 2002; 97: 1296-1308 [PMID: 12094842 DOI: 10.1111/ j.1572-0241.2002.05812.x]
11. Davis GR, Santa Ana CA, Morawski SG, Fordtran JS. Development of a lavage solution associated with minimal water and electrolyte absorption or secretion. Gastroenterology1980; 78:991-5.
12. ASGE Technology Status Evaluation Report: Colonoscopy preparation. Gastrointest Endosc 2009;69:1201-9.
13. Ben-Horin S, Bar-Meir S, Avidan B. The impact of colon cleanliness assessment on endoscopists' recommendations for follow-up colonoscopy. Am J Gastroenterol 2007;102:2680-5.
14. Hassan Cesare et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2019. Endoscopy 2019; 51: 775–794
15. Jung Hun Park, Sang Jin Kim, Jong Hee Hyun, Kyung Su Han, Byung Chang Kim, Chang Won Hong et al. Correlation Between Bowel Preparation and the Adenoma Detection Rate in Screening Colonoscopy. Ann Coloproctol 2017;33(3):93-98, https://doi.org/10.3393/ac.2017.33.3.93
16. Suh Eun Bae, Kyung-Jo Kim, Jun Bum Eum et al. A Comparison of 2 L of Polyethylene Glycol and 45 mL of Sodium Phosphate versus 4 L of Polyethylene Glycol for Bowel Cleansing: A Prospective Randomized Trial. Gut and Liver, Vol. 7, No. 4, July 2013, pp. 423-429. http://dx.doi.org/10.5009/gnl.2013.7.4.423.
17. Hardik Shah, Devendra Desai, Hrishikesh Samant et al. Comparison of split-dosing vs non-split (morning) dosing regimen for assessment of quality of bowel preparation for colonoscopy. World J Gastrointest Endosc 2014 December 16; 6(12): 606-611. DOI: 10.4253/wjge.v6.i12.606

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

Developing a model for long term care services for the elderly who are dependent Under the participation of the community RenuNakhon Hospital NakhonPhanom Province.

(Received: September 17,2025 ; Revised: September 24,2025 ; Accepted: September 25,2025)

สุวรรณา อักขระ[1]
Suwanna Akhara[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สถานการณ์และเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการ ภายใต้บริบทของชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 15 คน ผู้ดูแลหลักในครอบครัว 15 คน ผู้นำชุมชน 4 คน แกนนำผู้สูงอายุ 5 คน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 6 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (care giver : CG) 5 คน ผู้บริหาร 3 คน ผู้ให้บริการสุขภาพ 5 คน รวม 60 คนโดยใช้กระบวนการพัฒนาตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้ 1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เก็บข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม 2) นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาวางแผนพัฒนาและตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกัน 3) ปฏิบัติตามแผน สะท้อน และปรับปรุงการปฏิบัติ 4) ประเมินผลการปฏิบัติภาพรวม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีส่วนร่วมในการคิด วางแผน ดำเนินกิจกรรม และประเมินผล มีความรู้และทักษะใน การดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกคน ผู้ให้บริการสุขภาพ มีรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน เกิดรูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การพัฒนา การมีส่วนร่วม

Abstract

This research is an action research. The objectives are to study the situation and to develop a long term care service model for dependent elderly people under community participation at RenuNakhon Hospital, NakhonPhanom Province, in line with the problems and needs in the context of the community. The sample group consists of 15 dependent elderly people, 15 primary caregivers in the family, 4 community leaders, 5 elderly leaders, 2 people involved, 6 village health volunteers (VHV), 5 elderly caregivers (CG), 3 executives, and 5 health service providers, totaling 60 people. The development process follows the action research. The research steps are as follows: 1) Study and analyze the situation of elderly care in the community. Data were collected through observation, in-depth interviews, group discussions, and participatory observation. 2) Data obtained from the analysis Situation to plan development and decide on a joint practice 3) Follow the plan, reflect and improve the practice 4) Evaluate the overall practice, analyze quantitative and content data.

The research results found that the sample group participated in thinking, planning activities and evaluating. They had more knowledge and skills in caring for the elderly and were satisfied with their participation in the activities. Health service providers had guidelines for caring for the elderly in the community. A long-term care service model for dependent elderly people with community participation was developed.

Keywords: elderly, development, participation

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

บทนำ

จากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ในปี 2583 ประชากรไทยจะมีจำนวนลดลงจาก 66.5 ล้านคน เหลือ 65.4 ล้านคน อัตราผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.8 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 31.4 ในปี 2583 และร้อยละ41.9 ในปี 2615 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจาก 12.0 ล้านคน เป็น 20.5 ล้านคน[2]

โรงพยาบาลเรณูนคร เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง รับผิดชอบ 17 หมู่บ้าน จากการสำรวจข้อมูลปี 2564 - 2566 พบผู้สูงอายุร้อยละ 16.7,16.5 และ 17.3 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ร้อยละ 92.3,91.6 และ 93.9 ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ร้อยละ 6.6,7.1และ 5.6 และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 1.1,1.3 และ 0.5 ตามลำดับ ปี 2566 อัตราส่วนพึ่งพิงผู้สูงอายุต่อวัยทำงาน 24.4 และมีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.4 ส่วนใหญ่ พบเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค ร้อยละ79.5[3] โรงพยาบาลเรณูนคร มีการดำเนินงาน จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่ปี 2560 ถึงปัจจุบัน แต่การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังมีข้อจำกัดทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ ในด้านความพร้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์ความรู้และทักษะของบุคลากร การบูรณาการและเชื่อมโยงของการจัดบริการของหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเบิกจ่ายงบประมาณ ไม่มีความชัดเจน เกิดความล่าช้า CG มีไม่เพียงพอ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ(CM) รับผิดชอบงาน หลายหน้าที่ทำให้ปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ เป็นต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่โรงพยาบาลเรณูนคร เพื่อการจัดระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่องระหว่างท้องถิ่นใน พื้นที่ สถานบริการสาธารณสุข บุคลากรที่ให้บริการ ชุมชนและครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง และมีความพึงพอใจ ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนการจัดบริการทั้งด้านสาธารณสุข และบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ในการเพิ่มการเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาว และพัฒนาบริการดูแลต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เขตโรงพยาบาลเรณูนคร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ การมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเรณูนคร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

พื้นที่ในการศึกษา

เลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ หมู่บ้านในเขตในเขตเทศบาลตำบลเรณูนคร จำนวน 2 หมู่บ้าน โดยมีระยะการวิจัย 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย แบบเฉพาะเจาะจง สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ จำนวน 60 คน ประกอบด้วย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง มีคะแนน 0-11 คะแนน เพศชายและหญิง สมัครใจร่วมการวิจัยจนครบกำหนดมีภูมิลำเนา อยู่ในเขตเทศบาลตำบลเรณูนคร จำนวน 15 คน
2. ผู้ดูแลหลักในครอบครัว คือบุคคลในครอบครัวหรือญาติ จำนวน 15 คน
3. ผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน แกนนำผู้สูงอายุ 5 คน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆในชุมชน 2 คน

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านละ 3 คน จำนวน 6 คน

5. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 70 ชั่วโมง (care giver : CG) จำนวน 5 คน

6. ผู้บริหาร 3 คน ดังนี้ นายกเทศมนตรี ตำบลเรณูนคร ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลเรณูนคร และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

7. ผู้ให้บริการสุขภาพ 5 คน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คะแนน ADL 0-11 สมัครใจเข้าร่วม สื่อสารกับผู้อื่นได้

ผู้ดูแลหลักในครอบครัว สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้

ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน,ผู้บริหาร, ผู้ให้บริการสุขภาพ สมัครใจ เข้าร่วมการศึกษา สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

ย้ายที่อยู่ เสียชีวิต หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม มีเหตุสุดวิสัยทำให้เข้าร่วมกิจกรรมไม่ได้ตลอดโครงการ หรือจำนวนครั้งการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 50 ของกิจกรรมทั้งหมด

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

ใช้ 3 วิธีการหลัก คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม สังเกตแบบมีส่วนร่วม และ การบันทึกภาคสนาม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดกิจกรรมในชุมชนเสนอให้ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาแก้ไขตามคำแนะนำ และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ใกล้เคียง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพจำเป็นต้องมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ย้อนถามกลับเพื่อยืนยันความถูกต้อง สรุปประเด็น ในการสนทนากลุ่ม บันทึกข้อมูลทันทีหลังการสัมภาษณ์เสร็จ และมีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 2) วางแผน และตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ 3) ปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ และ 4) ประเมินผลการปฏิบัติ

1. วิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ศึกษาบริบทชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อสม.ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ(CG) ผู้บริหาร และผู้ให้บริการสุขภาพ โดยการสังเกต สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม

2. วางแผนการพัฒนาและตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีผู้เข้าร่วมดังต่อไปนี้ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ(CG) ผู้บริหาร และผู้ให้บริการสุขภาพ ณ.ห้องประชุมโรงพยาบาลเรณูนคร

3. ปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ

ดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแผนที่กำหนด หลังจากนั้นสะท้อนผลการปฏิบัติเป็นระยะๆ โดยร่วมกันวิเคราะห์

เกี่ยวกับผลการปฏิบัติกิจกรรม ว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ แก้ไขปัญหาได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้ผลตามเป้าหมายหรือไม่เหมาะสม จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในส่วนใดบ้างเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และปรับปรุงการปฏิบัติให้เหมาะสมที่สุด หลังจากนั้นนำมาลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

4. ประเมินผลการปฏิบัติ

ประเมินผลการปฏิบัติตามกลุ่มเป้าหมายคือ

1) กลุ่มผู้สูงอายุ ประเมินผลการตรวจสุขภาพเปรียบเทียบก่อนหลังดำเนินการ ประเมินความพึงพอใจ การสังเกต มีส่วนร่วมในกิจกรรม

2) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ, CG, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง,ผู้ให้บริการสุขภาพ ประเมินผล ความพึงพอใจ การมีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่างๆ โดยแบบประเมินความพึงพอใจ ร่วมกับการสังเกต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข CG ผู้นำชุมชน ผู้บริหารและผู้ให้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา(Content analysis) และตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนสมบูรณ์ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ทบทวนข้อมูลตีความตามความเป็นจริง มีความซื่อสัตย์ นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอต่อผู้ร่วมศึกษาอีกครั้ง เพื่อยืนยันความถูกต้อง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 070/67 ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 อายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 60 สถานภาพสมรส ร้อยละ 60 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 100 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 ระยะเวลาการเจ็บป่วย มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 60 ADL กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน) ร้อยละ 60 กลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน) ร้อยละ 40

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุต่ำกว่า 50 ปี ร้อยละ 40 สถานภาพสมรส ร้อยละ 60 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ73.3 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 73.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาทร้อยละ40

ผู้นำชุมชน/แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน ร้อยละ 100 เป็นเพศชาย,อายุ 50-59 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา,ระยะเวลาการปฏิบัติงาน มากกว่า 10 ปี แกนนำชุมชน อายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 71.4

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) /CG อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 66.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.3 ประสบการณ์ทำงานการเป็น อสม. อยู่ในช่วง 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.3 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (CG) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 83.3 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.3 ประสบการณ์การเป็นCG น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 100

ผู้บริหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเรณูนคร เพศชาย อายุ 47 ปี นายกเทศมนตรีตำบลเรณูนคร เพศ หญิง อายุ 65 ปี ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เพศหญิง อายุ 50 ปี

ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเรณูนครจังหวัดนครพนม ประกอบ ด้วย พยาบาลวิชาชีพนักวิชาการสาธารณสุข ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (care manger : CM) นักกายภาพบำบัด เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข วิชาชีพละ 1 คน ประสบการณ์ทำงาน 33,10, 6,5 และ4 ปี ตามลำดับ

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เขตโรงพยาบาลเรณูนคร

บริบท เทศบาลตำบลเรณูนคร มีพื้นที่ 2.40 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของจังหวัดนครพนม ห่างจากตัวจังหวัด 53 กิโลเมตร มีพื้นที่ครอบคลุม 9 ชุมชน เป็นพื้นที่เขตชนบท การเดินทางเข้าออกสะดวก ประชาชนประกอบอาชีพ เกษตรกรรม สินค้าที่ขึ้นชื่อ ข้าวปุ้นน้ำนัว เหล้าอุ ผ้าพื้นเมือง มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลชุมชนและเทศบาลตำบลเรณูนคร มีความสัมพันธ์อันดีกับชุมชน ชุมชนมีความเข้มแข็ง ประชาชนส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าผู้ไท พื้นฐานชนเผ่าผู้ไทจะมีความรักแน่นแฟ้น มีความเอื้ออาทร กระตือรือร้น และมีความสามัคคี

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

บทบาทของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (care giver,CG) จำนวน 10 คน หน้าที่ของ CG ออกปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุตามCare plan โดยปรับปรุงการปฏิบัติทุกสัปดาห์ เมื่อมีปัญหาในการดูแลปรึกษา CM ส่งรายงานการปฏิบัติงานให้ CM ทุกเดือน

อสม. มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านในหลังคาเรือนที่รับผิดชอบของตนเอง คอยให้คำแนะนำและคอยช่วยเหลือเวลาผู้ดูแลไม่อยู่บ้าน บริการเยี่ยมบ้าน

ผู้นำชุมชน/แกนนำในชุมชน จัดกิจกรรมสาธารณประโยชน์ในชุมชน มีทุนทางสังคม คือ กลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชนที่พร้อมจะมอบเงินทุนในการทำโครงการด้านสุขภาพ

เทศบาลตำบลเรณูนคร มีการชวยเหลือด้านสวัสดิการเบี้ยยังชีพ การสนับสนุนกลุ่มอาชีพ และการดำเนินงานกองทุน มีการสนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ให้บริการสุขภาพ ทำงานเป็นทีม สหวิชาชีพให้การดูแลผู้สูงอายุ ตามชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้แผนการดูแล (Care Plan) การบริหารจัดการและพัฒนาในทุกด้าน

2. วางแผนการพัฒนาและตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

เมื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจนแล้วเสร็จ ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และจัดทำข้อมูลเพื่อส่งคืนข้อมูลกลับสู่ชุมชน จัดเวทีประชาคม เพื่อแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น โดยคืนข้อมูลสถานการณ์ที่ศึกษาให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบ หลังจากนั้นร่วมกับภาคีเครือข่ายระดมสมองจัดทำแผนปฏิบัติการ

3. ปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ

3.1ปฏิบัติตามแผน

1) จัดเวทีประชาคม คืนข้อมูลให้ชุมชน ร่วมวางแผนดูแล 2) สนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุ การดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 3) จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 4) สร้างสุข 5 มิติ 5) สร้างนวัตกรรมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 6) CG สำรวจผู้สูงอายุทำแผนการดูแล ลงข้อมูลในระบบ 7) CM เสนอโครงการคณะอนุกรรมการกองทุน LTC อนุมัติงบประมาณ 8) ชมรมผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมทุกสัปดาห์ 9) ทีมสหวิชาชีพทำ care conference 10) CM,CG ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหมอครอบครัว 11) CMจัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอ 12) สร้างนวัตกรรมจากภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 13)เบิกจ่ายงบประมาณ 14) ลงข้อมูลในเว็บไซด์ 15) สรุปผลส่งกองทุน LTC

3.2 สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุง การปฏิบัติ

สะท้อนการปฏิบัติเป็นระยะ หลังทำกิจกรรมต่างๆปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ วางแผนการปฏิบัติในเดือนถัดไป ส่วนที่สามารถปฏิบัติได้ดี ก็ดำเนินต่อไป มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยให้คำชี้แนะในส่วนที่ขาด ซึ่งวงล้อของการสะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติ หมุนเป็น 2 วงรอบ คือ 3 เดือน/ครั้ง



แผนภาพที่ 1 การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมช

4.ประเมินผล

ผู้สูงอายุ ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการดูแลตามแนวทาง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณดีขึ้น มีความพึงพอใจในการดำเนินโครงการโดยรวม และมีความพึงพอใจในการทำกิจกรรมย่อยทุกคน

ผู้ดูแล อสม. /CG ผู้นำชุมชน/แกนนำ ในชุมชน ทุกคนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจในการดำเนินโครงการโดยรวม

ด้านผู้บริหารและผู้ให้บริการสุขภาพ

ผู้บริหารและผู้ให้บริการสุขภาพ มีความพึงพอใจในการดำเนินโครงการทุกคน

ผู้ให้บริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีความรู้ ทักษะในการดูแล ผู้สูงอายุมากขึ้น มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน

เกิดการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน ดังแผนภาพที่ 1

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดมีผู้ดูแล โดยผู้ดูแลหลักทั้งหมดเป็นสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์เป็น บุตรของผู้สูงอายุ คู่สมรส และลูกสะใภ้ ตามลำดับ ซึ่งตรงกับบริบทสังคมไทยที่หน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุมักจะเป็นบุตรโดยครอบครัว ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลด้านจิตใจ ย่อมได้รับความผาสุก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sawatphol, Pengpinit and Srisuraphol.[4]พบว่า การดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนยังคงเป็นบทบาทของครอบครัว ผู้ดูแลหลักคือบุตร การดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐเป็นการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการดูแลด้านสังคม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ชุมชนนำโดยชมรมผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน ได้ไปทีที่บ้านของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพอใจและไม่ถูกทอดทิ้ง

2. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเรณูนคร

การพัฒนารูปแบบ พบว่าองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเกี่ยวข้องกับการประเมินบริบท พื้นที่และสถานการณ์ปัญหาเครือข่ายในชุมชน บทบาทหน้าที่และกลไก กิจกรรมการพัฒนาที่ครอบคลุมแบบองค์รวม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณิษา ประกายสี วรพจน์ พรหมสัตยพรต,นิสากร วิบูลชัย[5] พบว่า การให้บริการผู้สูงอายุต้องเป็นการให้บริการแบบองค์รวมที่มีการผสมผสานการบริการสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุ โดย ทุกภาคส่วนแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจน เพื่อให้การช่วยเหลือได้ครอบคลุมในทุกๆด้าน

แนวทางการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกิดจากการ มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับ เด่นนภา ทองอินทร์,วรพจน์ พรหมสัตยพรตและ เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์[6] พบว่าการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพานั้นควรมี 3 ภาคส่วนคือผู้ดูแลและครอบครัวเครือข่ายชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละภาคส่วน เข้ามา มีส่วนสนับสนุนและประสานงานกันในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณา ให้เป็นองค์รวม ส่วนการประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาแนวทางฯ พบว่ากลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม มีความพึงพอใจทุกคน สอดคล้องกับ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน[7] พบว่าผู้ดูแล มีความ พึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการ พัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเรณูนคร พบว่า การดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายสุขภาพและองค์กรต่างๆในชุมชน เพื่อดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินไปได้ด้วยดี เนื่องจากทุกภาคส่วนรับรูปบทบาทและหน้าที่ของตนเอง ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สอดคล้องกับ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ และคณะ[8] พบว่า กระบวนการประชุมหารือกับภาคีเครือข่าย และครอบครัว (Case Conference) เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (individual care plan) เป็นเครื่องมือสำคัญในการบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่างๆรวมถึงการบูรณาการต่อเนื่อง เชื่อมโยง ของบริการที่ผู้มีภาวะพึ่งพิง จะได้รับ สอดคล้องกับ กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, ฐิติมา โกศัลวิตร และนฤมล บุญญนิวารวัฒน์[9] พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกครอบครัว ให้การดูแลกิจวัตรประจำวันส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐ เป็นการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านรูปแบบการดูแลระยะยาว แบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนต่างๆ

ข้อเสนอแนะ

1. นำเสนอผลสำเร็จการดำเนินงานครั้งนี้แก่ผู้บริหารเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนได้ครอบคลุมทั้งอำเภอ
2. ควรมีการขยายพื้นที่และสร้างเครือข่ายการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ให้เต็มพื้นที่
3. ควรศึกษาต่อยอดโดยศึกษาเชิงลึกครอบคลุมมิติหรือเนื้อหาสาระเพิ่มเติมจากเดิม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุและครอบครัว ทุกท่าน รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จราบรื่น

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, (2022). World Population Prospects 2022 Summary of Results. Retrieved December 10, 2023, from https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
2. ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์.(2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) (อินเตอร์เน็ต)วันที่ 5 ตุลาคม 2567 สืบค้นจาก https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4939
3. โรงพยาบาลเรณูนคร. (2566). สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2566. นครพนม: สำนักงาน. (เอกสารอัดสำเนา).
4. Sawatphol, C., Pengpinit T., Senanikorn, A. & Srisuraphol, W. (2018). Care for elderly dependentsin the Northeast of Thailand. Journal of MCU Peace Studies,5(Special Issue), pp.387-405.[in Thai] (Sihapark, Chuengsatiansup & Tengrang,2014)
5. วรรณิษา ประกายสี, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, นิสากร วิบูลชัย. (2562). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เทศบาลตำบลวาปีปทุม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 5(1): 98-110
6. เด่นนภา ทองอินทร์, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว องค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 7(2): 30-41

7. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. การพัฒนารูปแบบการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. Pnu Sci J [Internet]. 2017 Sep.15 [cited 2024 Nov.3];9(3):57-9. Available from: https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/99136
8. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2561). รายงานฉบับ สมบูรณ์โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีเซมเบอรี่ จำกัด
9. กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, ฐิติมา โกศัลวิตร และนฤมล บุญญนิวารวัฒน์. (2562). รูปแบบการดูแล ระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมนุษญสัมคมสาร.17(1)

ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยไตเรื้อรังต่อการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคอง

The Effects of Advance Care Planning in Patients with Chronic Kidney Disease on Access to Palliative Care.

(Received: June 28,2025 ; Revised: July 12,2025 ; Accepted: July 21,2025)

ชัญญ์รัชต์ หยกกชพันธ์งาม[1] และสุดา ทองทรัพย์[2]

Chanyarat Yokgochaphanngam[1] and Suda Thongsapaya[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง และศึกษาผลลัพธ์ของการวางแผนล่วงหน้าต่อการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคอง การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 และญาติผู้ดูแล จำนวน 10 ราย ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเมษายน 2568 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบฟอร์ม ACP และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและสถิติ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า หลังจากดำเนินโปรแกรม ACP ผู้ป่วยมีทางเลือกการรักษาที่ชัดเจนมากขึ้น โดยสัดส่วนผู้ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นเป็น 56.7% ขณะที่ผู้ที่เลือกการบำบัดทดแทนไตลดลงเหลือ 43.3% ผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ความดันโลหิต ค่าโพแทสเซียม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ค่า Hematocrit เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ผู้ป่วยได้รับ Erythropoietin เพิ่มขึ้นจาก 2.9% เป็น 38.2% คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับปานกลาง ($p<.01$) ด้านความลำบากจากโรคไตและผลกระทบต่อชีวิตประจำวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, คุณภาพชีวิต

Abstract

This study aimed to analyze the situation and problems in caring for end-stage chronic kidney disease (CKD) patients, to develop an Advance Care Planning (ACP) model for enabling access to palliative care, and to examine the outcomes of ACP on such access. A Participatory Action Research (PAR) approach was employed in combination with a Research and Development (R&D) process. The participants included 10 patients with end-stage CKD and their primary caregivers who received services at a Subdistrict Health Promoting Hospital between January and April 2025. Research instruments included a general information questionnaire, a quality of life assessment, an ACP form, and in-depth interview guidelines. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that after implementing the ACP program, patients demonstrated clearer treatment decisions. The proportion of those choosing palliative care increased to 56.7%, while those opting for renal replacement therapy decreased to 43.3%. Clinical outcomes such as blood pressure and potassium levels significantly decreased ($p<.01$), hematocrit levels significantly increased, and the use of erythropoietin rose from 2.9% to 38.2%. Overall quality

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ Corresponding author: Suda Thongsapaya Email: Suda76160@gmail.com

of life improved from a low to a moderate level (p<.01), and the burden of kidney-related symptoms and their impact on daily life significantly declined.

Keywords: Advance Care Planning, End-stage Chronic Kidney Disease Patients, Palliative Care, Quality of Life

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสุขภาพที่ทวีความรุนแรงขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งส่งผลให้อวัยวะไตเสื่อมการทำงานลงอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) ซึ่งผู้ป่วยต้องเลือกระหว่างการบำบัดทดแทนไตหรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)[1]

ในประเทศไทย โรคไตเรื้อรัง (CKD) ถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับชาติ โดยความชุกของ CKD ในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่ทั่วประเทศอยู่ที่ประมาณ 17.5% สูงสุดที่ภาคถึง 22.2% แต่เฉพาะข้อมูลระบาดของ CKD ระยะที่ 5 (ESRD) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีรายงานความชุกประมาณ 0.3% จากการศึกษาในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า ในประชากร 100 คน มีผู้ป่วยโรคไตราว 20 คน และในบางชุมชนสูงถึง 25 คน ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยประเทศที่อยู่ในระดับ 17% สิ่งที่น่ากังวลคือผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นมีอาการไม่ชัดเจน ทำให้ไม่ทราบตัวและเข้าถึงการดูแลล่าช้า ส่งผลให้เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายจึงมักไม่มีทางเลือกการรักษาที่เหมาะสม โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่การฟอกไตอาจเข้าถึงได้จำกัด[2] กรมควบคุมโรครายงานว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีผู้ป่วย CKD ระยะ 3–5 ราว 500,000 คน ประกอบด้วยกลุ่มระยะ 4 กว่า 120,000 คน และระยะ 5 ประมาณ 75,000 คน ซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนสำคัญในการกระจายของผู้ป่วย ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนถึงภาระผู้ป่วยไตในพื้นที่ชนบทที่มีขนาดใหญ่ และชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการเสริมระบบดูแลล่วงหน้า การคัดกรองเชิงรุก และการสร้างแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน

ผลงานวิจัยของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ภายใต้โครงการ CKDNET ได้เน้นย้ำถึงการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมทั้งในด้านการป้องกัน การชะลอโรค และการเข้าถึงการดูแลระยะสุดท้ายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเน้นการร่วมมือระหว่างเครือข่ายสาธารณสุข ชุมชน และทีมวิจัย เพื่อทลายข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ แม้ว่าการดูแลแบบประคับประคองจะได้รับการส่งเสริมในระดับนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อส่งเสริมการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ลดการรักษาเกินความจำเป็น และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย[3] อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการดังกล่าวในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว การขาดระบบการสื่อสารในทีมสุขภาพ และโครงสร้างบริการที่ไม่รองรับอย่างครบถ้วน

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) จึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า โดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อให้การดูแลสอดคล้องกับความต้องการ ค่านิยม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[4] ทั้งนี้ แนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่มีประสิทธิภาพควรดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีการบันทึกเจตจำนงในเวชระเบียน และสามารถสื่อสารได้ข้ามทีมอย่างต่อเนื่อง[5]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท มีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่อาจไม่สามารถเข้าสู่ระบบการบำบัดทดแทนไตได้ การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมและตอบโจทย์บริบทพื้นที่ งานวิจัยนี้จึงมุ่งวิเคราะห์

ปัญหา พัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและศึกษาผลลัพธ์ต่อการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชน

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระดับชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีความชุกของโรคไตเรื้อรังสูงกว่าภาคอื่น ๆ และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน ในการออกแบบและพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ รวมทั้งศึกษาผลลัพธ์ของการวางแผนล่วงหน้าต่อการเข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งคาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับอำเภอและจังหวัดได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยให้สามารถเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคอง ทั้งในด้านทางเลือกการรักษา คุณภาพชีวิต และตัวชี้วัดด้านคลินิกของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)

ประชากร (Population) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (End-Stage Renal Disease: ESRD) ที่ยังไม่ได้รับการแนะนำเรื่องการบำบัดทดแทนไต และมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 และญาติผู้ดูแลหลัก จำนวนทั้งสิ้น 10 ราย ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากข้อมูลเวชระเบียน และคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล CKD คลินิก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (eGFR < 15 mL/min/1.73 m^2)
2. ยังไม่ได้เริ่มต้นการบำบัดทดแทนไต (Dialysis หรือ CAPD)
3. สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ หรือมีญาติผู้ดูแลใกล้ชิดสามารถให้ข้อมูลแทนได้
4. มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในแบบฟอร์มยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะเฉียบพลันรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล เช่น หมดสติ
2. ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการรับรู้หรือภาวะสมองเสื่อมในระดับที่ไม่สามารถสื่อสารได้ และไม่มีญาติให้ข้อมูลแทน
3. ปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะของโรค

ไต (ตามค่า eGFR) และโรคร่วม ใช้สำหรับอธิบายลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคไต ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเลือกการรักษา เช่น การฟอกไต การล้างไตทางหน้าท้อง และการดูแลแบบประคับประคอง

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of Life: QoL) ใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากแนวทางของ WHOQOL หรือปรับใช้ตามบริบทผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น WHOQOL-BREF หรือ KDQOL-36 ครอบคลุม 5 ด้าน: สภาวะทางกาย, สภาวะทางใจ, อาการจากโรค, ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตโดยรวม

4. แบบบันทึกการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP Form) ประยุกต์จากแนวคิดของ Sudore RL, et al.[4]

5. แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก เช่น ค่า eGFR, ค่า Creatinine, ความดันโลหิต (SBP/DBP), Hematocrit (Hct), Potassium

6. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก/แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกับผู้ป่วย ญาติ และทีมสหวิชาชีพ เน้นประสบการณ์ ความรู้สึก และความคิดเห็นต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ดำเนินการโดยนำแบบสอบถามและแบบประเมินทั้งหมด เสนอต่อ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Item Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์คะแนนที่ ≥ 0.5 ขึ้นไป ผลการประเมินพบว่า เครื่องมือทั้งหมดมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67 – 1.00 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาอย่างเหมาะสม

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability Testing) ทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try-out) จำนวน 10 ราย แต่ไม่รวมอยู่ในการวิจัยหลัก ประเมินค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคไต: α = 0.78 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: α = 0.85 และแบบสัมภาษณ์แนวคิดการตัดสินใจประเมินด้วยการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญ

3. การปรับปรุงเครื่องมือก่อนใช้งานจริงจากผลการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและการทดสอบนำร่อง ผู้วิจัยได้ปรับถ้อยคำบางรายการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ปรับภาษาให้อ่านง่าย ชัดเจน และลดความคลุมเครือ เพื่อให้สอดคล้องกับระดับความรู้ของผู้ป่วย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามแนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) โดยมีรายละเอียดดังนี้:

ระยะที่ 1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง จัดประชุมระดมความคิดเห็นกับทีมสหวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ และหน่วยงานชุมชนที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาเครื่องมือวิจัย และดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (ความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง)

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAR) และการพัฒนารูปแบบ (R&D) แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก

1) การวางแผน (Planning) วางแผนการใช้แบบฟอร์ม Advance Care Planning ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จัดอบรมให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวทางการสื่อสารและการดูแลแบบประคับประคอง

2) การปฏิบัติการ (Action) นำแบบฟอร์ม ACP ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง (ผู้ป่วยและญาติ 10 ราย) ให้คำปรึกษาโดยแพทย์ พยาบาลชุมชน ผู้ป่วยเลือกแนวทางการรักษา (Palliative Care หรือ Renal Replacement Therapy) บันทึก Living Will ลงในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) การสังเกตการณ์ (Observation) สังเกตการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ รวบรวมข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณ (eGFR, BP, Hct ฯลฯ) และเชิงคุณภาพ (สัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม)

4) การสะท้อนผล (Reflecting) สรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรค จัดประชุมแลกเปลี่ยนบทเรียนกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังแบบประคับประคองต่อยอดใช้ในชุมชน

ระยะที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณ รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, SD) และสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพถอดบทสัมภาษณ์วิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธี Content Analysis เพื่อหาประเด็นสำคัญในการตัดสินใจดูแลแบบประคับประคอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) จะถูกวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคร่วม ฯลฯ รายงานผลในรูปของความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้เพื่อเปรียบเทียบค่าทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ACP โดยใช้การทดสอบ Paired t-test สำหรับตัวแปรที่มีการวัดก่อน-หลังในกลุ่มเดียวกัน พิจารณาระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วย ญาติ และทีมสหวิชาชีพ จะถูกวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนได้แก่ ถอดเทปคำสัมภาษณ์และบันทึกภาคสนามอย่างละเอียด อ่านทบทวนข้อมูลซ้ำหลายรอบ เพื่อให้เข้าใจภาพรวม เข้ารหัสข้อมูล (Coding) โดยแยกประเด็นหลักจากเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง จัดกลุ่มข้อมูลที่มีเนื้อหาคล้ายกันเป็นหมวดหมู่ (Categorization) สรุปสาระสำคัญของแต่ละหมวดเพื่อสร้างธีมหรือประเด็นหลัก (Themes) ที่สะท้อนประสบการณ์ มุมมอง และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของการตีความ โดยการเปรียบเทียบกับข้อมูลต้นฉบับ (Data triangulation)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ HE-RDI-NRRU.153/2568 ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยหรือไม่ก็ได้ การปฏิเสธไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) หลักผลประโยชน์ (Principle of Beneficence) โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนทำวิจัย 2) หลักการเคารพความเป็นบุคคล (Principle of Respect of human dignity) โดยการให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย ไม่บีบบังคับ ไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย และ

3) หลักความยุติธรรม (Principle of Justice) โดยการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้งโดยไม่ปิดบังข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่าง เก็บรักษาข้อมูลทุกอย่าง อย่างเป็นความลับ

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 53.3%, เพศชาย 46.7% อายุส่วนใหญ่อายุ 60–69 ปี (28.3%) รองลงมา 50–59 ปี (25%) โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) โดยมีโรคร่วมคือ ความดันโลหิตสูง (HT) และเบาหวาน (DM) และสิทธิการรักษาส่วนใหญ่คือ บัตรผู้สูงอายุ (28.3%), รองลงมา บัตรผู้พิการ (18.3%)

หลังการพัฒนาแบบแผนการดูแล พบว่า ค่าเฉลี่ยของ SBP, DBP และโพแทสเซียมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ค่าเฉลี่ยของ ฮีมาโตคริต (Hct) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) อัตราการได้รับ Erythropoietin เพิ่มขึ้น ซึ่งช่วยเพิ่มค่า Hct ลดอาการอ่อนเพลีย และผู้ป่วยเปลี่ยนจาก RRT มาสู่ Palliative Care มากขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นถึงผลของการวางแผนล่วงหน้า ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา (Mean ± SD)	หลังการพัฒนา (Mean ± SD)	t	p-value
eGFR	14.83 ± 6.26	14.25 ± 6.12	0.93	.359
SBP (ความดันโลหิตตัวบน)	139.47 ± 15.01	126.44 ± 12.23	3.22	.000
DBP (ความดันโลหิตตัวล่าง)	69.94 ± 10.11	65.26 ± 9.27	2.85	.007
FBS	143.35 ± 53.84	120.45 ± 57.91	1.68	.109
HbA1C	7.66 ± 2.05	7.14 ± 1.92	1.45	.161
Hct	27.30 ± 6.20	32.39 ± 3.69	5.01	.000
Potassium	4.81 ± 0.83	4.31 ± 0.60	3.78	.001

จากตารางพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ (จาก "ต่ำ" ไปสู่ "ปานกลาง", $p < 0.01$) ความลำบากจากโรคไต และผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ลดลงชัดเจน ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานน้อยลง สะท้อนประสิทธิภาพของรูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนาแผนการดูแล

มิติคุณภาพชีวิต	ก่อนพัฒนา (Mean ± SD)	ระดับ	หลังพัฒนา (Mean ± SD)	ระดับ	t	p-value
ด้านสภาวะทางกาย	18.08 ± 1.31	ปานกลาง	18.32 ± 2.38	ปานกลาง	0.55	.585
ด้านสภาวะทางใจ	15.23 ± 2.43	ปานกลาง	15.44 ± 1.05	ปานกลาง	0.52	.602
ด้านความลำบากจากโรคไต	19.05 ± 2.81	สูง	14.79 ± 3.83	ต่ำ	6.99	**.000**
ด้านอาการและปัญหาจากโรคไต	38.51 ± 5.63	สูง	34.57 ± 13.99	ปานกลาง	2.31	*.028*
ผลกระทบโรคไตต่อชีวิตประจำวัน	21.41 ± 3.01	สูง	18.17 ± 5.15	ปานกลาง	4.62	**.000**
คุณภาพชีวิตโดยรวม	**97.35 ± 16.85**	**ต่ำ**	**110.02 ± 11.26**	**ปานกลาง**	**3.29**	**.003**

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

อธิบายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหาการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า 1) ด้านการนำองค์กรพบว่า มีผู้รับผิดชอบดูแลหลักแต่ยังขาดการบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแล 2) ด้านการจัดสรรงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ และการให้ยืมอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้านไม่ชัดเจน ไม่เพียงพอ 3) ด้านบุคลากรการพัฒนาสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ทีมผู้ให้บริการมีทัศนคติการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่างกัน รวมถึงยังขาดทักษะ และความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยครอบครัว 4) ด้านการให้บริการ การพัฒนาแนวทางการดูแลยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม 5) การจัดหายา และเวชภัณฑ์มีกรอบยาจัดการอาการบางตัวเท่านั้น 6) ระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการดูแลยังไม่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อดิศร อุดรทักษ์ และคณะ[3] ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์ พบสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน คือ ยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขาดประสบการณ์ทักษะในการดูแล ขาดการเชื่อมโยงของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ยังขาดงบประมาณสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ในชุมชน ไม่มีความรู้ในการดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวไปที่บ้าน ได้นำประเด็นปัญหาที่ได้มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พัฒนาปรับปรุงจนเกิดระบบที่เหมาะสมกับพื้นที่[6]

วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 2 เพื่อการพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเพื่อให้เข้าถึงทางเลือกที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) ด้านการนำองค์กร และธรรมาภิบาล มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแลรักษา จัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภอนิเทศ ติดตาม 2) การจัดสรรงบประมาณ มีศูนย์บริหารจัดการเครื่องมือ/อุปกรณ์ จัดสรรงบประมาณการจัดซื้อเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มเติมให้งบประมาณค่าตอบแทนออกติดตามเยี่ยมเชิงรุกในชุมชน มี 3) ด้านกำลังคน มีการพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่าย เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาลทั้งใน รพ. และ รพ.สต. อสม./นักบริบาลในชุมชน จัดให้มีพยาบาล PCWN, PCCN ครอบคลุมพัฒนาศักยภาพอสม./นักบริบาลในชุมชนเพื่อให้สามารถประเมิน/ประสานการดูแล การใช้อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ การให้ยา การทำแผล และการดูแลอื่นๆ ได้ ร่วมเป็นทีมติดตามเยี่ยมในชุมชน เพื่อฝึกภาคปฏิบัติ 4) ระบบการให้บริการ มีแนวทางปฏิบัติ Flow การทำงาน มีการเชื่อมต่อระหว่างคลินิกโรคไตกับคลินิกดูแลแบบประคับประคอง มีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และการวางแผนล่วงหน้า มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการวางแผนล่วงหน้า 5) การจัดหายา และเวชภัณฑ์ เพิ่มกรอบยาจัดการอาการ 6) ระบบข้อมูลระบบเชื่อมโยงข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น มีการสื่อสารในระบบ Hos-xp, Application Line, โทรศัพท์ จากการพัฒนาระบบดังกล่าวที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในการออกแบบพัฒนาระบบบริการร่วมกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ การแก้ไขปัญหาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ร่วมกัน ปฏิบัติตามแนวทางที่กาหนด ส่งผลให้เกิดการพัฒนาระบบบริการที่ดีขึ้นโดยการมีส่วนร่วม[7] สอดคล้องกับการศึกษาของ

รัตนาภรณ์ รักชาติ และคณะ[8] ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง และระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง และระยะท้าย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) เชื่อมระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง และระยะท้ายไร้รอยต่อ 2) เสริมความรู้ในการดูแลที่ทันสมัย 3) ใช้หลัก “บวร” บูรณาการในการทำงาน 4) จัดให้มีศูนย์อุปกรณ์ในชุมชน 5) ดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณตามพิธีกรรมของชาวล้านนา และ 6) มีศูนย์เรียนรู้โรคมะเร็งในชุมชน ผลลัพธ์การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายไปใช้ พบว่า หลังการใช้รูปแบบ ผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p.027) ผู้ดูแล และทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p.o28 และ p.021 ตามลำดับ) และความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด และจากการประเมินผลการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 3 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการวางแผนล่วงหน้าต่อการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคอง พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไตในการศึกษาครั้งนี้มีอาการไม่สุขสบายที่พบมากที่คือ อ่อนเพลีย ร้อยละ 78.94 รองลงมาคือ หอบเหนื่อย ร้อยละ 21.05 และสับสน ร้อยละ 15.78 ผู้ป่วยได้รับการทำการวางแผนล่วงหน้าทุกราย อาการหอบเหนื่อยลดลงร้อยละ 75 อาการสับสนลดลง ร้อยละ 50 เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน ร้อยละ 94.74 คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และการวางแผนล่วงหน้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตภายหลังการได้รับโปรแกรมแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.001 สอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์[9] ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ที่พบว่า หลังการดูแลแบบประคับประคอง ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย และผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.001 อธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบของทฤษฎีระยะท้ายที่สงบของชีวิต ซึ่งมีความสอดคล้อง ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ จะทำให้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ปวดเหนื่อยอ่อนเพลียเบื่ออาหาร และความรู้สึกไม่สบายกายไม่สบายใจ เป็นต้น[10] ได้รับการบรรเทาส่งผลให้คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นคะแนนที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง นั่นหมายความว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลที่ดีส่งผล ให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น ไม่ว่าจะได้รับการดูแลในสถานที่ไหน ประเมินในผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหรือพยาบาล ผลการประเมินก็จะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน[11] และสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ตั้งพูลผลวนิชย์[12] พบว่า หลังการใช้ระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมมากขึ้น มีอาการปวดลดลงความเครียด และความกังวลใจลดลง ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในครั้งนี้

1. โรงพยาบาลและผู้บริหารระบบบริการสุขภาพ ควรสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุหรือมีภาวะโรคร่วมรุนแรง

2. การบูรณาการระบบสารสนเทศ (เช่น HosXP, NCD-IT) เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. ทีมสุขภาพ ควรส่งเสริมการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพและเพิ่มศักยภาพพยาบาลประคับประคองพยาบาล CKD รวมถึง อสม. ให้สามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยได้ในชุมชน ควรจัดอบรมเกี่ยวกับแนวทางการสื่อสารแบบมีความหมาย เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ผู้ป่วยและครอบครัว ควรได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา ทั้งแบบประคับประคองและการบำบัดทดแทนไต พร้อมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตั้งแต่เนิ่นๆ ควรได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลตอบโจทย์ด้านกาย ใจ และสังคม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การขยายขอบเขตกลุ่มตัวอย่าง ควรศึกษาผู้ป่วยไตเรื้อรังจากหลายโรงพยาบาลหรือหลายจังหวัด เพื่อเปรียบเทียบผลของการดูแลแบบประคับประคองในบริบทที่แตกต่างกัน

2. การเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผล ควรศึกษาผลระยะยาวของการดูแลแบบ ACP ต่อคุณภาพชีวิต อัตราการเข้าโรงพยาบาล หรือการเสียชีวิตอย่างสงบในชุมชน

3. การวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Study) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนล่วงหน้ากับกลุ่มที่ไม่ได้รับ เพื่อชี้ให้เห็นถึงผลกระทบของแนวทางนี้อย่างชัดเจนทั้งในด้านค่าใช้จ่าย การตัดสินใจของญาติ และภาระของระบบสุขภาพ

4. การศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม โดยเฉพาะด้านความรู้สึก ความพึงพอใจ และประสบการณ์ของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลในการเลือกแนวทาง Palliative Care

5. การศึกษาการนำเทคโนโลยีสนับสนุนการวางแผนล่วงหน้าเช่น แอปพลิเคชันบนมือถือ หรือเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อช่วยบันทึกความต้องการของผู้ป่วยและสื่อสารข้ามทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยม 2565.

2.กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2562.

3.อดิศร อุดรทักษ์ และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2566:41(1):50-62.

4.Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition. Journal of Pain and Symptom Management 2017;53(5):821–32.

5.Bernacki, R., & Block, S. Communication about serious illness care goals: A review and synthesis of best practices. JAMA Internal Medicine 2014:174(12):1994–2003.

6.World Health Organization. Palliative care: Key facts. WHO; 2020.

7.กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2562.

8.รัตนาภรณ์ รักชาติ, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กัญญา ศรีอรุณ, ปานจิตร์ วงศ์ใหญ่ และภัทรนัย ไชยพรม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งจังหวัดลำปาง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2565;4(2):1-19.

9.ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2560;13(1):25-36.

10.สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง; 2565.

11.Bernacki R, Block S. Communication about serious illness care goals: A review and synthesis of best practices. JAMA Intern Med. 2014;174(12):1994–2003.

12.นภาพร ตั้งพูลผลวนิชย์. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลยโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2563;5(2):38-45.

ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายของประเทศไทย:การวิเคราะห์แนวโน้มและปัจจัยเสี่ยงเชิงพื้นที่ (พ.ศ. 2553-2562)

Geographic Disparities in Suicide Mortality in Thailand: A Decade Analysis of Spatial Risk Factors and Regional Trends (2010-2019)

(Received: July 12,2025 ; Revised: September 2,2025 ; Accepted: September 23,2025)

วีร์ เมฆวิลัย[1] ณิชาภา รัตนจันทร์[2]
Wee Mekwili[1] Nichapha Rattanajan[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้มุ่งวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย และระบุปัจจัยเสี่ยงเชิงพื้นที่ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2562 เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลการตาย (มรณบัตร) และข้อมูลประชากรจากสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ วิเคราะห์อัตราตายมาตรฐานจำแนกตามภูมิภาค เขตสุขภาพ จังหวัด เพศ และอายุ ผลการศึกษาพบว่า ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญ โดยภาคเหนือมีอัตราตายสูงสุด (14.06 ต่อแสนประชากรในปี 2562) เปรียบเทียบกับกรุงเทพมหานคร (2.86 ต่อแสนประชากร) อัตราส่วนความแตกต่าง 4.9:1 จังหวัดลำพูนมีอัตราตายสูงสุด (22.10 ต่อแสนประชากร) เพศชายมีอัตราตายสูงกว่าเพศหญิง 3-8 เท่าในทุกภูมิภาค กลุ่มอายุ 35-39 ปีมีอัตราตายสูงสุด (13.49 ต่อแสนประชากร) ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายสะท้อนความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจ ควรพัฒนากลยุทธ์ป้องกันเชิงพื้นที่ที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละภูมิภาค

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ ปัจจัยเสี่ยงเชิงพื้นที่ สุขภาพจิต นโยบายสาธารณสุข

Abstract

This study aimed to analyze geographic disparities in suicide mortality rates in Thailand and identify spatial risk factors during 2010-2019. A survey research by cross-sectional study using secondary data from death certificates and population data from the Health Information System Office. Age-standardized mortality rates were analyzed by region, health zone, province, sex, and age group. Significant geographic disparities were found. The Northern region had the highest rate (14.06 per 100,000 in 2019) compared to Bangkok (2.86 per 100,000), with a 4.9:1 ratio. Lamphun province recorded the highest provincial rate (22.10 per 100,000). Males had 3-8 times higher rates than females across all regions. The 35-39 age group had the highest rate (13.49 per 100,000). Geographic disparities in suicide mortality reflect inequalities in mental health service access and socio-economic factors. Region-specific prevention strategies tailored to local contexts should be developed.

Keywords: suicide, geographic disparities, spatial risk factors, mental health, public health policy

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2021 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 727,000 คนทั่วโลก[1] โดยการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และพบว่า 73% ของการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ[2] ในประเทศไทย การฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่าง

[1] ปร.ด.นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต Corresponding Author, Wee Mekwilai Email: weepositive7@gmail.com
[2] วท.บ.นักวิชกาสารธารณสุขชำนาญการ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ต่อเนื่อง โดยอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 6.12 ต่อแสนประชากรในปี 2013 เป็น 8.95 ต่อแสนประชากรในปี 2019[3] สะท้อนถึงความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป

การศึกษาระดับสากลพบว่าการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างทางภูมิศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญ โดยความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ (geographical disparity) หมายถึงการกระจายที่ไม่สม่ำเสมอของอัตราการฆ่าตัวตายในพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างในระดับความเสี่ยงและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในแต่ละท้องถิ่น ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วเกือบทั้งหมด เช่น ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา และประเทศในยุโรป พบรูปแบบ "rural-urban disparity" อย่างชัดเจน โดยพื้นที่ชนบทมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญ[4-5] ตัวอย่างเช่น ในสหรัฐอเมริกา อัตราการฆ่าตัวตายในพื้นที่ชนบทสูงกว่าในเขตเมืองถึง 1.8 เท่า และในออสเตรเลีย พบว่าพื้นที่ห่างไกลมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าพื้นที่เมืองหลักมากกว่า 2 เท่า[6]

ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายเกิดจากปัจจัยหลายประการที่เชื่อมโยงกัน[7] อาทิ การแยกทางสังคม (social isolation) ในพื้นที่ห่างไกล การตีตราผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงกว่าในชุมชนเล็ก และวัฒนธรรมความเป็นชายที่เน้นความเข้มแข็งและไม่แสดงอารมณ์ การลดลงของบริการสุขภาพจิตในพื้นที่ห่างไกล ระยะทางที่ไกลถึงสถานพยาบาล การขาดแคลนบุคลากรสุขภาพจิตเฉพาะทาง และความล่าช้าในการให้ความช่วยเหลือฉุกเฉิน การเข้าถึงวิธีการที่มีอันตรายได้ง่าย เช่น อาวุธปืน สารเคมีเกษตร และการแขวนคอในพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัวสูง และ ความยากจนต่อเนื่อง การว่างงานที่สูงกว่า ความไม่มั่นคงทางอาชีพ และการขาดโอกาสทางเศรษฐกิจในพื้นที่ชนบท

อย่างไรก็ตาม ในประเทศกำลังพัฒนา รูปแบบการกระจายอาจแตกต่างไปจากประเทศพัฒนาแล้ว เนื่องจากปัจจัยทางวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ และโครงสร้างทางสังคม-เศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ในบางประเทศเอเชีย พบว่าเขตเมืองกลับมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าพื้นที่ชนบท ซึ่งอาจเกิดจากความเครียดจากการขยายตัวของเมือง ค่าครองชีพที่สูง และการสูญเสียระบบสนับสนุนทางสังคมแบบดั้งเดิม[8]

ในประเทศไทย แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหลายเรื่อง[10-11] แต่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่ปัจจัยเสี่ยงระดับบุคคลหรือภาพรวมระดับประเทศ การศึกษาล่าสุดพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 3.5 เท่า และกลุ่มอายุ 30-39 ปีมีอัตราตายสูงสุด[12] ยังขาดการวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเชิงพื้นที่

ในช่วงปี 2017-2022 ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 32% โดยพบว่าผู้สูงอายุ (55 ปีขึ้นไป) มีอัตราสูงสุด ขณะที่วัยรุ่น (15-19 ปี) มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงสุด[13] การทำความเข้าใจรูปแบบการกระจายทางภูมิศาสตร์จึงเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการระบุพื้นที่เสี่ยงสูง การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การออกแบบมาตรการป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของแต่ละภูมิภาค

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์แนวโน้มและรูปแบบการกระจายของอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2553-2562 จำแนกตามภูมิภาค เขตสุขภาพ และจังหวัด (2) เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการฆ่าตัวตายตามเพศและกลุ่มอายุในแต่ละภูมิภาค และ (3) ระบุพื้นที่เสี่ยงสูงและเสนอแนวทางการป้องกันเชิงพื้นที่ที่เหมาะสม

วิธีการวิจัย

ประเภทการศึกษาและประชากร

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิในการวิเคราะห์แนวโน้มย้อนหลังเป็นระยะเวลา 10 ปี ประชากรที่ศึกษาคือผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั้งหมดในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2553-2562

เกณฑ์การคัดเลือกข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกข้อมูลในการศึกษานี้ประกอบด้วยเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก เกณฑ์คัดเข้าได้แก่ มรณบัตรที่ระบุสาเหตุการตายตามรหัส ICD-10 X60-X84[14] ซึ่งครอบคลุมการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองโดยเจตนา รวมถึงข้อมูลที่มีพื้นที่ที่อยู่อาศัยที่สามารถจำแนกได้ถึงระดับจังหวัด และมีข้อมูลเพศและอายุที่สมบูรณ์สำหรับเกณฑ์คัดออกได้แก่ ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์หรือไม่สามารถจำแนกพื้นที่ได้ ผู้เสียชีวิตที่ไม่มีสัญชาติไทย และรายการที่มีข้อมูลขัดแย้งหรือไม่น่าเชื่อถือ การกำหนดเกณฑ์เหล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้สำหรับการวิเคราะห์

แหล่งข้อมูลและการเก็บรวบรวม

ข้อมูลในการศึกษาได้มาจากสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (สสส.) ผ่านเว็บไซต์ https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/[15] โดยแบ่งเป็นสองส่วนหลัก 1) ฐานข้อมูลการตาย (มรณบัตร) จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการตายและลักษณะของผู้เสียชีวิต ส่วน 2) ข้อมูลประชากรกลางปีจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งใช้เป็นตัวหารในการคำนวณอัตราตาย การใช้ข้อมูลจากแหล่งทางการเหล่านี้ทำให้มั่นใจได้ว่าข้อมูลมีความถูกต้องและครอบคลุมทั้งประเทศ

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรตามในการศึกษาคืออัตราตายจากการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นตัวชี้วัดหลักในการประเมินภาวะการฆ่าตัวตายในประเทศ ตัวแปรอิสระแบ่งออกเป็นสามกลุ่มหลัก ได้แก่ ตัวแปรทางภูมิศาสตร์ ตัวแปรลักษณะประชากร และตัวแปรเวลา ตัวแปรทางภูมิศาสตร์ประกอบด้วย 5 ภูมิภาค 13 เขตสุขภาพ และ 77 จังหวัด ตัวแปรลักษณะประชากรรวมถึงเพศ (ชาย หญิง) และกลุ่มอายุ (10 ปีขึ้นไป แบ่งเป็นช่วง 5 ปี) ส่วนตัวแปรเวลาครอบคลุมปี พ.ศ. 2553-2562 การกำหนดตัวแปรเหล่านี้ช่วยให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างละเอียดและครอบคลุมหลายมิติ

การวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการในสี่ขั้นตอนหลัก 1) คือการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งรวมถึงการคำนวณจำนวน ร้อยละ และอัตราตายต่อแสนประชากร เพื่อให้ภาพรวมของข้อมูลที่ศึกษา 2) คือการวิเคราะห์แนวโน้ม ซึ่งเปรียบเทียบอัตราตายระหว่างปี 2553 และ 2562 และคำนวณร้อยละการเปลี่ยนแปลงเพื่อดูทิศทางการเปลี่ยนแปลงของปัญหาการฆ่าตัวตาย 3) คือการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มต่าง ๆ โดยคำนวณอัตราส่วนและความแตกต่างระหว่างกลุ่ม 4) คือการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ ซึ่งจัดอันดับและระบุพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ การวิเคราะห์เหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจถึงรูปแบบและแนวโน้มของการฆ่าตัวตายในประเทศไทยอย่างครอบคลุม

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเข้มงวด การใช้ข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวตนได้และการเปิดเผยผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและการพัฒนานโยบายสาธารณะ ถือเป็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับหลักการใช้ข้อมูลเพื่อสาธารณประโยชน์ในทางที่สร้างสรรค์และมีจริยธรรม

ผลการศึกษา

ภาพรวมแนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับประเทศ

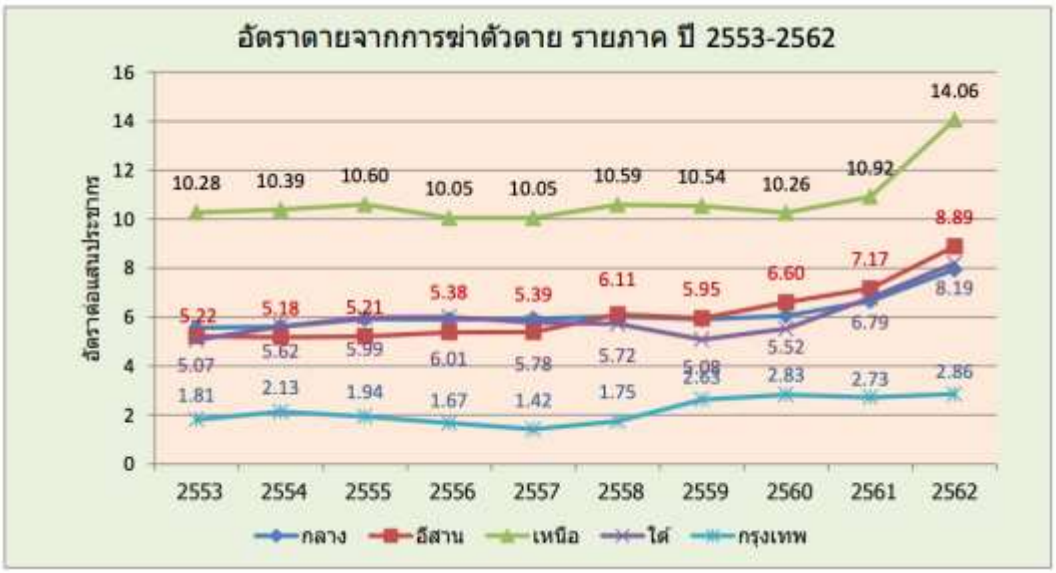
ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2562 ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการฆ่าตัวตายที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ กลุ่มอายุที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ได้แก่ อายุ 40-44 ปี (เพิ่มขึ้นจาก 8.0 เป็น 12.56 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้น 57%) และอายุ 60-64 ปี (เพิ่มขึ้นจาก 7.56 เป็น 11.50 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้น 52.1%) รายละเอียดแสดงในภาพที่ 1 เมื่อพิจารณาเฉพาะในปี พ.ศ. 2562 กลุ่มอายุที่มีอัตราตายสูงสุดคือ อายุ 35-39 ปี (13.49 ต่อแสนประชากร) รองลงมาคือ อายุ 30-34 ปี (13.03 ต่อแสนประชากร) และ อายุ 40-44 ปี (12.56 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ สิ่งที่น่าสังเกตคือ กลุ่มอายุ 20-24 ปี เริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2560-2562 (จาก 5.17 เป็น 6.70 ต่อแสนประชากร)



ภาพที่ 1 แนวโน้มอัตราการตายตามช่วงอายุต่างๆ ปี 2553 – 2562
ที่มา: คำนวณจากฐานข้อมูล การตาย (มรณบัตร) และ จำนวนประชากร (ตัวหาร) จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (https://www.hiso.or.th/thaihealthstat)

ความเหลื่อมล้ำระหว่างภูมิภาค

การวิเคราะห์ข้อมูลระดับภูมิภาคพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ โดยในปี พ.ศ. 2562 ภาคเหนือมีอัตราตายสูงสุดที่ 14.06 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ 8.19 ต่อแสนประชากร และภาคกลางที่ 8.89 ต่อแสนประชากร ในขณะที่ภาคใต้และกรุงเทพมหานครมีอัตราตายต่ำสุดเท่ากันที่ 2.86 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนความแตกต่างระหว่างภาคเหนือและกรุงเทพมหานครอยู่ที่ 4.9:1 ซึ่งถือว่าเป็นความเหลื่อมล้ำที่สูงมาก แนวโน้มในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในช่วงปี 2561-2562 ที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รายละเอียดในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวโน้มอัตราการตายตามภูมิภาค ปี 2553 – 2562
ที่มา: คำนวณจากฐานข้อมูล การตาย (มรณบัตร) และ จำนวนประชากร (ตัวหาร) จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (https://www.hiso.or.th/thaihealthstat)

การวิเคราะห์รายเขตสุขภาพ

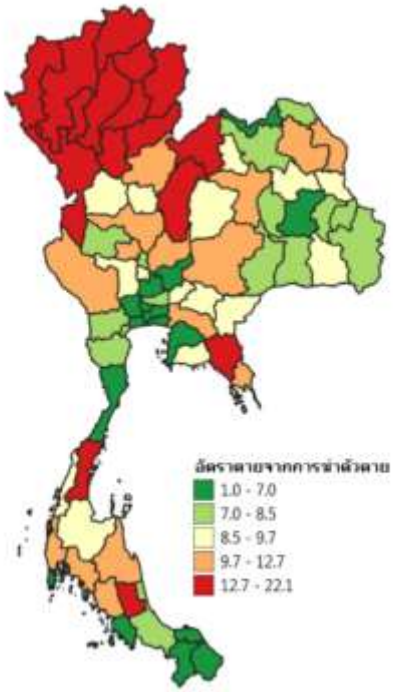
เมื่อวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพ พบว่าเขต 1 (เชียงใหม่) มีอัตราตายสูงสุดที่ 16.47 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือเขต 2 (พิษณุโลก) ที่ 13.32 ต่อแสนประชากร ในขณะที่เขต 13 (กรุงเทพมหานคร) มีอัตราตายต่ำสุดที่ 2.86 ต่อแสนประชากร การกระจายนี้สะท้อนให้เห็นว่าเขตสุขภาพในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาการฆ่าตัวตายที่รุนแรงกว่าเขตอื่นๆ รายละเอียดในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แนวโน้มอัตราการตายตามเขตสุขภาพ ปี 2553 – 2562
ที่มา: คำนวณจากฐานข้อมูล การตาย (มรณบัตร) และ จำนวนประชากร (ตัวหาร) จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (https://www.hiso.or.th/thaihealthstat)

พื้นที่เสี่ยงสูงระดับจังหวัด

จากการวิเคราะห์ 77 จังหวัด พบว่าจังหวัดที่มีอัตราตายสูงสุด 10 อันดับแรกในปี พ.ศ. 2562 มีลำพูนเป็นอันดับหนึ่งด้วยอัตรา 22.10 ต่อแสนประชากร ตามด้วยแม่ฮ่องสอน (20.40), น่าน (19.29), แพร่ (17.16), พะเยา (16.33), ตาก (16.23), เชียงใหม่ (16.15), พัทลุง (15.82), เลย (14.87), และลำปาง (14.77) ตามลำดับ สิ่งที่น่าสังเกตคือจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งครอบคลุมภาคเหนือครองตำแหน่ง 7 ใน 10 อันดับแรก ได้แก่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน น่าน แพร่ พะเยา เชียงใหม่ และลำปาง ขณะที่จังหวัดอื่นๆ มาจากเขตสุขภาพที่ 2 (ตาก), เขตสุขภาพที่ 8 (เลย), และเขตสุขภาพที่ 12 (พัทลุง) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความเข้มข้นของปัญหาการฆ่าตัวตายในภาคเหนือเป็นพิเศษ รายละเอียดในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แนวโน้มอัตราการตายตามเขตสุขภาพ ปี 2553 – 2562
ที่มา: คำนวณจากฐานข้อมูล การตาย (มรณบัตร) และ จำนวนประชากร (ตัวหาร) จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (https://www.hiso.or.th/thaihealthstat)

รูปแบบการกระจายตามเพศและอายุ

ในทุกภูมิภาคและทุกกลุ่มอายุ เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอัตราส่วนประมาณ 3-8 เท่า และความแตกต่างนี้เพิ่มขึ้นตามอายุ โดยในกลุ่มอายุสูงมีความแตกต่างมากกว่ากลุ่มอายุน้อย สำหรับรูปแบบการกระจายตามอายุในปี พ.ศ. 2562 พบรูปแบบที่แตกต่างจากหลายประเทศ โดยกลุ่มอายุ 35-39 ปีมีอัตราตายสูงสุดที่ 13.49 ต่อแสนประชากร ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุ 60-64 ปีและ 65 ปีขึ้นไปมีอัตราตายในระดับสูงที่ 11.50 และ 10.91 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และกลุ่มวัยรุ่น 15-19 ปีมีอัตราตายค่อนข้างต่ำที่ 3.49 ต่อแสนประชากร

การเปลี่ยนแปลงในช่วงปี 2561-2562

ช่วงปี 2561-2562 เป็นช่วงที่น่าสังเกต เนื่องจากหลายภูมิภาคมีอัตราตายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยภาคเหนือมีการเพิ่มขึ้นสูงสุดจาก 10.92 เป็น 14.06 ต่อแสนประชากร คิดเป็นการเพิ่มขึ้น 28.7% ตามด้วยภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เพิ่มขึ้นจาก 6.79 เป็น 8.19 ต่อแสนประชากร หรือเพิ่มขึ้น 20.6% ในขณะที่ภาคใต้มีการเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จาก 2.73 เป็น 2.86 ต่อแสนประชากร การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาดังกล่าวอาจเชื่อมโยงกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม หรือนโยบายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น

การศึกษานี้เผยให้เห็นความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายของประเทศไทยอย่างชัดเจน โดยภาคเหนือมีอัตราตายสูงกว่ากรุงเทพมหานครถึง 4.9 เท่า จังหวัดลำพูน แม่ฮ่องสอน น่าน และแพร่ เป็นพื้นที่เสี่ยงสูงสุด กลุ่มอายุ 35-39 ปี กลายเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุด ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบทั่วไปในประเทศพัฒนาแล้ว เพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง 3-8 เท่าในทุกภูมิภาค ความเหลื่อมล้ำเหล่านี้สะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจ และความแตกต่างทางวัฒนธรรม การแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องใช้แนวทางแบบบูรณาการที่คำนึงถึงบริบทของแต่ละพื้นที่

ผลการศึกษานี้ควรนำไปสู่การทบทวนนโยบายสาธารณสุขระดับชาติ โดยเฉพาะการจัดสรรทรัพยากรตามความต้องการของแต่ละพื้นที่ และการพัฒนากลยุทธ์ป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น การวิจัยต่อเนื่องเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงเชิงลึกและการประเมินผลโปรแกรมป้องกันจะช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาครั้งนี้เผยให้เห็นความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายของประเทศไทยอย่างชัดเจน โดยภาคเหนือมีอัตราตายสูงกว่ากรุงเทพมหานครถึง 4.9 เท่า ซึ่งเป็นความแตกต่างที่สูงกว่าที่พบในประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศ การศึกษาระบบทบทวนวรรณกรรมโดย Casant และ Helbich[16] ที่วิเคราะห์ 24 การศึกษาทั่วโลก พบว่าพื้นที่ชนบทมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเขตเมืองอย่างสม่ำเสมอ ในออสเตรเลีย การศึกษาโดย Sankaranarayanan และคณะ[17] พบว่าผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเขตเมือง 2.7 เท่า ขณะที่ในสหรัฐอเมริกา การศึกษาโดย Fontanella และคณะ[18] พบอัตราส่วนระหว่างชนบท-เมืองประมาณ 1.9 เท่าในกลุ่มเยาวชน

ปัจจัยหลักที่อาจอธิบายความเหลื่อมล้ำนี้ประกอบด้วยปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจที่ซับซ้อน ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีระดับรายได้ต่ำกว่าเขตเมือง ความยากจนและปัญหาหนี้สินจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในกลุ่มเกษตรกรที่ประสบปัญหาราคาผลผลิต การศึกษาระบบทบทวนโดย Mohatt และคณะ[19] ระบุว่าความเครียดทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในพื้นที่ชนบทของสหรัฐอเมริกา

การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากพื้นที่ห่างไกลมีจำนวนจิตแพทย์และนักจิตวิทยาต่อประชากรต่ำกว่าเขตเมือง ระบบส่งต่อและการติดตามผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ การศึกษาในออสเตรเลียโดย Fitzpatrick และคณะ[20] พบว่าแม้ผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทจะได้รับการวินิจฉัยและรักษา แต่ยังมีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงกว่า ซึ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาในด้านคุณภาพและความต่อเนื่องของการรักษา

ปัจจัยทางวัฒนธรรมก็มีบทบาทสำคัญเช่นกัน โดยทัศนคติต่อการขอความช่วยเหลือทางจิตใจใน

ชุมชนชนบทอาจแตกต่างจากเขตเมือง การมองการเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นเรื่องน่าอายอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ การทบทวนวรรณกรรมโดย Hirsch[5] ระบุว่าวัฒนธรรมการพึ่งพาตนเองและการต่อต้านการเปิดเผยปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนชนบทเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ความโดดเด่นของกลุ่มอายุวัยทำงาน

การที่กลุ่มอายุ 35-39 ปีมีอัตราตายสูงสุดเป็นสิ่งที่แตกต่างจากรูปแบบทั่วไปในประเทศพัฒนาแล้วซึ่งมักพบอัตราสูงในผู้สูงอายุ[12] ปรากฏการณ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยโดย Kanchanatawan และคณะ[3] ที่พบว่ากลุ่มวัยทำงาน (25-64 ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญระหว่างปี 2013-2019

ปรากฏการณ์นี้อาจเชื่อมโยงกับความกดดันทางเศรษฐกิจที่เป็นลักษณะเฉพาะของกลุ่มวัยนี้ เนื่องจากเป็นวัยที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง ทั้งการเลี้ยงดูบุตรและดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่โอกาสในการเปลี่ยนอาชีพหรือเพิ่มรายได้มีจำกัด สถานการณ์นี้เรียกว่า "sandwich generation" ที่ต้องรับภาระทั้งสองด้าน ความเครียดจากการแข่งขันทางสังคมในยุคปัจจุบันก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง โดยความคาดหวังในการประสบความสำเร็จและการเปรียบเทียบทางสังคมในยุคโซเชียลมีเดียสร้างแรงกดดันเพิ่มเติม

ความเหลื่อมล้ำทางเพศและบทบาททางสังคม

การที่เพศชายมีอัตราตายสูงกว่าเพศหญิง 3-8 เท่านั้นสอดคล้องกับรูปแบบทั่วโลก แต่อัตราส่วนในประเทศไทยสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลกซึ่งอยู่ที่ประมาณ 1.8 เท่า[21] ในสหรัฐอเมริกา CDC[22] รายงานว่าชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าหญิงประมาณ 3.8 เท่า และในยุโรป การศึกษาข้ามชาติโดย Niederkrotenthaler และคณะ[22] พบว่าความตั้งใจจริงในการฆ่าตัวตาย (serious suicide attempt) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยที่อาจอธิบายความแตกต่างนี้เกี่ยวข้องกับบทบาทชายหัวหน้าครอบครัวในวัฒนธรรมไทย ซึ่งสร้างความกดดันในการเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวหลัก และความรู้สึกล้มเหลวเมื่อไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ การศึกษาเชิงคุณภาพในออสเตรเลียโดย Creighton และคณะ[23] พบว่าวัฒนธรรมความเป็นชายที่ต้อง "แข็งแกร่ง" และไม่แสดงความอ่อนไหวเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการขอความช่วยเหลือทางจิตใจ

นอกจากนี้ ชายมักเลือกวิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า การศึกษาในสหรัฐอเมริกาโดย Hedegaard และคณะ[24] พบว่าชายใช้อาวุธปืน 60% ขณะที่หญิงใช้เพียง 30% ซึ่งส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในเพศชายสูงกว่า

การเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2561-2562

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงปี 2561-2562 เป็นประเด็นที่น่าสนใจ โดยเฉพาะภาคเหนือที่มีการเพิ่มขึ้น 28.7% และภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เพิ่มขึ้น 20.6% การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเชื่อมโยงกับปัจจัยทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมหลายประการ รวมถึงการชะลอตัวของเศรษฐกิจโลกและในประเทศ ภัยแล้งที่ส่งผลกระทบต่อภาคเกษตรกรรม และการเปลี่ยนแปลงนโยบายสวัสดิการที่อาจส่งผลต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประชาชนในพื้นที่เหล่านี้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการที่ควรนำมาพิจารณาในการตีความผลการศึกษา การใช้ข้อมูลทุติยภูมิอาจมีปัญหาการรายงานที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่ระบบการบันทึกข้อมูลอาจไม่สมบูรณ์ การศึกษาใน Thailand โดย Snowdon และ Lu[25] ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยมีอัตราการตายที่ "ไม่ทราบสาเหตุ" สูงถึง 26% ซึ่งอาจซ่อนการฆ่าตัวตายจำนวนมาก

การจำแนกสาเหตุการตายอาจไม่แม่นยำ เนื่องจากปัจจัยทางสังคม-วัฒนธรรม เช่น การไม่ต้องการให้การตายถูกจำแนกเป็นการฆ่าตัวตายเพื่อรักษาศักดิ์ศรีของครอบครัว นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังขาดข้อมูลปัจจัยเสี่ยงระดับบุคคล เช่น ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตใจ สถานะทางเศรษฐกิจ และเหตุการณ์ชีวิตที่สำคัญ จึงไม่สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้อย่างลึกซึ้ง การขาดข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับบริบททางสังคม-วัฒนธรรมเชิงลึกในแต่ละพื้นที่ก็เป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการทำความเข้าใจรูปแบบการฆ่าตัวตายในแต่ละภูมิภาค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลสำหรับการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นแหล่งข้อมูลหลักในการวิจัย และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. Geneva: WHO; 2021.
2.รายงานสถานการณ์สุขภาพประชาชนไทย 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
3.Helbich M, et al. Urban-rural inequalities in suicide mortality: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017;12(2):e0172724.
4.Santana P, et al. Suicide in Europe: spatial distribution and socioeconomic integration. Eur J Public Health. 2015;25(4):597-603.
5.Hirsch JK. A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors, incidence, and prevention. Crisis. 2006;27(4):189-99.
6.Fontanella CA, et al. Widening rural-urban disparities in youth suicides, United States, 1996-2010. JAMA Pediatr. 2015;169(5):466-73.
7.จุฑารัตน์ แก้วก่า, และคณะ. ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พ.ศ. 2562. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565;32(1):45-58.
8.วรรณภา คำแหง และคณะ. แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2555–2561. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2563;16(2):180-191.
9.Patel V, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The Lancet. 2018;392(10157):1553-1598.
10.สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานความยากจนของประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงาน นศช.; 2563.
11.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพจิต พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
12.Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. BMJ. 2019;364:l94.
13.Freeman A, et al. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). PLoS One. 2016;11(6):e0157107.
14.World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision, Fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2016. Available from: https://icd.who.int/browse10/2016/en.

15.สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. ระบบข้อมูลสถิติสุขภาพไทย พ.ศ. 2553-2562. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ; 2563. Available from: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/

16.Casant J, Helbich M. Inequalities of suicide mortality across urban and rural areas: a literature review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(5):2669. doi:10.3390/ijerph19052669.

17.Sankaranarayanan A, Carter G, Lewin T. Rural-urban differences in suicide rates for current patients of a public mental health service in Australia. Suicide Life Threat Behav. 2010;40(4):376-382. doi:10.1521/suli.2010.40.4.376.

18.Fontanella CA, Hiance-Steelesmith DL, Phillips GS, Bridge JA, Lester N, Sweeney HA, Campo JV. Widening rural-urban disparities in youth suicides, United States, 1996-2010. JAMA Pediatr. 2015;169(5):466-473. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.3561.

19.Mohatt NV, Kreisel CJ, Hoffberg AS, Wendleton L, Beehler SJ. A systematic review of factors impacting suicide risk among rural adults in the United States. J Rural Health. 2021;37(3):565-575. doi:10.1111/jrh.12532.

20.Fitzpatrick SJ, Handley T, Powell N, Read D, Inder KJ, Perkins D, Brew BK. Suicide in rural Australia: A retrospective study of mental health problems, health-seeking and service utilisation. PLoS One. 2021;16(7):e0245271. doi:10.1371/journal.pone.0245271.

21.Chang Q, Yip PSF, Chen YY. Gender inequality and suicide gender ratios in the world. J Affect Disord. 2019;243:297-304.

22.Centers for Disease Control and Prevention. Suicide Data and Statistics. Atlanta, GA: National Centers for Injury Prevention and Control; 2024. Available from: https://www.cdc.gov/suicide/facts/data.html

23.Creighton G, Oliffe J, Ogrodniczuk J, Frank B. You've gotta be that tough crust exterior man: Depression and suicide in rural-based men. Qual Health Res. 2017;27(12):1882-91.

24.Hedegaard H, Garnett MF, Crosby AE. Urban-rural differences in suicide rates, by sex and three leading methods: United States, 2000-2018. NCHS Data Brief. 2020;(373):1-8.

25.Snowdon J, Lu TH. Rates and Age Patterns of Suicide and Undetermined Death in Thailand. J Psychiatry Behav Sci. 2019;2(3):1-12.

การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษา: โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019

PERCEPTION OF RISK AND SEVERITY OF RESPIRATORY DISEASES TOWARDS THE RESPIRATORY DISEASES PREVENTION BEHAVIOR AMONG GARBAGE COLLECTORS AT SARABURI HOSPITAL AND CONTRACTING UNIT FOR PRIMARY CARE

CASE STUDY: CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19)

(Received: July 13,2025 ; Revised: July 26,2025 ; Accepted: July 27,2025)

นัดธิดา พิมลทอง[1] ลักษณา เหล่าเกียรติ[2]
Nattida Pimonthong[1] Laksana Laokiat[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษา: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 127 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Independent t-test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ต่อการดำเนินงานของหน่วยงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงานของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาพรวมมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก โดยความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในระดับสูงมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ต่อการดำเนินงานของหน่วยงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ทั้ง 3 ด้านกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างพนักงานที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, มูลฝอยติดเชื้อ, การรับรู้, ความเสี่ยง, พฤติกรรมการป้องกันตนเอง

ABSTRACT

This survey research by cross-sectional study aimed to investigate risk perception and disease severity perception regarding preventive behaviors for respiratory infectious diseases among employees responsible for collecting infectious waste at Saraburi Hospital and its primary care network, comprising a total of 127 participants. Descriptive statistics, independent t-test, and Pearson correlation coefficient were used for data analysis at 0.05 significance level.

The results revealed that risk perception, severity perception, and perception of organizational operations related to COVID-19 control among waste-collecting employees were at a high level. A statistically significant and very high positive correlation was observed between risk perception and preventive behaviors ($P < 0.001$). Perception severity, perception, organizational operations, and preventive behaviors also had a statistically significant, high positive correlation level ($p < 0.001$). Furthermore, all three perception aspects and preventive behaviors between employees at Saraburi Hospital and the primary care network were significantly different ($p < 0.001$).

Keywords: Coronavirus disease 2019, Infectious waste, Awareness, Risk, Self-protective behavior

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต
[2] รองศาสตราจารย์ คณะะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก องค์การอนามัยโลก[11] จึงได้ประกาศให้การระบาดของโรคดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHEIC) และประเทศไทยได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ต่อมาวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ได้ออกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวัง โดยเริ่มคัดกรองหาผู้ติดเชื้อที่ช่องทางเข้าออกประเทศไทย พบว่ามีผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมทั้งสิ้น 4,281,536 ราย เป็นการติดเชื้อระลอกใหม่ 2,058,101 ราย ข้อมูลวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 16 มิถุนายน 2568 พบผู้ป่วยสะสม 491,500 ราย และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 11,656 ราย[2]

จากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ส่งผลให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มขึ้น ทั้งในส่วนที่เป็นอุปกรณ์ป้องกัน และการรักษาจากทีมงานแพทย์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทยชี้ว่า โรคระบาดโควิด-19 ทำให้คนหันมาใช้หน้ากากอนามัยเพิ่มขึ้นจาก 800,000 ชิ้น เป็นราว 1,500,000 ชิ้นต่อวัน[7] นอกจากนี้มีรายงานว่ามูลฝอยติดเชื้อในปี 2564 มีปริมาณเพิ่มขึ้นจากปี 2563 ถึงร้อยละ 87 โดยเกิดจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน ห้องปฏิบัติการ รวมไปถึงมูลฝอยติดเชื้อจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรงพยาบาลสนาม สถานกักกันที่ราชการกำหนด ศูนย์แยกกักในชุมชน (CI) การแยกกักตัวที่บ้าน (HI) และสถานที่อื่น ๆ[1] ซึ่งมูลฝอยดังกล่าวจะกลายเป็นแหล่งแพร่เชื้อไปสู่คนทำงานเก็บขยะ หรือคนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการขยะต่อไป

ข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาล ซึ่งเป็นสถานบริการทางการแพทย์ที่ประกอบไปด้วยการทำงานในหลายภาคส่วน มีการบริการด้านงานรักษาพยาบาลผู้ป่วย งานห้องผ่าตัด ห้องปฏิบัติงาน งานกำจัดขยะและของเสียต่าง ๆ เป็นต้น ทำให้เกิดมูลฝอยหลากหลายประเภท โดยเฉพาะมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งสามารถแพร่กระจายเชื้อโรคได้ตั้งแต่แหล่งกำเนิด การเก็บขน การกำจัด และสิ่งที่เหลือจากระบบกำจัด[8] การให้บริการกับผู้ป่วยนั้นต้องมีการปฏิบัติอย่างถูกต้อง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสและรับเชื้อได้ ซึ่งการทำงานเหล่านี้หากไม่มีความตระหนักก็อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานได้ ซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม[5]

จากการศึกษาข้อมูลการติดเชื้อของไรวัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสระบุรี พบว่า โรงพยาบาลสระบุรีมีบุคลากรติดเชื้อยืนยันสะสม 1061 ราย ผู้ติดเชื้อยืนยันระรอกใหม่ในปี 2565 (มกราคม - ธันวาคม 2565) จำนวน 997 ราย เป็นพนักงานทำความสะอาด 22 ราย ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบคัดแยกมูลฝอย โดยการจัดเตรียม ภาชนะและถุงรองรับมูลฝอยแต่ละประเภท และทำการจัดเก็บรวบรวมมูลฝอยรวมทั้งการเคลื่อนย้าย หรือการนำส่งไปยังที่พักมูลฝอยของโรงพยาบาล นอกจากพนักงานงานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแล้ว ยังพบว่าสถานพยาบาลเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสระบุรีจำนวน 27 แห่ง มีการปฏิบัติงานที่สัมผัสกับมูลฝอยติดเชื้อโดยการปฏิบัติงานของบุคลากร มีการปฏิบัติงานภายใต้มาตรการการป้องโรคตามกระทรวงสาธารณสุขและมาตรการที่องค์กรกำหนดขึ้น จากข้อมูลข้างต้น การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานทำความสะอาด จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และสามารถนำมาเป็นแนวทางและวางแผนการป้องกันโรคติดเชื้อในพนักงานทำความสะอาดได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของ

พนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบ ทางเดินหายใจ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (**Survey research by Cross-sectional Study)** เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ รวมถึงศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคและศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคลากรที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 73 คน และบุคลากรที่มีหน้าที่จัดการมูลฝอยติดเชื้อจากเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 27 แห่ง แห่งละ 2 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 127 คน โดยมีหน้าที่รับผิดชอบทำความสะอาด จัดเตรียมภาชนะและถุงรองรับมูลฝอยแต่ละประเภท จัดเก็บรวบรวมมูลฝอยและเคลื่อนย้ายมูลฝอยไปยังโรงพักขยะของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานที่ที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการทำงาน การทำงานเป็นเวร อายุการทำงาน และตำแหน่งงาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 7 ข้อ และการรับรู้ต่อการดำเนินงานของหน่วยงานในการ ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6 ข้อ โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และแบ่งระดับการรับรู้เป็น 5 ระดับ[12] ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 16 ข้อ โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย คือประจำ บ่อย นานๆครั้ง บางครั้ง ไม่เคย และแบ่งระดับการรับรู้เป็น 5 ระดับ[12] ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปรับปรุง

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามนี้ผ่านการพิจารณาความตรง

ของเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) จำนวน 30 ชุด กับพนักงานที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.902 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.812 3) การรับรู้ต่อการดำเนินงานของหน่วยงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.804 และ 4) พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.871

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลระดับการรับรู้ทั้ง 3 ด้าน และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บขยะมูลฝอยในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ทั้ง 3 ด้าน และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติ Independent t-test

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรี และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสระบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 94/2567 ลงวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.00 อายุเฉลี่ย 44.42 ปี ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาปริญญาตรี/ปวส.ร้อยละ 40.20 รองลงมา ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นและประถมศึกษา ร้อยละ 33.10 และ 17.30 ตามลำดับ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสระบุรีร้อยละ 57.50 และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 42.50 มีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 8.69 ชม./วัน โดยส่วนใหญ่มีการทำงานเป็นกะ/เวรร้อยละ 77.20 (จำนวนกะ/เวรเฉลี่ย 2 กะ/เดือน) อายุการทำงานในสถานที่ปัจจุบันเฉลี่ย 17.2 ปี ส่วนใหญ่ตำแหน่งงานพนักงานทำความสะอาด รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุข และ พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 24.40 และ 18.10 ตามลำดับ

2. การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้ต่อการดำเนินงานของหน่วยงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงานของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าภาพรวมการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.23, SD = 0.49) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ พนักงานรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการจัดเตรียมถังขยะในขณะที่ถังยังมิได้ทำความสะอาด ($\bar{X}$ = 4.54, SD = 0.63) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การคัดแยกขยะแต่ละประเภท ทำให้มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง ($\bar{X}$ = 3.92, SD = 0.78)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าภาพรวมการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.35, SD = 0.34) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตสูงหากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}$ = 4.60, SD = 0.49) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านคิดว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต ($\bar{X}$ = 3.76, SD = 0.54)

การรับรู้ต่อการดำเนินงานของหน่วยงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล

สระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าภาพรวมการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.30, SD = 0.34) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ หน่วยงานยัดให้มีการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ($\bar{X}$ = 4.82, SD = 0.39) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ สถานที่ที่พนักงานปฏิบัติงาน มีการจัดการอบรมให้ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างครบถ้วนและสามารถนำมาปฏิบัติได้ ($\bar{X}$ = 4.04, SD = 0.54)

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าภาพรวมมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.46, SD = 0.36) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ พนักงานมีการสวมหน้ากากอนามัย (Surgical mask) อยู่ตลอดเวลา และไม่นำหน้ากากที่ใช้แล้ว กลับมาใช้ใหม่ ($\bar{X}$ = 4.83, SD = 0.38) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ พนักงานล้างมือด้วยน้ำสบู่ อย่างถูกวิธี 7 ขั้นตอน ($\bar{X}$ = 4.05, SD = 0.87)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงาน ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดำเนินงานของหน่วยงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยผู้ที่ปฏิบัติงานที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสระบุรี รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง และพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

การรับรู้	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงาน						
โรงพยาบาลสระบุรี	73	3.83	0.20	-31.53	125	0.001
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	54	4.76	0.94			
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019						
โรงพยาบาลสระบุรี	73	4.11	0.24	-15.31	125	0.001
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	54	4.66	0.13			
การรับรู้ต่อการดำเนินงานของหน่วยงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019						
โรงพยาบาลสระบุรี	73	4.24	0.19	-15.92	125	0.001
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	54	4.74	0.14			
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019						
โรงพยาบาลสระบุรี	73	4.17	0.15	-28.72	125	0.001
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	54	4.85	0.09			

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเรื่องการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษา : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบประเด็นที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ต่อการดำเนินงานของหน่วยงานในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนภชา สิงห์วีรธรรม และคณะ[6] ที่พบว่าทันตาภิบาลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ของหน่วยงานต่อการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากทันตาภิบาลเป็นบุคลากรทางด้านการแพทย์ที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทันตาภิบาลมีความรู้ในการปฏิบัติงาน รับรู้ความรุนแรงของโรค รวมถึงการรับรู้ของหน่วยงานเป็นอย่างดี โดยเฉพาะใช้อุปกรณ์ในการป้องกันตัวด้วยหน้ากากอนามัย (Surgical mask) และหน้ากากบังหน้า (Face shield)

เช่นเดียวกับการศึกษาของกิตติพร เนาว์สุวรรณ ภชา สิงห์วีรธรรม และวพร ดำแสงสวัสดิ์[3] ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่เกิดจากเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปทั่วโลกด้วยเวลาอันรวดเร็ว ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวทางปฏิบัติการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด 19 โดยการให้ความรู้และคัดกรองอย่างทั่วถึง ทำให้อสม. ได้ร่วมกันดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค และดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนตามบทบาทของอสม. อยู่ในระดับมากที่สุด และทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก จึงอาจกล่าวได้ว่าการเพิ่มการรับรู้สามารถพัฒนาได้โดยการใช้กระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของงาน และกิจกรรม

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าภาพรวมมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันตนเองอาจมีความสัมพันธ์แบบผกผันได้ เป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างทราบถึงผลกระทบที่ตามมาจากพฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่แล้ว ดังที่มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาแพทย์ชาวอิหร่านจำนวน 240 คน พบพฤติกรรมการป้องกันตัวเองอยู่ในระดับสูง แต่มีการรับรู้ความเสี่ยงระดับปานกลาง[10]

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของพนักงานที่มีหน้าที่เก็บมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสระบุรีและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น การสวมหน้าการล้างมือ และการเว้นระยะห่างทางสังคม เป็นพฤติกรรมที่อาจเป็นผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองระหว่างที่เกิดโรคระบาด MERS ในประเทศเกาหลีใต้ ที่พบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการรับรู้ความเสี่ยง มีผลต่อเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองได้ Yoo, Choi & Park[13] และ Faasse & Newby[9] เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ทั้ง 3 ด้าน รวมถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในโรงพยาบาลสระบุรีกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าผู้ปฏิบัติงานที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค

สูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสระบุรี อาจเป็นผลจากผู้ที่ทำหน้าที่มีตำแหน่งงานที่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของประชากรวัยทำงานในตำบลมวกเหล็ก อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรีที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 แตกต่างกัน[4]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงาน

1. จากการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันตนได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่ยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรค ให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ปฏิบัติงาน

2. สถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางด้านสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน กระทรวงสาธารณสุขและสถานบริการควรให้ความสำคัญกับการควบคุมป้องกันโรคที่มี ประสิทธิภาพ รวมถึงให้ความรู้ความเข้าใจกับบุคลากร ทางการแพทย์ เป็นลำดับแรก เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ก่อนเผยแพร่องค์ความรู้ รวมถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันโรคให้กับบุคลากรทางการแพทย์ให้ เพียงพอ เพราะบุคลากรเหล่านี้มีโอกาสเสี่ยง ในการสัมผัสโรคได้ตลอดเวลา

3. มีการประชาสัมพันธ์โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เชิงรุกโดยบุคลากรทางการแพทย์ ผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย จะช่วยให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรค และนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อผู้ปฏิบัติงาน

1. จากผลการศึกษา ผู้ที่มีหน้าที่เก็บขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล ควรมีการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากขยะติดเชื้อและการป้องกันโรคจากการสัมผัสขยะติดเชื้อ นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานควรสวมชุดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากและจมูก และรองเท้าหุ้มแข้ง หากเกิดอุบัติเหตุ เช่น เข็มตำ หรือขยะติดเชื้อหก ควรแจ้งผู้เกี่ยวข้องทันทีและทำความสะอาดบริเวณที่เกิดเหตุด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งถัดไป

จากผลกาศึกษาที่พบว่าผู้ปฏิบัติงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจสูงกว่าพนักงานทำความสะอาดที่ปฏิบัติโรงพยาบาลสระบุรี จึงควรมีการศึกษาดังนี้

1. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เพื่อหาวิธีการสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่เหมาะสม ตรงกับผู้ปฏิบัติงานแต่ละกลุ่ม

2. ควรศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการกับผู้ป่วย และมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อได้ง่าย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ.(2565). แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ (พ.ศ.2559–2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pcd.go.th/wp-content
2. กรมควบคุมโรค.(2568). COVID-19 (EOC-DDC Thailand) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 29 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddcportal.ddc.moph.go.th
3. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ภชา สิงห์วีรธรรม, วพร ดำแสงสวัสดิ.(2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2563;14(2):92–103.

4. จารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส, จิราวรรณ กล่อมเมฆ.(2565). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของประชากรวัยทำงานในตำบลมวกเหล็ก อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565:437–445.
5. ฌามิศญา ตรีวัย.(2564). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 4 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc11.anamai.moph.go.th
6. นภชา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล ววิรรศน์ เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์.(2563). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตาภิบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2563;14(2):104–15.
7. มนันญา ภู่แก้ว.(2563). ปัญหามูลฝอยติดเชื้อจากโรคระบาดโควิด–19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 ร.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.parliament.go.th/ewtadmin
8. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, กรมอนามัย.(2559). คู่มือการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://env.anamai.moph.go.th/ewt
9. Faasse K, Newby JM.(2020). Public perceptions of COVID-19 in Australia: perceived risk, knowledge, health-protective behaviours, and vaccine intentions. Front Psychol. 2020;11:551004. doi:10.3389/fpsyg.2020.551004
10. Taghrir MH, Borazjani R, Shiraly R.(2020). COVID-19 and Iranian medical students; a survey on their related knowledge, preventive behaviors and risk perception. Arch Iran Med. 2020;23(4):249–54. doi:10.34172/aim.2020.06
11. World Health Organization.(2020) Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 3]. Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019
12. Wongrata C. Techniques for using statistics for research. 12th ed. Nonthaburi: Thainiramitkij Infographic; 2010.
13. Yoo W, Choi D, Park K. The impact of social media on risk perceptions during the MERS outbreak in South Korea. Comput Human Behav. 2016;62:708–17. doi:10.1016/j.chb.2017.03.004

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patient Pneumonia Receiving High-flow nasal cannula: 2 Cases Study.

(Received: July 15,2025 ; Revised: July 26,2025 ; Accepted: July 27,2025)

ธิดาพร โคตรชาลี[1]
Thidapron Kotchalee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล โดยใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือน มกราคม 2567 ถึงกันยายน 2567 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกอาการสำคัญ ข้อมูลจากเวชระเบียน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การสังเกต การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัย วางแผนการพยาบาล และประเมินผลลทางการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการของโรคปอดอักเสบมีอาการเริ่มต้นของภาวะหายใจล้มเหลวได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง เมื่อใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนและนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ ทำให้ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในการรักษา

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคปอดอักเสบ, ออกซิเจนอัตราการไหลสูง

Abstract

This study is a comparative analysis of pneumonia patients treated with high-flow nasal cannula therapy, aiming to explore the nursing process using the 11 functional health patterns based on Gordon's framework. The study was conducted at Phon Hospital, Khon Kaen Province, between January and September 2024, involving two patients. The data collection tools included a chief complaint record form, medical records, laboratory results, observation, and interviews with patients and their relatives. These were used to determine nursing diagnoses, plan care, and evaluate nursing outcomes.

The study found that both case studies exhibited symptoms of pneumonia with early signs of respiratory failure. They were treated with high-flow oxygen therapy. By applying the nursing process in combination with health assessment based on Gordon's functional health patterns and incorporating evidence-based practice, both patients did not develop acute respiratory failure and did not experience complications during treatment.

Keyword: High-flow nasal cannula, Nursing Care, Pneumonia

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ โรคปอดอักเสบเป็น 5 อันดับแรกของโรคทางเดินหายใจที่เป็น สาเหตุการเสียชีวิตในทุกปี และมีแนวโน้มอัตราตายจากโรคนี้เพิ่มสูงขึ้น สถานการณ์โรคปอดอักเสบ[1] ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2567 กองระบาดวิทยา ข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรค พบว่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบการรายงานผู้ป่วยปอดอักเสบ ตลอดทั้งปีโดยเฉลี่ยเดือนละ 20,000 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยกลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงเป็นกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 59.43 ภาคที่ พบอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 425.18 ต่อประชากรแสนคน จากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[2] ผู้สูงอายุเมื่อเกิดโรคปอดอักเสบจะมีความ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล

เสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว จะส่งผลให้โรคประจำตัวกำเริบและมีความรุนแรงมากขึ้น อัตราการเสียชีวิตที่มากขึ้นกว่าบุคคลอื่น เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ และอวัยวะอื่นทำงานลดลงอยู่แล้วจากโรคเดิม[3]

โรคปอดอักเสบเกิดจากการติดเชื้อที่ถุงลมฝอย (Alveoli) ภายในเนื้อเยื่อปอดทำให้ผู้ติดเชื้อ เกิดระบบการหายใจไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและ/หรือ คาร์บอนไดออกไซด์ ส่งผลให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ร่างกายไม่สามารถคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่อย่างสมดุล นำไปสู่การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวพยาธิสภาพจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลา จะเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและถึงแก่ชีวิต การรักษาโรคปอดอักเสบที่สำคัญคือการให้ยาปฏิชีวนะร่วมมกับการรักษาด้วยออกซิเจน ในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนระดับเล็กน้อยหรือผู้ป่วยที่ให้การรักษาแบบประคับประคองได้รับออกซิเจนอัตราการไหลสูง (High-flow nasal cannula: HFNC) และรายที่พร่องออกซิเจนระดับปานกลางถึงรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ[4]

การรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง (High-flow nasal cannula) เป็นเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยหายใจที่ไม่ต้องสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย (non- invasive respiratory support) เป็นหนึ่งวิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน หรือมีภาวะหายใจล้มเหลว เพื่อเพิ่มออกซิเจน ลดการหายใจเอาคาร์บอนไดออกไซด์ที่ค้างอยู่ในทางเดินหายใจเข้าปอด ลดความเหนียวของเสมหะ เพิ่มการระบายอากาศในถุงลม ช่วยหลีกเลี่ยงการใส่ท่อช่วยหายใจโดย ไม่ได้วางแผน ลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจและการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ใน การรักษา การทำงานอาศัยการควบคุมความเข้มข้นของออกซิเจน (Oxygen concentration) สามารถให้ออกซิเจนที่ปรับระดับความเข้มข้นของออกซิเจนที่ใช้ในการหายใจเข้า (fraction of inspired oxygen: Fio2) ได้ตั้งแต่ .21-1.00 ผ่านเครื่องวัดการไหลของออกซิเจน (flow meter) ที่มีหน่วยจ่ายเป็นลิตร/นาที และมีเครื่องผสมก๊าซออกซิเจนกับอากาศที่สามารถปรับแรงดันอากาศให้สูงขึ้น สามารถควบคุมอัตราการไหล (flow rate) ที่เครื่องผสมก๊าซออกซิเจนกับอากาศตั้งแต่ 15-60 ลิตร/นาที[5] เครื่องมีตัวทำความชุมชื่น (humidifier) ที่สามารถควบคุมอุณหภูมิได้ โดยอุณหภูมิที่ใกล้เคียงกับอุณหภูมิภายในร่างกาย คือ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส[6] อย่างไรก็ตามการรักษาโดยออกซิเจนอัตราการไหลสูงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การเกิดแผลกดทับบริเวณจมูก อาการท้องอืด และในบางกรณีอาจพบภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

โรงพยาบาลพล เป็นโรงพยาบาลระดับ M2 มีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ 84,835 ราย เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 92 พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเป็นโรคที่เข้าพักรักษาเป็นอันดับ 1 และเป็นสาเหตุการตาย อันดับ 2 ในปี 2565 – 2567 โดยมีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวน 2,415, 814 และ 944 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยปอดอักเสบที่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม จำนวน 172, 215 และ 238 รายตามลำดับ และได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง High-Flow Nasal Cannula (HFNC) จำนวน 113, 158และ 380 ราย ตามลำดับ[7] ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้น จากสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม เมื่อเกิดโรคปอดอักเสบ จะมีอาการรุนแรงมากกว่าวัยอื่น ๆ และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มทั่วไป ทำให้การฟื้นหายเป็นไปได้อย่างช้า ๆ จำเป็นต้องได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยโรคปอดอักเสบไม่ได้รับการรักษา ดูแลให้การพยาบาล อย่างเหมาะสมและทันท่วงทีอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หรือหากเกิดภาวะแทรกซ้อนและใช้ระยะเวลาในการรักษาที่นานขึ้น ทำให้ส่งผลต่อ

สุขภาพร่างกายจิตใจ และยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่นอนโรงพยาบาล ที่สำคัญคือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนั้นความพร้อม และประสิทธิภาพของการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบ จึงสำคัญ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ต้องให้การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) มีความรู้พื้นฐานในการประเมินปัญหา ด้านร่างกาย และจิตใจ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ควบคู่กันอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นและเหมาะสมตามแต่ละบุคคล วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล โดยใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case study) เลือกแบบเจาะจง เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วย การดำเนินของโรค การรักษา การใช้กระบวนการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลพล ระหว่างเดือน มกราคม 2567 ถึง กันยายน 2567 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกอาการสำคัญ ข้อมูลจากเวชระเบียน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การสังเกต การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา การใช้กระบวนการพยาบาลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน[8]

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ศึกษาได้ให้ข้อมูลอธิบายวัตถุประสงค์การศึกษา โดยให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจโดยปราศจากความกดดัน มีอิสรภาพในการตัดสินใจ แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ โดยขอความยินยอมด้วยวาจา พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิคำนึงถึง 3 ประเด็นคือ 1) ความเป็นเอกสิทธิ์ 2) การลดความเสี่ยงและเพิ่มผลประโยชน์ 3) หลักความยุติธรรม และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงอายุ 91 ปี น้ำหนัก 57 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI 25.33 เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพเกษตรกร เข้ารับการรักษาในวันที่ 21 มกราคม 2567 จำหน่าย 25 มกราคม 2567 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ก่อนมาไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ จึงมาโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ก่อนมามีอาการไอ มีเสมหะ ไปรับการรักษาที่คลินิกได้ยามาทานอาการไม่ทุเลา 1 ชั่วโมง ก่อนมาไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ จึงมาโรงพยาบาลประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเส้นเลือด เป็นมานานมากกว่า 10 ปี รับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพล ปฏิเสธการผ่าตัดและการแพ้ยาแพ้อาหาร สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/85 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97เปอร์เซ็น ผลการตรวจร่างกาย Lung : rhonchi + wheezing BL CXR : interstitial infiltration both Lung การรักษา HFNC flowe 40 Fio2 0.4 Temp 34-37 C, Nss 1,000 ml IV 40 ml/hr., Cef-3 2 gm IV OD, Beraduar 1 NB NB q 4 hr., Acetin 1*3 po pc, Bromhexine 1*3 po pc., มะขามป้อม จิบ prn., Roxithromycin (150) 1*2 po ac * 5 day.,

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงอายุ 65 ปี น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI 21.48 เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพเกษตรกร เข้ารับการรักษาในวันที่ 21 กันยายน 2567 จำหน่าย 26 กันยายน 2567 สถานะการจำหน่าย หายอาการสำคัญที่มา โรงพยาบาล 2 ชั่วโมงก่อนมา มีไข้ เหนื่อย เพลีย หายใจหอบ จึงมาโรงพยาบาล 3 วันก่อนมามีอาการขาบวม 2 ข้าง นอนราบไม่ได้ 2 ชั่วโมงก่อนมามีไข้เหนื่อยเพลีย หายใจหอบ จึงมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 ขาดยามากกว่า 1 ปี สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/75 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็น ผลการตรวจร่างกาย Lung : Crepitation Both Lung CXR : Cardiomegaly c Cephalization Both Lung c Light Upper Lung infiltration, Orthopnea, PND, Pitting edema 1+, CBC WBC 11,380 cell/Cumm Neutrophils 82 %, BUN 36 mg/dl, Cr 1.7 mg/dl, K 5.3 mmol/L, DTX 312 mg%

การรักษา HFNC flowe 40 Fio2 0.4 Temp 34-37 C, Nss 1,000 ml IV 40 ml/hr., Cef-3 2 gm IV OD ⟶ Fortum 2 mg IV q 12 hr., Beraduar 1 NB NB q 4 hr., Acetin 1*3 po pc, Bromhexine 1*3 po pc., มะขามป้อม จิบ prn., Roxithromycin (150) 1*2 po ac * 5 day ⟶ Azithromycin(250)2*2 po ac.,

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนกับกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองปอดติดเชื้อและรับรู้ว่าการป่วยครั้งนี้รุนแรงจนอาจทำให้เสียชีวิตได้ เพราะตนเองร่างกายอ่อนแอ อายุมากแล้ว	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเป็นโรคปอดอักเสบร่วมกับมีหัวใจล้มเหลว การเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นหนักมากกว่าทุกครั้ง รู้ถึงสาเหตุเนื่องจากช่วงนี้ตากฝนทำนาบ่อยครั้งไม่ค่อยได้พักผ่อน และเหนื่อยกินน้ำเยอะกว่าปกติ
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รูปร่างท้วม BMI 25.33 น้ำหนักเกิน ก่อนการเจ็บป่วยสามารถรับประทานอาหารด้วยตนเองเป็นข้าวเหนียวและอาหารพื้นบ้านทุกชนิด ขณะเจ็บป่วยได้งดน้ำงดอาหารอยู่ 2 จากนั้นรับประทานอาหารอ่อนเบาหวานจืดสามารถรับประทานได้หมดถาด	รูปร่างสมส่วน BMI 21.48 ก่อนการเจ็บป่วยรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง รับประทานอาหารพื้นบ้านทุกชนิด ขณะเจ็บป่วยรับประทานอาหารได้ด้วยตนเองเป็นอาหารอ่อนเบาหวานจืดสามารถรับประทานได้หมดถาด
3.การขับถ่าย	ขณะเจ็บป่วยถ่ายอุจาระ 2 วัน 1 ครั้ง สามารถปัสสาวะเองได้ สีเหลืองใส ไม่มีปัสาวะแสบขัด โดยใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ วันละ 5-7 ครั้ง	ขณะเจ็บป่วยถ่ายอุจาระวันละ 1 ครั้ง ใส่สายสวนปัสสาวะ มีโรคประจำตัวคือ CKD4, Cr. 1.7 eGFR 31.20
4. กิจวัตรประจำวัน	ก่อนการเจ็บป่วยสามารถช่วยเหลือกิจกรรมตนเองได้บ้าง การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นไปอย่างช้าๆ ไม่สม่ำเสมอ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานTime up and go test > 30 วินาที ไม่สามารถยืนทรงตัวได้ด้วยตนเองต้องมี บุคคลที่ 3 ช่วย Lung : rhonchi + wheezing BL CXR : interstitial infiltration both Lung	ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือกิจกรรมตนเองได้ทุกอย่าง ออกกำลังกายโดยการทำนา ขณะเจ็บป่วยช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน จำกัดกิจกกรมอยู่บนเตียงเหนื่อยง่าย อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที Lung : Crepitation Both Lung CXR : Cardiomegaly c Cephalization Both Lung c Light Upper Lung infiltration , Orthopnea, PND, Pitting edema 1+
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ก่อนการเจ็บป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้6-8 ชม./วัน ปฏิเสธการใช้ยา ขณะเจ็บป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ลดลงเนื่องจากมีอาการหายใจหอบ ไอ	ก่อนการเจ็บป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ปฏิเสธการใช้ยานอนหลับ ขณะเจ็บป่วยมีอาการนอนราบไม่ได้ เวลานอนตอนกลางคืนมีตื่นขึ้นมารู้สึกหายใจไม่อิ่ม มีอาการไอและหายใจหอบร่วมด้วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนกับกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	มีเสมหะ และไฟเปิดตลอด เสียงดัง ทำให้นอนหลับยากหลับไม่สนิท	
6. สติปัญญาและการรับรู้	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพูดคุยถามตอบรู้เรื่อง บอกตามองเห็นทั้ง 2 ข้างแต่ภาพมัวไม่ชัด อ่อนหนังสือไม่ออกแต่ เขียนชื่อตนเองได้ ผู้ป่วยบอกหูตึงทั้งสองข้างต้องพูดเสียงดังถึงจะได้ยิน	ผู้ป่วยรู้สึกตัวพุดคุยถามตอบรู้เรื่อง สามารถอ่านหนังสือออกและเขียนหนังสือได้ สามารถสื่อสารได้ปกติ
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศ	ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา	ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว มีบุตรสาวดูแลตลอดทั้งอยู่ที่บ้านและเฝ้าไข้ที่โรงพยาบาล	มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตรชาย 2 คน บุตรต้องไปทำงานและดูแลสัตว์เลี้ยงที่บ้านจึงไม่มีใครเฝ้าไข้ บุตรมาเยี่ยมในช่วงเช้าและเย็น
9. เพศและการเจริญพันธุ์	สถานภาพหม้าย สามีเสียชีวิต มีบุตรด้วยกัน 6 คน ผู้ป่วยแสดงออกทางเพศอย่างเหมาะสม	สถานภาพหม้าย สามีเสียชีวิต มีบุตรด้วยกัน 2 คน ผู้ป่วยแสดงออกทางเพศอย่างเหมาะสม
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	ระยะเตรียมการจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง กลัวจะกลับมาเป็นซ้ำ	ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องอาการของตนเองที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมที่เคยเป็นมา
11. ค่านิยมและความเชื่อ	นับถือพุทธศาสนา ใส่บาตรทุกวัน มีห้อยพระ ฝ้ายสายสิญจน์ที่ข้อมือซ้าย	นับถือพุทธศาสนา มีการทำบุญตามโอกาสวันสำคัญต่างๆ

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วัตถุประสงค์/เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะวิกฤติ **กรณีศึกษาที่ 1** 1. การแลกเปลี่ยนกาซลดลง เนื่องจากมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ **ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยบอกว่า เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม O : RR 28/min Lung rhonchi + wheezing BL CXR พบ IF BL **วัตถุประสงค์** เพื่อให้เนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ **เกณฑ์การประเมินผล** 1. สัญญาณชีพปกติ ได้แก่ - T 36-37 องศาเซลเซียส - RR 12-20 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจเร็วลึก ใช้กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจ - PR 60-100 ครั้ง/นาที - SBP 90-140 /DBP 60-90 mmHg - Spo_2 ≥ 95 % 2. ไม่ปรากฏอาการการติดเชื้อเพิ่มเติม เช่น CXR : No Infiltration เพิ่มขึ้น 3. ฟัง Lung ไม่พบเสียงผิดปกติ	1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง (HFNC) อย่างมีประสิทธิภาพ การพยาบาลระยะก่อนได้รับออกซิเจนอัตราการไหลสูง 1.1ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย Glasgow coma score ซึ่งควรมีมากกว่า 8 คะแนน (GCS > 8) หรือ ผู้ป่วยที่มีแรงขับเสมหะน้อยเสี่ยงต่อเสมหะอุดกลั้นทางเดินหายใจ (airway obstruction) ผู้ป่วยที่มีโพรงจมูกอุดกั้น[9] 1.2 ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ รูปแบบการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก รวมถึงแรงขับเสมหะของผู้ป่วย ปริมาณเสมหะและดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและสัญญาณชีพของผู้ป่วย เพื่อพิจารณาถึงข้อบ่งชี้ในการใช้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง[9] 1.3 อธิบายความจำเป็นและเหตุผลในการใช้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในทางเดียวกันและขอความร่วมมือในการรักษา พร้อมจัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา (Semi-fowler's position at ๔๕^{0})[6] 1.4 เตรียมอุปกรณ์และเครื่องออกซิเจนอัตราการไหลสูง High-flow nasal cannula (HFNC) ได้แก่ 1.4.1 เตรียมเตียงที่มีแหล่งจ่ายก๊าซออกซิเจน (Pipe Line) พร้อมเครื่องวัดการไหลของออกซิเจน (flow meter) ที่มีหน่วยจ่ายเป็น 70 ลิตร/นาที 1.4.2 เตรียมเครื่องออกซิเจนอัตราการไหลสูง High-flow nasal cannula (HFNC) ประกอบด้วย เครื่องผสมอากาศกับออกซิเจน (air-oxygen blender),หม้อทำความอุ่นชื้น (Heated humidifier), สายนำออกซิเจนกับอากาศ (Heated humidifier circuit) และ น้ำกลั่นทางการแพทย์ที่ปราศจากเชื้อ 1,000 มิลลิลิตร (Sterile water for injection 1,000 ml.) 1.4.3 เตรียม Nasal cannula พร้อมเลือกให้เหมาะสมกับขนาดรูจมูกของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วัตถุประสงค์/เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
4. Capillary refill time ‹ 2 5. Urine >0.5 ml/kg/hr.	1.5 ตั้งค่าพารามิเตอร์ตามแผนการรักษา ซึ่งได้แก่ 1.5.1 กำหนดอัตราการไหล (flow rate) โดยเครื่องสามารถผสมก๊าซออกซิเจนกับอากาศตั้งแต่ 15-60 ลิตร/นาที[9] โดยทั่วไปแนะนำพิจารณาเริ่มต้นด้วยอัตราการไหลที่ระดับปานกลาง เช่น 35 ลิตรต่อนาที และค่อยๆ ปรับเพิ่มจนถึงระดับสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถทนได้[4] 1.5.2 กำหนดค่า FiO2 โดยเครื่องสามารถปรับระดับความเข้มข้นของออกซิเจนที่ใช้ในการหายใจเข้า (fraction of inspired oxygen: Fio2) ได้ตั้งแต่ 0.21-1.00 ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและระดับ SpO2 ที่แพทย์ผู้ดูแลต้องการ[4] 1.5.3 ตั้งค่าเครื่องทำความชื้น (Heated humidifier) สามารถปรับอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 33-39 องศาเซลเซียส อุณหภูมิที่ใกล้เคียงกับอุณหภูมิภายในร่างกาย คือ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส[6] 4. ตรวจสอบค่าค่าพารามิเตอร์ตามแผนการรักษา flow rate 40 FiO2 0.4 Temp 37 C 5. ดูแลพ้นยา Bera dual 1 NB NB q 4 hr. ตามแผนการรักษาเพื่อขยายหลอดลม 6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำอย่าง รวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากแพทย์วินิจฉัย คือยา Ceftiaxone 2 gm ฉีดเข้าเส้นเลือดดำวันละ 1 ครั้ง และยา Roxithromycin (150) 1×2 ๐ ac. ตามแผนการรักษาและสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เพื่อกำจัดแหล่งติดเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ 7. บันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกเป็นซีซีต่อชั่วโมง และรายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr. ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง
กรณีศึกษาที่ 2 1. การแลกเปลี่ยนกาซลดลง เนื่องจากมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจร่วมกับภาวะปอดบวมน้ำจากภาวะหัวใจล้มเหลว **ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยหายใจหอบ เหนื่อย O : RR 30/min, Lung Crepitation Both Lung CXR : Cardiomegary c cephalization BL c LUL IF, Orthopnea, PND, Pitting edema 1+. **วัตถุประสงค์** เพื่อให้เนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ **เกณฑ์การประเมินผล** 1. สัญญาณชีพปกติ 2. ไม่ปรากฏอาการการติดเชื้อเพิ่มเติม เช่น CXR : No Infiltration เพิ่มขึ้น 3. ฟัง Lung ไม่พบเสียงผิดปกติ 4. Capillary refill time ‹ 2. 5. Urine >0.5 ml/kg/hr.	1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง (HFNC) อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้การพยาบาลระยะก่อนได้รับออกซิเจนอัตราการไหลสูง 2.ประเมิน อาการ อาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ได้แก่ ปลายมือ/เท้าเย็น เล็บ ริมฝีปาก ซีด เขียว กระสับกระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็วตื้น และ capillary Refill time พร้อมประเมินภาวะน้ำเกินในร่างกาย เช่น อาการบวมบริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกาย ฟังเสียงปอดพบเสียงผิด ปกติ เช่น Wheezing, Crepitation. จำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 cc/kg/hr. น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 3. ตรวจสอบค่าค่าพารามิเตอร์ตามแผนการรักษา flow rate 40 FiO2 0.4 Temp 34-37 C 4. ดูแลพ้นยา Bera dual 1 NB NB q 4 hr. ตามแผนการรักษาเพื่อขยายหลอดลม 5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ คือยา Ceftiaxone 2 gm IV OD และยา Roxithromycin (150) 1×2 ๐ ac. และปรับยาเป็น Fortum 2 mg IV q 12 hr ตามแผนการรักษาและสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา 6. บันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกเป็นซีซีต่อชั่วโมง และรายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr. ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ Lasix 40 mg. IV ตามแผนการรักษา ติดตามสัญญาณชีพพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยาขับปัสสาวะ เช่น อาการอ่อนแรง เป็นตะคริว โปรแตสเซี่ยมในเลือดต่ำ 8. จำกัดน้ำดื่มของผู้ป่วยให้น้อยกว่า 1,000 มล./วัน
กรณีศึกษาที่ 1,2 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะได้รับออกซิเจนอัตราการไหลสูง **ข้อมูลสนับสนุน**	1. อธิบายถึงความสำคัญและเหตุผลความจำเป็นในการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจและร่วมมือในการรักษา 2. ตรวจสอบการตั้งค่าการใช้งานของเครื่อง HFNC ตั้งค่า Fio2 และค่า Flow rate ตามแผนการรักษาของแพทย์ ความชื้นที่อุณหภูมิ ระหว่าง 34-37 องศาเซลเซียส

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วัตถุประสงค์/เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1,2 S : ผู้ป่วยบอกไม่อยากใส่ออกซิเจนเพราะรู้สึกอึดอัด O: RR 28-30/min, CXR พบ IF Lung Abnormal sound **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะที่ได้รับออกซิเจนด้วย High-floe nasal canular (HFNC) และหลังหย่าเครื่อง **เกณฑ์การประเมินผล** 1. RR 12-20 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจเร็วลึก ใช้กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจ 2. $Spo_2 \geq 95$ % 3. Rox index≥4.88	และผู้ป่วยปิดปากให้สนิทเพื่อให้ได้ความเข้มข้นของออกซิเจนและความชื้นที่เพียงพอ 3. ตรวจสอบข้อต่อ สายยาง สาย Nasal canular ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่รั่วพร้อมทั้งขยับสายและตรวจสอบบริเวณผิวหนังที่สายกดทับอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 4. ติดตามประเมินสัญญาณชีพ และค่า Rox index ทุก 15 นาทีจนสัญญาณชีพคงที่ หลังจากนั้นติดตามทุก 2 ชั่วโมง 5.ดูแลความสะอาดบริเวณสายและรูท่อ Nasal canular ทุกวันด้วย 0.9%Nss เพื่อป้องกันสารคัดหลั่งอุดตันบริเวรสาย 6. ระยะหย่าเครื่อง HFNC พยาบาลประเมินอาการ สัญญาณชีพ Rox index ก่อนและหลังหย่าเครื่องทุก 1-2 ชั่วโมง ตั้งค่า Fio 2 เท่ากับ 0.4 และค่อยปรับลดค่า flow rate น้อยกว่า 25 ลิตร/นาที จึงเปลี่ยนให้ Nasal canular 3 ลิตร/นาที
กรณีศึกษาที่ 1,2 3. เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากการไอไม่มีประสิทธิภาพ **ข้อมูลสนับสนุน** กรณีศึกษาที่ 1 S : ผู้ป่วยบอก “ไอจนไม่มีแรงไอ ไอเยอะ” O : ผู้ป่วยมีอาการไอ มีเสมหะ ขับเสมหะได้ลำบาก : ผู้ป่วยสูงอายุ 91 ปี กรณีศึกษาที่ 2 S : ผู้ป่วยบอก “ไอไม่ออก ไอบ่อยขึ้น ระคายคอ, ไอมีเสมะสีขาว” O : ผู้ป่วยมีอาการไอ มีเสมหะ ขับเสมหะได้ลำบาก : ผู้ป่วยสูงอายุ 65 ปี **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยไม่เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ ไอขับเสมหะออกเองได้ **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ไม่มีอาการอาการแสองของทางเดินหายใจอุดกั้น ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็วตื่นใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ ริมฝีปากเขียว ปลายมือปลายเท้าเขียว กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง 2. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95% 3. ฟังเสียงปอดไม่มีเสียงผิดปกติ ทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะ หรือเสมหะลดลง เสมหะไม่เหนียว ไม่มีสี	1.ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ เขียวปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนังมีลักษณะซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัว และประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยให้นอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่กะบังลมหย่อนตัว และเพิ่มปริมาตรในช่องอก ทำให้ปอดสามารถขยายตัวได้ดีขึ้นและสอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) กระตุ้นให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆหรือเปลี่ยนท่าบ่อยๆทุก 1-2 ชั่วโมง 3. ดูแลสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ ผ่านทางจมูก และหายใจออกทางปาก ทำจำนวน 3 ครั้ง และในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้กลั้นหายใจไว้นาน 3 วินาทีให้ผู้ป่วยอ้าปากและไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ ประมาณ 3 ครั้ง เพื่อช่วยขับเสมหะ 4. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินการหดตัวของหลอดลม และช่วยทำกายภาพบำบัดทรวงอก (chest physical therapy) ด้วยการเคาะปอด ถ้าไม่มีข้อ ห้าม เช่น ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ ตัวเขียว มีประวัติเป็น โรคมะเร็งหรือวัณโรค มีภาวะกระดูกหักบริเวณทรวงอก มีแผลเปิดหรือแผลหลังผ่าตัดที่ยังไม่ติด หรือมีภาวะเลือดออกง่าย เพื่อให้เสมหะระบายออกได้สะดวก 5. แนะนำ จิบน้ำอุ่น บ่อยๆ เพื่อช่วยทำ ให้เสมหะที่คั่ง อยู่ในปอดอ่อนตัวลงและไอขับ เสมหะออกมาได้ง่ายขึ้นโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา เช่น ผู้ป่วยโรคไตบางชนิดที่ปัสสาวะออกน้อยจะเกิดภาวะบวมน้ำได้ โดยต้องมีการชั่งน้ำหนัก ทุกวันว่า น้ำหนักขึ้นเกิน 1กิโลกรัมต่อวันจากน้ำ หนักเดิมหรือไม่ โดยชั่ง หลังจากเข้าห้องน้ำตอนเช้า 7. ดูแลให้ได้รับยาละลายเสมหะและยาแก้ไอ BHX 1×3 o pc., Acetin 1×3 o pc., Dextro 1×3 o pc.,ตามแผนการรักษา 8. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง เพื่อลดการใช้ออกซิเจน 9. ติดตามผลภาพถ่ายรังสีปอด และสังเกตอาการผิดปกติ
ระยะกึ่งวิกฤติ **กรณีศึกษาที่ 2** 4. มีภาะวะ Hyperkalemia เนื่องจากการทำงานของไตผิดปกติ **ข้อมูลสนับสนุน** O : K 5.3, U/D CKD_4, Cr.1.7 mg/dl, eGFR 31.20	1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง 2. ประเมินอาการของภาวะโพแทเซี่ยมสูง ได้แด่ คลื่นไส้ อาเจียน เพลีย ท้องผูก ตะคริว กล้ามเนื้อกระตุก กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น 3. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดูแลทำ EKG 12 lead พร้อมรายงานแพทย์ 4. ดูแลให้ Calcium polystyrenesulfate (Kalimate) 30 gm+ น้ำ 50 ml ดื่ม และ lactulose 30 ml po หลังกิน Kalimate ตามแผนการรักษา

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วัตถุประสงค์/เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของอิเลกโทรไลต์ **เกณฑ์การประเมินผล** K 3.5-5.0 moll, EKG ปกติ	5. แนะนำให้งดรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซี่ยมสูง ได้แก่ กล้วย ส้ม ถั่วเมล็ดแห้ง นมและผลิตภัณฑ์จากนม 6. ติดตามผลอิเลกโทรไลต์
กรณีศึกษาที่ 1,2 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน **ข้อมูลสนับสนุน** กรณีศึกษาที่ 1,2 S : ผู้ป่วยบอกว่าตนเองมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน O : ข้อมูลเวชระเบียนจากโรงพยาบาล U/D DM **วัตถุประสงค์**ป้องกันการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia **เกณฑ์การประเมินผล** ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ 80-200 mg%	1. ประเมินอาการสังเกตอาการ Hyperglycemia เช่น อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย ผิวแห้ง สังเกตอาการ Hypoglycemia เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น สับสน ซึม 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามแผนการรักษาพร้อมตรวจสอบปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับประทานเพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ป้องกันการเกิดภาวะ Hypoglycemia 3. เจาะ DTX premeal hs และให้ RI ตามแผนการรักษา 4. สังเกตอาการ Hypoglycemia หลังได้รับยาประมาณ 30 นาที-1 ชั่วโมง เช่น เหงื่อออก ตัวสั่น ใจสั่น หิว หัวใจเต้นเร็ว อ่อนเพลีย หากน้ำตาลต่ำกว่า 80 mg% ให้น้ำหวาน 1 แก้ว พร้อมรายงานแพทย์เพื่อให้ การรักษาที่เหมาะสม 5. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงสาเหตุ อาการ อาการแสดง ของภาวะ Hyperglycemia, Hypoglycemia และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการ
กรณีศึกษาที่ 1,2 5. พร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการเจ็บป่วย **ข้อมูลสนับสนุน** กรณีศึกษาที่ 1 S : ผู้ป่วยบอกได้เช็ดแค่ตัวบนเตียง ไม่ได้เดินไปเข้าห้องน้ำ และบุตรเป็นผู้ช่วยเหลือกิจกรรม O : ADL 10 กรณีศึกษาที่ 2 S : ผู้ป่วยบอกได้เช็ดแค่ตัวบนเตียง ไม่ได้เดินไปเข้าห้องน้ำ O : ADL 14 คะแนนผู้ป่วยไม่ได้เดินไปอาบน้ำด้วยตนเอง ทำกิจกรรมบนเตียง **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ได้รับการช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ร่างกายผู้ป่วยสะอาดสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้. 2. สิ่งแวดล้อมรอบเตียงสะอาด	1. ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) เพื่อนำมาปรับใช้ในการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย 2. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ทำความสะอาดร่างกายทั่วไป แปรงฟัน ล้างหน้า อาบน้ำบนเตียง เพื่อรักษาความสะอาดของร่างกาย 3. ดูแลให้ผู้ป่วยสวมใส่ชุดทางโรงพยาบาล ที่ไม่รัดรูป ลักษณะหลวมๆ ให้ผู้ป่วยใส่แล้วรู้สึกสบาย 4. ดูแลผู้ป่วยในเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะและอุจาระช่วยดูแลทำความสะอาดสายสวนและดูแลให้สายสวนสามารถไหลได้สะดวก พร้อมสังเกต ลักษณะของปัสสาวะ สี หรือการมีตะกอนหรือหนองในสายสวนปัสสาวะ การขับถ่ายอุจจาระให้ผู้ป่วยใช้กระโถนและขับถ่ายบนเตียง 5. จัดสิ่งแวดล้อมรอบข้าง รอบเตียง เพื่อให้เกิดความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อย 7. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยในท่าที่สุขสบาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ 8. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม พร้อม แนะนำการวิธการดูแลและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ญาติเพื่อให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง
กรณีศึกษาที่ 1 6.เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มเนื่องความสูงอายุ **ข้อมูลสนับสนุน** กรณีศึกษาที่ 1 S : ผู้ป่วยบอกเคยล้มก้นกระแทกพื้น O : ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ Fall risk assessment tool: Morse ได้คะแนน 125 คะแนน ตนเองเดิน Timed up and go test ≥ 30	1.ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Fall risk assessment tool: Morse) และปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพลัดตกหกล้มได้เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม 2.การสื่อสารเพื่อสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความเสี่ยงและการเฝ้าระวังป้องกัน ติดเครื่องหมายที่เตียงหรือประตูห้องเพื่อระบุว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง 3. การให้ความรู้และข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจ และตระนักถึงวิธีการป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม 3.1 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม วิธีการที่ทำให้ปลอดภัยการระวังป้องกันร่วมกัน

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วัตถุประสงค์/เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 2 O : ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ Fall risk assessment tool: Morse ได้คะแนน 80 คะแนน **วัตถุประสงค์** ป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยไม่เกิดพลัดตกหกล้ม 2. Fall risk assessment tool: Morse ≤ 80 คะแนน หรือไม่คะแนนไม่เพิ่มจากการประเมินแรกรับ	3.2 แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับบริเวณเตียงนอน สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และการขอความ ช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ 3.3 สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนท่าทางช้าๆการสังเกตอาการวินเวียนขณะเปลี่ยนท่า 4. การช่วยเหลือในการขับถ่าย ประเมินความต้องการการช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ 5. เฝ้าระวังการได้ยาขับปัสสาวะ Lasix 40 mg. ยาช่วยขับน้ำออกจากร่างกาย ผลข้างเคียงจากการให้ยา เช่น Hypotension. 6.จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย 7. แนะนำและช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนย้ายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัย 8. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพลัดตกหกล้มซ้ำทุกวัน หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง
ระยะฟื้นฟู **กรณีศึกษาที่ 1** ระยะฟื้นฟู 7.มีความวิตกกังวล เนื่องจากพร่องความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ ดำเนินโรค และการเจ็บป่วย เมื่อกลับไปอยู่บ้าน **ข้อมูลสนับสนุน** กรณีศึกษาที่ 1 S : ผู้ป่วยและญาติสอบถามเรื่องโรคและการรักษาอยู่หลายครั้ง มีหน้านิ้ว คิ้วขมวด O : The State-Trait Anxiety Inventory ได้เท่ากับ 55 คะแนน กรณีศึกษาที่ 2 S : ผู้ป่วยและญาติสอบถามเรื่องโรคและการรักษาอยู่หลายครั้ง มีหน้านิ้ว คิ้วขมวด O : The State-Trait Anxiety Inventory ได้เท่ากับ 62 คะแนน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายระดับความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมินผล 1. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form1) ≤ กว่าคะแนนประเมินแรกรับ 2. สีหน้าผู้ป่วยสดชื่นมากขึ้น ไม่มีหน้านิ้วคิ้วขมวด.	1. ประเมินสาเหตุความวิตกกังวลและระดับความวิตกกังวลด้วยแบบประเมิน The State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form1) เพื่อประเมินระดับและนำมาปรับใช้ 2. ในการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ 3. ดูแลให้ผู้ญาติเข้าร่วมโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัว[10] ดังนี้ - กิจกรรมด้านความเชื่อมั่นและลดความ วิตกกังวล (assurance and anxiety reduction) ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่ดีที่สุดอย่างไรบ้าง และให้ความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง โดยอธิบายด้วยคำที่เข้าใจง่าย -กิจกรรมด้านการให้ความสะดวก สบาย (comfort) ให้ความช่วยเหลือ ด้วยการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม แ - กิจกรรมด้านการให้ข้อมูล (information) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลที่ให้ในการดูแลผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ได้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้ สามารถโทรสอบถามอาการเมื่อไม่สามารถเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยได้ และแจ้งข้อมูลทางโทรศัพท์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง - กิจกรรมด้านการให้สมาชิกครอบครัวอยู่ใกล้ชิดและเข้าถึงผู้ป่วย (proximity and accessibility) ให้ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย พร้อมอธิบายวิธีการดูแลและการปฏิบัติตัวเมื่อดูแลผู้ป่วย - กิจกรรมด้านการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน (support) เปิดโอกาสให้ได้พูดคุยเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้คำแนะนำหรือหาแหล่งสนับสนุนที่สามารถช่วยเหลือปัญหาครอบครัวที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การให้บริการทางด้านศาสนา 4. ติดตามและประเมินระดับความวิตกกังวลซ้ำ

ประเมินผลทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 มีอาการของโรคปอดอักเสบมีอาการเริ่มต้นของภาวะหายใจล้มเหลวได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง (HFNC) อย่างรวดเร็วและแก้ไขภาวะการติดเชื้อร่วมกับแก้ไขปัญหาภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็คโทรไลต์ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นขณะให้การรักษา ดูแลให้ได้รับยา สารน้ำและ

อาหารเพียงพอและเหมาะสม ทำให้กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุเมื่อเกิดโรคปอดอักเสบจะมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว จะส่งผลให้โรคประจำตัวกำเริบและมีความรุนแรงมากขึ้น อัตราการเสียชีวิตที่มากขึ้นกว่าบุคคลอื่น เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ และอวัยวะอื่นทำงานลดลงอยู่แล้วจากโรคเดิม[11] โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจจะส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ การศึกษาครังนี้ได้นำการประเมินผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในกระบวนการพยาบาลทำให้ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นไม่ทรุดลงระหว่างการรักษา ไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ไม่เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง รวมถึงระยะเวลาการนอนในการรักษาตัวผู้ป่วยตามแผนการรักษาคือไม่เกิน 7 วัน[12]

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โดยใช้กระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ร่วมกับประเมินผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในกระบวนการพยาบาลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล

2. ควรมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจนอัตราการไหลสูง เพื่อให้การพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization [Internet]. [cited 2025 Jujy 10]. Available from: https://www.who.int/health-topics/pneumonia

2.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคปอดอักเสบ [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2568].เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21

3.Stupka JE, Mortensen EM, Anzueto A, Restrepo MI. Community-acquired pneumonia in elderly patients. Aging health. 2009;5(6):763-774.

4.นัฐพล ฤทธิ์ทมัย. การรักษาทางคลินิกด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง Clinical Use fo High-flow Oxygen Therapy. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พริ้นท์เอเบิ้ล; 2564.

5.Kim ES, Lee H, Kim SJ, Park J, Lee YJ, Park JS, et al. Effectiveness of high-flow nasal cannula oxygen therapy for acute respiratory failure with hypercapnia. J Thorac Dis. 2018 Feb;10(2):882-888.

6.Vega ML, Pisani L. Nasal high flow oxygen in acute respiratory failure. Pulmonology. 2021 May-Jun;27(3):240-247.

7.หน่วยงานเวชระเบียน โรงพยาบาลพล. ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ สถานการณ์โรคปอดอักเสบ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. 2567.

8.Gordon M. Manual of Nursing Diagnosis: Jones & Bartlett Learning; 2009.

9.Lee CC, Mankodi D, Shaharyar S, Ravindranathan S, Danckers M, Herscovici P, Moor M, Ferrer G. High flow nasal cannula versus conventional oxygen therapy and non-invasive ventilation in adults with acute hypoxemic respiratory failure: A systematic review. Respir Med. 2016 Dec;121:100-108.

10.ธนิตา จิตนารินทร์, จินดารัตน์ ชัยอาจ, ชมพูนุช ศรีรัตน์. ผลของโปรแกรมการตอบสนองตวามต้องการของครอบครัวต่อความต้องการขงครอบครัวต่อความวิตกกังวลในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฉียบพลัน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2563;31(2):46-62.

11.Stupka JE, Mortensen EM, Anzueto A, Restrepo MI. Community-acquired pneumonia in elderly patients. Aging health. 2009;5(6):763-774

12.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สรุปโรคและหัตถการเพื่อการเบิกจ่ายชดเชยผู้ป่วยในระบบตาม DRGs. 2565.

ผลของการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายระหว่างการบริหารยา Omeprazole แบบ IV push และ IV infusion

The comparison of complications and costs between the administration of Omeprazole via IV push and IV infusion.

(Received: July 16,2025 ; Revised: July 25,2025 ; Accepted: July 26,2025)

อาดีลา อัลฮามาดีย์[1]
Adila Alhamadee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสุ่มสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายระหว่างการบริหารยา Omeprazole แบบ IV push และ IV infusion กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Omeprazole แบบ IV push และ IV infusion โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่ม IV push 35 คน และกลุ่ม IV infusion 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวทางการบริหารยา Omeprazole แบบ IV push และ IV infusion 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวกับการรักษา 4) แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา และ 4) แบบบันทึกค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยา Omeprazole ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 จนถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ สถิติไคแสควร์ สถิติฟิชเชอร์เอ็กแซคท์ และสถิติ Independence t-test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่ม IV push มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 45.7 ในขณะที่กลุ่ม IV infusion พบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 28.6 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ระดับ 2 ซึ่งเกิดในกลุ่ม IV push มากกว่ากลุ่ม IV infusion อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างนี้ไม่แสดงนัยสำคัญทางสถิติ (p = .142) นอกจากนี้ การตรวจพบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่พบความผิดปกติแต่อย่างใด เมื่อเปรียบเทียบด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา พบว่า กลุ่ม IV push มีค่าใช้จ่ายรวมอยู่ที่ 2,250 บาท (64.29 ± 37.518) ขณะที่กลุ่ม IV infusion มีค่าใช้จ่ายรวมสูงกว่าคือ 4,393 บาท (125.51 ± 90.75) ซึ่งความแตกต่างด้านค่าใช้จ่ายดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001)

คำสำคัญ: การบริหารยา Omeprazole แบบ IV push และ IV infusion, ภาวะแทรกซ้อน, ค่าใช้จ่าย

Abstract

This study was quasi experiment by two-group randomized controlled trial aimed at comparing complications and treatment costs between intravenous (IV) push and IV infusion administration of omeprazole. The participants included 70 patients who received omeprazole either via IV push (35 patients) or IV infusion (35 patients) at Yi-ngo Community Hospital Commemorating His Majesty the King's 80th Birthday Anniversary. The research instruments consisted of (1) guidelines for IV push and IV infusion administration of omeprazole, (2) a personal data recording form, (3) a treatment-related data recording form, (4) a complication recording form, and (5) a cost recording form related to omeprazole administration. The study was conducted from December 2024 to January 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution and percentage, as well as chi-square test, Fisher's exact test, and independent t-test.

The results showed that the IV push group had a complication rate of 45.7%, whereas the IV infusion group had a complication rate of 28.6%. The most common complication was grade 2 phlebitis, which occurred more frequently in the IV push group. However, this difference in complication rates was not statistically significant (p = .142). No arrhythmias were observed in either group. Regarding treatment costs, the IV push group incurred a total

[1] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดนราธิวาส 96180

cost of 2,250 baht (64.29 ± 37.52), while the IV infusion group had a significantly higher total cost of 4,393 baht (125.51 ± 90.75), with this difference being statistically significant (p = .001).

Keywords: Omeprazole administration via IV push and IV infusion, complications, cost

บทนำ

Omeprazole เป็นยาที่อยู่ในกลุ่ม proton pump inhibitors (PPIs) มีหน้าที่หลักในการยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ซึ่งมักใช้ในการรักษาภาวะที่เกี่ยวข้องกับการหลั่งกรดมากเกินไป เช่น โรคกรดไหลย้อน (GERD) แผลในกระเพาะอาหาร แผลในลำไส้เล็กส่วนต้น และการป้องกันแผลในทางเดินอาหารที่เกิดจากการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)[1] การใช้ Omeprazole โดยทั่วไปมีทั้งรูปแบบรับประทานและทางหลอดเลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาทางปากได้หรือมีอาการรุนแรง การให้ยาแบบ IV จึงเป็นทางเลือกที่สำคัญ[2]

Omeprazole ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ H+/K+ ATPase หรือที่รู้จักกันในชื่อ proton pump[3] ซึ่งทำหน้าที่หลักในการผลิตกรดในกระเพาะอาหาร[2] Omeprazole เป็นยาในรูปแบบ prodrug ซึ่งหมายความว่าเมื่อเข้าสู่ร่างกาย ยาจะถูกเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ที่หลั่งกรดในกระเพาะอาหารและเปลี่ยนเป็นสารที่สามารถจับกับเอนไซม์ proton pump ได้[4] การยับยั้งการทำงานของเอนไซม์นี้ส่งผลให้ปั๊มไม่สามารถหลั่งไอออนไฮโดรเจนเข้าสู่กระเพาะอาหารได้ ทำให้การผลิตกรดลดลงตามมา ฤทธิ์ของ Omeprazole จะเริ่มต้นภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากการบริโภค และมีผลในการลดการหลั่งกรดได้สูงสุดภายใน 2 ชั่วโมง โดยทั่วไปการยับยั้งการผลิตกรดจะคงอยู่ตลอด 24 ชั่วโมง[5] ส่งผลให้การหลั่งกรดลดลงประมาณ 90% ในช่วงเวลานี้ แม้ว่าจะหยุดใช้ยาแล้ว แต่ร่างกายจะใช้เวลาในการฟื้นฟูการทำงานของ proton pump เนื่องจากเอนไซม์ต้องถูกสังเคราะห์ใหม่ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ Omeprazole มีประสิทธิภาพที่ยาวนานในการลดการหลั่งกรด[6]

การให้ Omeprazole ทางหลอดเลือดดำ เป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับยาทางปากได้ หรือมีอาการรุนแรงที่ต้องการการควบคุมการหลั่งกรดอย่างรวดเร็ว[3] อย่างไรก็ตาม การให้ยาในรูปแบบ IV อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนบางประการ แม้ว่าจะมีประสิทธิภาพดีในการลดกรดในกระเพาะอาหาร การให้ Omeprazole ทาง IV อาจทำให้เกิดภาวะภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ จากการที่ให้ยาผ่านทาง IV push ซึ่งให้ยาในระยะเวลาสั้น[7] ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยยังรวมถึง การเกิดลิ่มเลือดที่บริเวณฉีดยา (thrombophlebitis) และอาการปวดบริเวณที่ฉีดยา โดยเฉพาะเมื่อให้ยาในเวลาที่สั้น[8] อีกทั้งยังพบว่าการให้ยาในรูปแบบ IV infusion ที่ใช้เวลานานขึ้น อาจช่วยลดความเสี่ยงเหล่านี้ได้ แต่ต้องเฝ้าระวังเรื่องอาการแพ้ยาเฉียบพลัน (anaphylaxis) ที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยบางราย นอกจากนี้ ยังมีรายงานถึงความเสี่ยงในการเกิดภาวะ electrolyte imbalance เช่น hypomagnesemia และ hypocalcemia โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับ Omeprazole ทาง IV เป็นระยะเวลานาน[2] การติดเชื้อ Clostridium difficile ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรียในทางเดินอาหารที่ทำให้เกิดท้องเสียรุนแรง ยังพบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับ PPIs ในรูปแบบ IV นาน ๆ เนื่องจากการหลั่งกรดที่ลดลงทำให้การป้องกันเชื้อโรคลดล สุดท้าย การให้ Omeprazole IV ยังอาจเชื่อมโยงกับภาวะไตอักเสบเฉียบพลัน (acute interstitial nephritis) ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่ร้ายแรง แต่พบได้ไม่บ่อย แต่ควรระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไต[9-10]

การให้ Omeprazole ทาง IV สามารถทำได้สองวิธีคือ IV push ซึ่งเป็นการให้ยาในเวลาสั้น ๆ ภายในไม่กี่นาที และ IV infusion ที่ให้ยาอย่างช้า ๆ ผ่านทางหลอดเลือดในช่วงเวลาที่นานกว่า 30 นาทีถึงหลายชั่วโมง[11] ทั้งสองวิธีมีความสามารถในการควบคุมการหลั่งกรดได้ดี แต่มักเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ยาในแต่ละรูปแบบ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน[12] ปัญหาหลักที่เกิดขึ้นในการเลือกวิธีการให้ Omeprazole แบบ IV push และ IV infusion คือการประเมิน

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและความคุ้มค่าในการรักษา การศึกษานี้มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการพิจารณาวิธีการให้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย[13] กอร์ปกับโรงพยาบาลยิ่งอเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก ข้อมูลจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Omeprazole แบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำในปีงบประมาณ 2567 (1/10/2566 ถึง 30/9/2567) มีจำนวน 1,467 ครั้ง ซึ่งการบริหารยาแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำในโรงพยาบาล มีวิธีการบริหารยาที่หลากหลายและแตกต่างกันไป บางหอผู้ป่วยใช้การบริหารยาโดยนำยา Omeprazole ผสมกับ Sterile water 10 มิลลิลิตร และฉีดให้ผู้ป่วยช้าๆ (Slowly push) บางหอผู้ป่วยใช้การบริหารยาแบบผสมยา Omeprazole ในสารละลาย 0.9%NSS 50 ml หรือ 100 ml และให้ทางหลอดเลือดดำในระยะเวลา 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง สำหรับการสำรวจภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับยา Omeprazole ทั้ง 2 แบบ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ซึ่งอาการแสดงของผู้ป่วยที่สำคัญคือ ผิวหนังตามแนวหลอดเลือดที่ให้ยาแดง บวม และผู้ป่วยรู้สึกปวด การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาวิธีการบริหารยาที่ดีที่สุดที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนนี้ ผู้วิจัยจึงในฐานะเภสัชกรชำนาญการ และปฏิบัติงานอยู่ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลยิ่งอเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลของการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายระหว่างการบริหารยา Omeprazole แบบ IV push และ IV infusion ซึ่งผลการวิจัยจะช่วยในการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยาแบบรวดเร็ว หรือการที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาเป็นเวลานานเกินไป นอกจากนี้ การประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ละรูปแบบยังมีบทบาทสำคัญในการกำหนดแนวทางการรักษาที่ประหยัดและเหมาะสม และสร้างแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับการใช้ยา Omeprazole ทางหลอดเลือดในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการบริหารยา Omeprazole แบบ IV push กับ IV infusion ในผู้ป่วย
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการบริหารยา Omeprazole แบบ IV push กับ IV infusion ในการรักษาผู้ป่วย

สมมติฐานการวิจัย

1. การบริหารยา Omeprazole แบบ IV push จะมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าการบริหารยา Omeprazole แบบ IV infusion ในผู้ป่วย
2. การบริหารยา Omeprazole แบบ IV push จะมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการบริหารยา Omeprazole แบบ IV infusion ในการรักษาผู้ป่วย

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 จนถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลยิ่งอเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

อาสาสมัครหรือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Omeprazole แบบ IV push และ IV infusion โรงพยาบาลยิ่งอเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) เพศชายและหญิง อายุ 18 ปี เป็นต้นไป 2) มีแผนการรักษาจากแพทย์ ให้ได้รับการรักษาด้วยยา Omeprazole แบบ IV push และ IV infusion นานกว่า 24 ชั่วโมง 3) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ครบถ้วน ระดับความรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง 5) ยินยอมเข้าร่วมการทดลองและเซ็นหนังสือยินยอมหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาและผลที่คาดว่าจะได้รับ

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ 1) มีประวัติแพ้ยา Omeprazole หรือยากลุ่ม proton pump inhibitors (PPIs) 2) กำลังใช้ยาต้านการ

แข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) 3) มีโรคหัวใจรุนแรงหรือภาวะหายใจล้มเหลว

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G * power กำหนดค่าความเชื่อมั่น (Alpha Level) เท่ากับ 95% หรือ 0.05 ขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้[11] ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ค่าพลังอำนาจทางสถิติ (Power) เท่ากับ 0.95 สัดส่วนการแบ่งกลุ่ม (Allocation Ratio) ซึ่งมี 2 กลุ่มและต้องการให้แต่ละกลุ่มมีขนาดใกล้เคียงกัน ใช้ค่า 1:1 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดสอบ 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน การสุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีการสุ่มแบบ permuted block randomization เพื่อแบ่งผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มทดสอบและกลุ่มควบคุม ใช้บล็อกทั้งหมด 25 บล็อก โดยแต่ละบล็อกประกอบด้วยผู้เข้าร่วม 4 คน ซึ่งจะแบ่งเป็น 2 คนในกลุ่มทดสอบและ 2 คนในกลุ่มควบคุม โดยสุ่มเลือกหนึ่งในหกรูปแบบที่เป็นไปได้ ได้แก่ EECC, CCEE, ECEC, CECE, ECCE และ CEEC จนกว่าจะครบจำนวนผู้เข้าร่วม 4 คนต่อกลุ่ม ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมจะถูกจัดเข้าสู่แต่ละกลุ่มด้วยการใช้หมายเลขลำดับที่ถูกใส่ไว้ในซองทึบแสงที่ปิดผนึก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ดังนี้

1. แนวทางการบริหารยา Omeprazole แบบ IV push และ IV infusion ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีการออกแบบตามขั้นตอนที่ละเอียดและกำหนดเกณฑ์ในการปฏิบัติอย่างชัดเจน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ได้รับการบริหารยา Omeprazole แบบ IV push

การเตรียมยา: ยา Omeprazole ขนาด 40 มิลลิกรัม (mg) จะถูกผสมใน Sterile water (น้ำยาปลอดเชื้อ) ปริมาณ 10 มิลลิลิตร (ml)

วิธีการให้ยา: ยาที่เตรียมไว้จะถูกฉีดเข้าสู่หลอดเลือดดำโดยตรงด้วยวิธี Slowly push โดยใช้เวลาประมาณ 2-5 นาทีในการฉีดยาเพื่อให้ยาเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการบริหารยาทาง IV push เช่น อาการเวียนหัว หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาอย่างรวดเร็ว

กลุ่มที่ได้รับการบริหารยา Omeprazole แบบ IV infusion

การเตรียมยา: ยา Omeprazole ขนาด 40 มิลลิกรัม (mg) จะถูกผสมในสารละลายโซเดียมคลอไรด์ 0.9% (NSS) ปริมาณ 100 มิลลิลิตร (ml)

วิธีการให้ยา: ยาที่ผสมไว้จะถูกให้ทางหลอดเลือดดำโดยใช้เวลาในการให้ยานานประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการให้ยาในอัตราที่ช้ากว่าแบบ IV push เพื่อให้ยาออกฤทธิ์อย่างสม่ำเสมอและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการได้รับยาในระยะเวลาสั้น

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและจากประสบการณ์การทำงาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การนับถือศาสนา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาของผู้ป่วย

3. แบบบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวกับการรักษา ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและจากประสบการณ์การทำงาน ได้แก่ 1) การวินิจฉัยโรค 2) โรคประจำตัว 3) ระยะเวลาที่ได้รับยา Omeprazole 4) จำนวน Dose และความถี่ที่ได้รับยาต่อวัน

4. แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา ประกอบด้วยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมด้วย คือ หัวใจเต้นผิดปกติ (arrhythmia)

5. แบบบันทึกค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยา Omeprazole ถูกออกแบบมาเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการบริหารยา Omeprazole ทั้งในรูปแบบ IV push และ IV

infusion ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โดยประกอบด้วยส่วนสำคัญหลายประการเพื่อให้ครอบคลุมทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการการให้ยา สำหรับการบันทึกค่าใช้จ่ายนั้นจะเริ่มจากการบันทึกราคายา Omeprazole ขนาด 40 mg รวมถึงค่าวัสดุที่ใช้ในการผสมยา เช่น Sterile water และสารละลาย 0.9% NSS นอกจากนี้ ยังบันทึกค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ค่าบริการของพยาบาลที่ทำหน้าที่ผสมและให้ยา รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เข็มฉีดยา สาย IV และสารละลายสำหรับการให้ยาแบบ IV infusion

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) เภสัชกรชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน และอาจารย์เภสัชกร 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.82, 0.86, 1, 1, และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยต่อผู้อำนวยการ/หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย และใช้ข้อมูลพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงวัตถุประสงค์ เครื่องมือที่ใช้ กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อทำการสุ่มเข้ากลุ่มทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการบริหารยา Omeprazole แบบ IV push กับ กลุ่มที่ได้รับการบริหารยา Omeprazole แบบ IV infusion กลุ่มละ 35 คน และดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย โดยการซักถามผู้ป่วยด้วยตนเองประกอบกับข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

กลุ่มที่ได้รับการบริหารยา Omeprazole แบบ IV push ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เข้าพบพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่บริหารยาให้ผู้ป่วย และชี้แจงเรื่องการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การเตรียมยาในแต่ละครั้งให้ใช้ยา Omeprazole ขนาด 40 มิลลิกรัม (mg) ผสมใน Sterile water ปริมาณ 10 มิลลิลิตร และฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำโดยตรงด้วยวิธี Slowly push โดยใช้เวลาประมาณ 2-5 นาที

ขั้นตอนที่ 2 เข้าพบผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ที่แพทย์ต้องให้ยา Omeprazole ระยะเวลาการให้ ความถี่ในการให้ และอธิบายภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญให้ผู้ป่วยทราบ คือ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ และให้ผู้ป่วยช่วยสังเกตตนเอง หากมีอาการแดง บวม หรือรู้สึกปวดตามแนวเส้นเลือดที่ให้ยา ให้รีบแจ้งพยาบาลหรือเภสัชกรในหอผู้ป่วยทันที

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามเพื่อประเมินผล โดยผู้วิจัยเข้าไปสอบถามผู้ป่วยถึงภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังได้รับยา Omeprazole ในทุกวัน โดยใช้ระยะเวลาวันละ 10-15 นาที พร้อมทั้งให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้คลายความวิตกกังวล

ขั้นตอนที่ 4 เมื่อแพทย์สั่งหยุดยา เภสัชกรเข้าไปประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและบันทึกในแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา และบันทึกค่าใช้จ่าย โดยบันทึกในแบบบันทึกค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยา Omeprazole

กลุ่มที่ได้รับการบริหารยา Omeprazole แบบ IV infusion ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เข้าพบพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่บริหารยาให้ผู้ป่วย และชี้แจงเรื่องการบริหาร

ยาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การเตรียมยาในแต่ละครั้งให้ใช้ยา Omeprazole ขนาด 40 มิลลิกรัม (mg) ผสมในสารละลายโซเดียมคลอไรด์ 0.9% (NSS) ปริมาณ 100 มิลลิลิตร และให้ยาทางหลอดเลือดดำโดยใช้เวลาในการให้ยานานประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 เข้าพบผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ที่แพทย์ต้องให้ยา Omeprazole ระยะเวลาการให้ ความถี่ในการให้ และอธิบายภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญให้ผู้ป่วยทราบ คือ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ และให้ผู้ป่วยช่วยสังเกตตนเอง หากมีอาการแดง บวม หรือรู้สึกปวดตามแนวเส้นเลือดที่ให้ยา ให้รีบแจ้งพยาบาลหรือเภสัชกรในหอผู้ป่วยทันที

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามเพื่อประเมินผล โดยผู้วิจัยเข้าไปสอบถามผู้ป่วยถึงภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังได้รับยา Omeprazole ในทุกวัน โดยใช้ระยะเวลาวันละ 10-15 นาที พร้อมทั้งให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้คลายความวิตกกังวล

ขั้นตอนที่ 4 เมื่อแพทย์สั่งหยุดยา เภสัชกรเข้าไปประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและบันทึกในแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา และบันทึกค่าใช้จ่าย โดยบันทึกในแบบบันทึกค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยา Omeprazole

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และทดสอบกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สเมอร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov one sample test) พบข้อมูลมีค่า .08 แสดงถึงข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ จากนั้นเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา และค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยา ระหว่าง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติที (Independence t-test)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส กระทรวงสาธารณสุข ตามเลขที่อนุมัติ 01/2568 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับยา Omeprazole ทางหลอดเลือดดำจำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับยาด้วยวิธี IV push จำนวน 35 ราย และกลุ่ม IV infusion จำนวน 35 ราย กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Omeprazole ทางหลอดเลือดดำด้วยวิธี IV push จำนวน 35 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.6 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 57.69 ปี (SD = 12.63) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มวัยกลางคนถึงผู้สูงอายุ โดยมีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.7 ด้านสถานภาพสมรส ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 74.3 นับถือศาสนาอิสลามทั้งหมด ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 28.6 ในด้านอาชีพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.9 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ 22.9 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 62.9 และมีบางส่วนใช้สิทธิผู้มีรายได้น้อย ร้อยละ 20.0

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Omeprazole ทางหลอดเลือดดำด้วยวิธี IV infusion จำนวน 35 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 50.40 ปี (SD = 19.26) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายถึงวัยสูงอายุ โดยมีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 28.6 ด้านสถานภาพสมรส ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 68.6 และมีผู้ป่วยที่เป็นโสด ร้อยละ 17.1 กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 97.1 และมีบางส่วนที่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 2.9 ในด้านการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.3 รองลงมาคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.4 และไม่ได้

ศึกษา ร้อยละ 20.0 ในด้านอาชีพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.6 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.6 ในด้านรายได้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 88.6 และใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 68.6 รองลงมาคือสิทธิผู้มีรายได้น้อย ร้อยละ 20.0 และสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 11.4

ข้อมูลส่วนบุคคลของทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่อง ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษา โดยเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่ม IV push และกลุ่ม IV infusion พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในทุกด้าน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และสิทธิการรักษาพยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน สามารถนำมาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบริหารยาได้อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Omeprazole ทางหลอดเลือดดำด้วยวิธี IV push จำนวน 35 ราย พบว่าการวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็น Dyspepsia ร้อยละ 65.7 รองลงมาคือ Epigastrium pain ร้อยละ 14.3 และ UGIB ร้อยละ 11.4 สำหรับโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 34.3 ระยะเวลาที่ได้รับยา Omeprazole ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-3 วัน ร้อยละ 85.7 โดยยาส่วนใหญ่ได้รับในขนาด 40 มิลลิกรัม วันละครั้ง (OD) ร้อยละ 91.4 ในส่วนของยาฉีดชนิดอื่นที่ได้รับร่วมกับการรักษา ร้อยละ 48.6 ไม่ได้รับยาอื่น ในขณะที่มีผู้ป่วยได้รับ Metoclopramide ร้อยละ 25.7 และ Buscopan ร้อยละ 17.1 สำหรับการให้ยาอื่นทางเส้นเลือดเดียวกับ Omeprazole พบว่าร้อยละ 51.4 ได้รับยาเส้นเดียวกัน และร้อยละ 48.6 ให้ยาแยกเส้น

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Omeprazole ทางหลอดเลือดดำด้วยวิธี IV infusion จำนวน 35 ราย พบว่า การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็น Dyspepsia ร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ Dengue hemorrhagic ร้อยละ 11.4 และ UGIB ร้อยละ 8.6 สำหรับโรคประจำตัว พบว่า ร้อยละ 45.7 ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนโรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 34.3 และโรคเบาหวานร้อยละ 5.7 ระยะเวลาที่ได้รับยา Omeprazole ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-3 วัน ร้อยละ 88.6 โดยยาส่วนใหญ่ได้รับในขนาด 40 มิลลิกรัม วันละครั้ง (OD) ร้อยละ 91.4 ในส่วนของยาฉีดชนิดอื่นที่ได้รับร่วมกับการรักษา ร้อยละ 82.9 ไม่ได้รับยาอื่น ในขณะที่มีผู้ป่วยได้รับ Metoclopramide ร้อยละ 11.4 และมีส่วนน้อยที่ได้รับยาอื่น ๆ เช่น Pethidine และ Dengue hemorrhagic สำหรับการให้ยาอื่นทางเส้นเลือดเดียวกับ Omeprazole พบว่าร้อยละ 17.1 ได้รับยาเส้นเดียวกัน และร้อยละ 82.9 ให้ยาแยกเส้น

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่อง ระยะเวลาที่ได้รับยา Omeprazole และ จำนวน Dose รวมถึงความถี่ที่ได้รับยาต่อวัน โดยเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (IV push) และกลุ่มควบคุม (IV infusion) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างในข้อมูลการรักษาบางตัว เช่น ประเภทของยาฉีดที่ได้รับร่วมในครั้งนี้ และการให้ยาอื่นทางเส้นเลือดเดียวกับ Omeprazole ($p < .05$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายระหว่างการบริหารยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

จากการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับยา Omeprazole ทางหลอดเลือดดำ จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม IV push จำนวน 35 ราย และกลุ่ม IV infusion จำนวน 35 ราย พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยรวมในกลุ่ม IV push มีผู้ป่วยที่พบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 45.7 ขณะที่กลุ่ม IV infusion พบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 28.6 โดยส่วนใหญ่เป็นภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ระดับ Grade 2 ปวดบริเวณที่แทง หรือ มีบวม แดง ร่วมด้วย ซึ่งกลุ่ม IV push มีอุบัติการณ์สูงกว่ากลุ่ม IV infusion แต่เมื่อวิเคราะห์

ทางสถิติพบว่า ความแตกต่างดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .142) สำหรับภาวะแทรกซ้อนหัวใจเต้นผิดจังหวะ พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะในผู้ป่วยทุกราย อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายในการรักษาพบว่า กลุ่ม IV push มีค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมด 2,250 บาท (64.29 ± 37.518) ขณะที่กลุ่ม IV infusion มีค่าใช้จ่ายรวมสูงกว่าคือ 4,393 บาท (125.51 ± 90.75) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001) โดยสรุป การบริหารยา Omeprazole แบบ IV push อาจมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดดำอักเสบสูงกว่ากลุ่ม IV infusion เล็กน้อย แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาจะต่ำกว่ากลุ่ม IV infusion อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายระหว่างการบริหารยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง (n = 70)

ตัวแปร	IV push (n=35)	IV infusion (n=35)	รวม (n=70)	t	*p*- value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ภาวะแทรกซ้อน				1.486[c]	.142
ไม่พบ	19 (54.3)	25 (71.4)	44 (62.9)		
พบ	16 (45.7)	10 (28.6)	26 (37.1)		
ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis)				1.486[c]	.142
Grade 0 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและอาการแสดงทางคลินิก	19 (54.3)	25 (71.4)	44 (62.9)		
Grade 2 ปวดบริเวณที่แทง หรือ มีบวม แดง ร่วมด้วย	16 (45.7)	10 (28.6)	26 (37.1)		
ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ					
ไม่พบ	35 (100.0)	35 (100.0)	70 (100.0)	.000[f]	>.05
ค่าใช้จ่ายในการรักษา (บาท) (mean ± SD)	2,250 (64.29 ± 37.518)	4,393 (125.51 ± 90.746)	6,643 (94.90 ± 75.513)	-3.689[t]	.001

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายในการบริหารยา Omeprazole ทางหลอดเลือดดำระหว่างแบบ IV push และ IV infusion ในผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 35 ราย จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มที่ได้รับยา Omeprazole แบบ IV push มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ร้อยละ 45.7 ขณะที่กลุ่ม IV infusion พบภาวะแทรกซ้อนเพียงร้อยละ 28.6 โดยภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับเล็กน้อย (Grade 2) ซึ่งหมายถึงปวดบริเวณที่แทงหรือ มีบวม แดง ร่วมด้วย ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Taher et al.[14] ที่รายงานว่า การบริหารยา Omeprazole ทาง IV push อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่บริเวณหลอดเลือดได้มากกว่าการให้ยาแบบ infusion เนื่องจากอัตราการเข้าสู่กระแสเลือดที่รวดเร็วและความเข้มข้นของยาที่สูงกว่าเมื่อไม่ได้ผ่านการเจือจางในปริมาณมาก อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าแม้กลุ่ม IV push จะมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดดำอักเสบสูงกว่ากลุ่ม IV infusion แต่ความแตกต่างที่พบนี้ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .142) ซึ่งหมายความว่าการบริหารยา Omeprazole ทั้งสองวิธี ไม่ได้ส่งผลให้เกิด

ภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด นั่นคือ ความแปรปรวนของข้อมูลอาจเกิดจากความแตกต่างระหว่างบุคคล หรือปัจจัยร่วมอื่นที่ไม่ใช่ชนิดของการให้ยาโดยตรง ผลลัพธ์นี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pang & Graham[15] ที่รายงานว่าอัตราการเกิด Phlebitis ระหว่างการให้แบบ IV push และ IV infusion ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการควบคุมปัจจัยแวดล้อม เช่น ขนาดหลอดเลือด ความถี่ในการให้ยา และเทคนิคของผู้บริหารยา นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของ American Society of Health-System Pharmacists[16] ที่ระบุว่า Omeprazole สามารถให้ได้ทั้งแบบ IV push และ IV infusion หากมีการควบคุมเทคนิคอย่างถูกต้อง โดยไม่ได้มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนว่าวิธีหนึ่งมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าอีกวิธีหนึ่ง จากหลักฐานและผลการศึกษานี้ อาจตีความได้ว่า แม้การให้ยา Omeprazole แบบ IV push จะดูเหมือนมีแนวโน้มในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดมากกว่าเล็กน้อย แต่เมื่ออยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรที่มีทักษะที่เหมาะสม การบริหารยาทั้งสองวิธี มีความปลอดภัยใกล้เคียงกัน และสามารถใช้แทนกันได้ในทางคลินิก โดยขึ้นอยู่กับทรัพยากรและบริบทของสถานพยาบาล

ในขณะเดียวกัน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีการเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่ได้รับยาทางหลอดเลือดดำ ไม่พบในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเลย แม้แต่รายเดียว ผลลัพธ์นี้ตรงกับการศึกษาของ Pang & Graham[15] ที่พบว่า Omeprazole ไม่มีผลกระทบโดยตรงต่อระบบคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrophysiological effect) และมีความปลอดภัยสูงในด้าน cardiovascular safety แม้ในผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคประจำตัว

เมื่อพิจารณาด้านค่าใช้จ่าย กลุ่มที่ได้รับยาแบบ IV push มีค่าใช้จ่ายรวม 2,250 บาท (mean = 64.29, SD = 37.52) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่ม IV infusion ที่มีค่าใช้จ่ายรวม 4,393 บาท (mean = 125.51, SD = 90.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001) ความแตกต่างนี้อธิบายได้จากต้นทุนที่ลดลงในการใช้วัสดุอุปกรณ์ เช่น สายให้น้ำเกลือ ชุด Infusion และเวลาในการเตรียมยาที่น้อยลง ซึ่งตรงกับแนวปฏิบัติของ American Society of Health-System Pharmacists[16] ที่ระบุว่าประสิทธิภาพการให้ยาแบบ IV push มีข้อได้เปรียบชัดเจน เนื่องจากใช้เวลาการเตรียมและให้ยาน้อยกว่ากลุ่ม piggyback และลดต้นทุนค่าอุปกรณ์ เช่น การไม่ต้องใช้ชุดให้น้ำเกลือหรือชุด infusion ทำให้ลดค่าใช้จ่ายต่อการให้ยาได้หลายดอลลาร์ และในระดับโรงพยาบาลสามารถลดค่าใช้จ่ายโดยรวมได้หลายแสนบาทต่อปีที่ยืนยันว่าการให้ Omeprazole แบบ IV push ช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลโดยไม่ลดทอนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และมีประสิทธิภาพเชิงต้นทุน (cost-effectiveness)

ผลการศึกษานี้ยังพบว่า ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรักษาระหว่างสองกลุ่ม ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับยา และความถี่ในการได้รับยาต่อวัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกันและเหมาะสมสำหรับการเปรียบเทียบผลการบริหารยา โดยการควบคุมความสม่ำเสมอของข้อมูลพื้นฐานนี้ช่วยลดความเอนเอียงของผลลัพธ์ และเพิ่มความน่าเชื่อถือของการเปรียบเทียบผลการรักษาในครั้งนี้ แม้ผลการศึกษาจะชี้ให้เห็นว่า IV push อาจมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเล็กน้อย แต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ไม่มีความรุนแรง และสามารถป้องกันหรือดูแลได้ด้วยการเฝ้าระวังทางคลินิกอย่างเหมาะสม เมื่อพิจารณาประกอบกับค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าของ IV push อย่างมีนัยสำคัญ การบริหารยาแบบ IV push จึงอาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสม โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากรอย่างไรก็ตาม ควรใช้ความระมัดระวังในการเลือกวิธีการบริหารยาโดยพิจารณาจากปัจจัยเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ความเปราะบางของหลอดเลือด อายุ โรคประจำตัว และภาวะทางคลินิก เพื่อให้เกิดความ

สมดุลระหว่างความปลอดภัยและประสิทธิภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ของการดูแลรักษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการบริหารยา Omeprazole ทั้งแบบ IV push และ IV infusion มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้น โรงพยาบาลสามารถเลือกใช้วิธีการบริหารยาได้ทั้งสองรูปแบบตามบริบทและความเหมาะสม เช่น ความพร้อมของบุคลากร ความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย และงบประมาณในการรักษา เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด

2. เนื่องจากพบอัตราภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ในกลุ่ม IV push สูงกว่าเล็กน้อย จึงควรเฝ้าระวังและติดตามอาการภาวะแทรกซ้อนนี้อย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยที่ได้รับยาแบบ IV push เพื่อป้องกันและแก้ไขได้ทันท่วงที

3. โรงพยาบาลควรจัดการอบรมและให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการบริหารยา Omeprazole ทั้งสองรูปแบบอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต

1. ควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและหลากหลายมากขึ้น เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาเกี่ยวกับการบริหารยา Omeprazole แบบ IV push และ IV infusion

2. แนะนำให้ทำการวิจัยในระยะเวลาที่นานขึ้นเพื่อเฝ้าติดตามภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว รวมถึงผลกระทบทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการบริหารยา Omeprazole แบบ IV push และ IV infusion ในผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยวิกฤต หรือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เพื่อประเมินความเหมาะสมและความปลอดภัยในแต่ละกลุ่มผู้ป่วยอย่างละเอียด

เอกสารอ้างอิง

1. Lopes-de-Campos D, Pereira-Leite C, Fontaine P, Coutinho A, Prieto M, Sarmento B, Jakobtorweihen S, Nunes C, Reis S.(2021). Interface-Mediated Mechanism of Action-The Root of the Cytoprotective Effect of Immediate-Release Omeprazole. J Med Chem. 2021;64(8):5171-84.
2. Freedberg DE, Kim LS, Yang YX.(2017). The Risks and Benefits of Long-term Use of Proton Pump Inhibitors: Expert Review and Best Practice Advice From the American Gastroenterological Association. Gastroenterology. 2017;152(4):706-15.
3. López-Velázquez G, Fernández-Lainez C, de la Mora-de la Mora JI, Caudillo de la Portilla D, Reynoso-Robles R, González-Maciel A, et al.(2019). On the molecular and cellular effects of omeprazole to further support its effectiveness as an antigiardial drug. Sci Rep. 2019;9(1):8922.
4. Hamzeloo-Moghadam M, Rezaei Tavirani M, Jahani-Sherafat S, Rezaei Tavirani S, Esmaeili S, Ansari M, Ahmadzadeh A.(2021). Side effects of omeprazole: a system biology study. Gastroenterol Hepatol Bed Bench. 2021;14(4):334-41.
5. Le Merdy M, Tan ML, Sun D, Ni Z, Lee SC, Babiskin A, et al.(2021). Physiologically Based Pharmacokinetic Modeling Approach to Identify the Drug-Drug Interaction Mechanism of Nifedipine and a Proton Pump Inhibitor, Omeprazole. Eur J Drug Metab Pharmacokinet. 2021;46(1):41-51.
6. Cartee NMP, Wang MM.(2020). Binding of omeprazole to protein targets identified by monoclonal antibodies. PLoS One. 2020;15(9):e0239464.
7. Paz MFCJ, de Alencar MVOB, de Lima RMP, Sobral ALP, do Nascimento GTM, Dos Reis CA, et al.(2020). Pharmacological Effects and Toxicogenetic Impacts of Omeprazole: Genomic Instability and Cancer. Oxid Med Cell Longev. 2020:3457890.

8. Al Ali HS, Jabbar AS, Neamah NF, Ibrahim NK.(2022). Long-Term Use of Omeprazole: Effect on Haematological and Biochemical Parameters. Acta Med Indones. 2022;54(4):585-94.
9. Guedes JVM, Aquino JA, Castro TLB, Augusto de Morais F, Baldoni AO, Belo VS, Otoni A.(2020). Omeprazole use and risk of chronic kidney disease evolution. PLoS One. 2020;15(3):e0229344.
10. Fontecha-Barriuso M, Martín-Sanchez D, Martinez-Moreno JM, Cardenas-Villacres D, Carrasco S, Sanchez-Niño MD, et al.(2020). Molecular pathways driving omeprazole nephrotoxicity. Redox Biol. 2020;32:101464.
11. Cerri S, Taminiau B, de Lusancay AH, Lecoq L, Amory H, Daube G, Cesarini C.(2020). Effect of oral administration of omeprazole on the microbiota of the gastric glandular mucosa and feces of healthy horses. J Vet Intern Med. 2020;34(6):2727-37.
12. Segregur D, Mann J, Moir A, Karlsson EM, Dressman J.(2021). Prediction of plasma profiles of a weakly basic drug after administration of omeprazole using PBPK modeling. Eur J Pharm Sci. 2021;158:105656.
13. Miedziaszczyk M, Idasiak-Piechocka I.(2023). Safety analysis of co-administering tacrolimus and omeprazole in renal transplant recipients - A review. Biomed Pharmacother. 2023;166:115149.
14. Taher KW, Yaseen R, Alnan M, Aburas W, Khalil H, Alabdulsalam M.(2024). Efficacy and safety of empiric treatment with omeprazole continuous infusion in critically ill children with gastrointestinal bleeding. Front Pediatr. 2024;12:1270911.
15. Pang SH, Graham DY.(2010). A clinical guide to using intravenous proton-pump inhibitors in reflux and peptic ulcers. Therap Adv Gastroenterol. 2010;3(1):11-22.
16. American Society of Health-System Pharmacists (ASHP).(2020). ASHP injectable drug information 2020. Bethesda (MD): ASHP; 2020.

ความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์

Occupational health literacy affecting work related disease and injury prevention behaviors among automotive business establishment.

(Received: September 17,2025 ; Revised: September 24,2025 ; Accepted: September 26,2025)

แสนคม สีหะปัญญา[1] **กัญชมน สีหะปัญญา**[2] **วิชุดา หัสโน**[2]
Sankom Seehapanya[1] **Kanchamon Seehapanya**[2] **Wichuda Hussano**[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ 2) ศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ และ 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ พนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 287 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัย และแบบประเมินพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.82 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.74, S.D. = 0.58) 2) พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.25, S.D. = 0.31) 3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ พบว่า ความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยมีสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.126$, $p < 0.05$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมความปลอดภัย ความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัย สถานประกอบการธุรกิจรถยนต์

Abstract

This study was survey research with the purpose of 1) examine the level of occupational health literacy among employees in automotive business establishments, 2) investigate workplace safety behaviors of employees in automotive business establishments, and 3) analyze the relationship between occupational health literacy and workplace safety behaviors among employees in automotive business establishments. The study sample comprised 287 employees from a large automotive business establishment in Ubon Ratchathani Province, Thailand. Data were collected using the Occupational Health Literacy Scale and the Workplace Safety Behavior Assessment, with reliability coefficients of 0.82 and 0.83, respectively. Descriptive statistics analysis and Pearson's correlation coefficient.

Research Findings: This study yielded three primary findings: First, occupational health literacy among employees in automotive industry establishments was rated at a high level overall (M = 3.74, SD = 0.58). Second, workplace safety behaviors among the same population were also observed at a high level (M = 4.25, SD = 0.31). Third, correlation analysis revealed a statistically significant positive relationship between

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

occupational health literacy and workplace safety behavior among automotive industry employees (r = 0.126, p < 0.05).

Keywords: safety behavior, occupational health literacy, automotive business establishment

บทนำ

โรคจากการประกอบอาชีพและความปลอดภัยในการทำงานเป็นหนึ่งในเป้าหมายการดูแลสุขภาพประชาชนให้ได้รับความปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม[1] ถือเป็นปัญหาสำคัญทางด้านอาชีวอนามัยที่ต้องเร่งแก้ไขอย่างเร่งด่วน[2] จากการประมาณการล่าสุดขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ พบว่าแต่ละปีมีคนงานเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน โดยจากจำนวนนี้ 2.4 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และมีคนงานอีก 374 ล้านคนที่ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานแบบไม่เสียชีวิต[3] สำหรับในประเทศไทยนั้นสถานการณ์ก็ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ มีแรงงานที่บาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุจากการทำงานถึง 4.99 ล้านคน โดยเป็นแรงงานในระบบประมาณร้อยละ 29.1 และเมื่อพิจารณาตามขนาดของอุตสาหกรรม พบว่าส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ที่มีจำนวนพนักงาน 1,000 คนขึ้นไป ซึ่งมีผู้ได้รับ บาดเจ็บถึง 22,597 คน ยิ่งไปกว่านั้นข้อบกพร่องด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศอย่างรุนแรง โดยสร้างความเสียหายคิดเป็นมูลค่าประมาณร้อยละ 3.94 ของรายได้รวมของประเทศทั้งหมดในแต่ละปี[2] ในยุคปัจจุบันที่การแข่งขันทางธุรกิจทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น สถานประกอบการต่างๆ ต้องเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อนและเพิ่มความกดดันให้กับบุคลากร โดย เฉพาะอย่างยิ่งในอุตสาหกรรมยานยนต์ที่ต้องการความเที่ยงตรง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพสูง ผู้ประกอบธุรกิจในฐานะผู้นำอุตสาหกรรมยานยนต์ ย่อมต้องเผชิญกับความท้าทายดังกล่าวอย่างหลีก เลี่ยงไม่ได้ แม้ว่าจะมีความจำเป็นอย่างชัดเจนในการจัดการด้านสุขภาพและความปลอดภัย แต่หลายองค์กรไม่ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพและความปลอดภัยเท่าที่ควร ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจ หรือทรัพยากรบุคลากรที่มีจำกัด[4]

พฤติกรรมการทำงานเป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุในสถานประกอบการ จากทฤษฎีของ Domino Theory ของ Heinrich กล่าวว่า อุบัติเหตุส่วนใหญ่ ร้อยละ 88 เกิดจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของมนุษย์ ร้อยละ 10 เกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย และร้อยละ 2 เป็นเหตุสุดวิสัย[5] และแนวคิดของ Fuller[6] ยังระบุว่า เมื่อความต้องการของงานสูงเกินกว่าความสามารถของบุคคล จะส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมมักมีพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดจากข้อจำกัดด้านเวลาและสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น การใช้ชีวิตเร่งรีบจนละเลยการดูแลสุขภาพ การทำงานเป็นกะโดยขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ การทำงานล่วงเวลามากเกินไปเพื่อเพิ่มรายได้ การทำงานลัดขั้นตอนเพื่อให้เสร็จเร็วขึ้น ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า สาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดอุบัติเหตุมาจากพฤติกรรมที่สามารถควบคุมและป้องกันได้ด้วยตนเอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะทางการรับรู้ทางสังคม ซึ่งถือเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและสามารถนำข้อมูลต่าง ๆ มาใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ[7] การดูแลส่งเสริมให้พนักงานมีสุขภาพดีและปลอดภัย ความสำเร็จของระบบการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยขึ้นอยู่กับความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วมจากทุกระดับขององค์กร บทบาทสำคัญของการ

ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในบริษัทต่าง ๆ ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ การสร้างความเข้าใจในแนวคิด การวัดผล การบูรณาการเข้ากับกลยุทธ์องค์กร การดำเนินการส่งเสริมหรือจัดฝึกอบรมที่เหมาะสมและการจัดฝึกอบรมอย่างมีประสิทธิภาพ[8] อีกทั้งนายจ้างและองค์กรธุรกิจมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นให้แก่พนักงาน เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน[9]

ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย (Occupational health literacy) จะช่วยให้พนักงานสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และข้อมูลอันจะนำไปสู่อันตรายที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บและการเกิดโรคจากการทำงาน สามารถประเมินและตัดสินใจที่จะนำข้อมูลไปใช้ได้[10] ความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยเป็นความสามารถที่สำคัญของพนักงานในการเข้าใจ ประเมิน และตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลโรคและความเจ็บป่วยจากการทำงาน รวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านภาวะสุขภาพ จากการศึกษาของ Friedrich[11] ที่ได้ศึกษาความรู้ด้านอาชีวอนามัยและประสิทธิภาพการทำงาน โดยการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และองค์กรในสถานประกอบการที่มีสุขภาวะที่ดี ได้กล่าวว่า ปัจจัยระดับบุคคล ระหว่างบุคคล และองค์กรล้วนมีบทบาทสำคัญในการรักษาประสิทธิภาพการทำงานภายในองค์กรที่มีสุขภาวะที่ดีและมีความสำคัญ 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการทำงานให้แก่พนักงานและผู้นำ 2) การสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีต่อสุขภาพผ่านการนำของผู้บริหารที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพ และ 3) การเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการร่วมกันพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงาน จึงควรขยายการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทของปัจจัยเหล่านี้ในอุตสาหกรรมและบริบทที่หลากหลาย รวมถึงค้นหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินมาตรการส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานต่าง ๆ การจัดสถานที่ทำงานให้มีสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของพนักงาน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้และสนับสนุนในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้พนักงานเกิดความตระหนักถึงพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน อันจะนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและการป้องกันเชิงยั่งยืนภายในองค์กร

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะสามารถนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมเสริมหรือจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้กับพนักงาน เพื่อให้พนักงานได้เข้าใจและใช้ข้อมูลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม เพื่อช่วยลดสถิติการเกิดโรคและลดการบาดเจ็บจากการทำงานได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอด ภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยใน

การทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) โดยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) คือความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การอ่านและทำความเข้าใจ การตัดสินใจและนำไปใช้ ทักษะสื่อสารและการประเมินการรู้เท่าทันสื่อ และการรับรู้ความสามารถและการจัดการสุขภาพตนเอง ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติ งานเกี่ยวกับเครื่องจักรและด้านการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันอันตราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากร ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นพนักงานที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี 2) มีอายุการทำงานในองค์กรไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) อยู่ในช่วงลาพักงานระยะยาว 2) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงของมริสสา กองสมบัติสุข [2] เรื่องความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม โดยกำหนดค่า Effect size เท่ากับ 0.15 ค่า α เท่ากับ 0.05 และค่า β เท่ากับ 0.80 ซึ่งคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นจำนวน 273 คน เพื่อให้การวิจัยที่ทำเกิดความผิดพลาดในการศึกษาน้อยที่สุดและคงไว้ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอและเหมาะสมในการวิเคราะห์ผลการวิจัย เมื่อเกิดการสูญหาย จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 287 คน (ร้อยละ 5) และใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อพนักงานทั้งหมดในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ขนาดใหญ่แห่งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาการทำงาน ชั่วโมงทำงาน การทำงานล่วงเวลา และประวัติการอบรมด้านสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

2. ส่วนที่ 2 แบบวัดความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัย ใช้แบบวัดความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยของฌาน ปัทมะ พลยง และคณะ [12] ประกอบด้วย 43 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 6 โดเมน

ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การอ่านและทำความเข้าใจ ทักษะสื่อสาร การตัดสินใจและนำไปใช้ การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการสุขภาพตนเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย และ 1 หมายถึง น้อยที่สุด ในข้อคำถามทางบวกให้ 5 คะแนนเมื่อเลือกตอบมากที่สุดและให้ 1 คะแนนเมื่อเลือกตอบน้อยที่สุด เรียงตามลำดับ สำหรับข้อคำถามทางลบได้ให้ค่าคะแนนกลับกัน เกณฑ์การแปลผลคะแนนความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง มีความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง มีความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยในระดับสูง

3. ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ใช้แบบประเมินพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของสุนทรี เลิศล้ำ[13] ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานบริษัท โรเดียไทย โฮลดิ้งส์ จำกัด ประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม ครอบคลุมพฤติกรรมความปลอดภัย 2 ด้านคือ ด้านการปฏิบัติงานเกี่ยวกับเครื่องจักรและด้านการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันอันตรายลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นจากทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ พบค่า IOC เท่ากับ 0.91 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวิจัย โดยนำแบบวัดความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยและแบบประเมินพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่ผ่านการไปทดลองใช้ (Try out) กับพนักงานในสถานประกอบ การธุรกิจรถยนต์อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ พบว่า แบบวัดความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยและแบบประเมินพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha) เท่ากับ 0.82 และ 0.83 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยและระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation

Coefficient) การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ใช้เกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Hinkle[14] ดังนี้ r = 0.90 - 1.00 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก r = 0.70 - 0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง r = 0.50 - 0.70 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง r = 0.30 - 0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ และ r = 0.00 - 0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 03.004 วันที่ 31 มีนาคม 2568

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.3 มีอายุเฉลี่ย 35.74 ปี (S.D. = 8.93) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 40.4) มีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 7.82 ปี (S.D. = 5.61) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการทำงาน 1-5 ปี (ร้อยละ 42.5) ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 8.73 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 1.25) โดยส่วนใหญ่ทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 70.7) มีการทำงานล่วงเวลาเฉลี่ย 4.85 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (S.D. = 4.32) ส่วนใหญ่ทำงานล่วงเวลา 1-5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 39.0) และส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 49.8)

ส่วนที่ 2 ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์

ความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.74, S.D. = 0.58) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 1) การรับรู้ความสามารถและการจัดการสุขภาพตนเอง 2) ด้านการตัดสินใจและนำไปใช้ และ 3) ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (Mean = 3.91, S.D. = 0.66; Mean = 3.81, S.D. = 0.70; Mean = 3.78, S.D. = 0.69 ตามลำดับ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 1) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านการอ่านและทำความเข้าใจ (Mean = 3.54, S.D. = 0.78; Mean = 3.65, S.D. = 0.72 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์

พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.25, S.D. = 0.31) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการปฏิบัติงานเกี่ยวกับเครื่องจักร รองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันอันตราย (Mean = 4.26, S.D. = 0.23; Mean = 4.25, S.D. = 0.17 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ พบว่า ความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.126$, $p < 0.05$ และเมื่อวิเคราะห์รายด้านระหว่างความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ด้านการปฏิบัติงานเกี่ยวกับเครื่องจักรพบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์สูงสุดคือ 1) การรู้เท่าทันสื่อ และ 2) การอ่านและทำความเข้าใจ โดยพบว่ามี

ความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.347, r = 0.207 ตามลำดับ) ส่วนด้านที่มีความสัมพันธ์ต่ำสุดคือ 1) การรับรู้ความสามารถและการจัดการสุขภาพตนเอง และ 2) การตัดสินใจและนำไปใช้ โดยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.013, r = -0.057 ตามลำดับ)

สำหรับความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ด้านการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันอันตรายพบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์สูงสุดคือ 1) การตัดสินใจและนำไปใช้ และ 2) การอ่านและทำความเข้าใจ โดยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.215, r = -0.201 ตามลำดับ) ส่วนด้านที่มีความสัมพันธ์ต่ำสุดคือ 1) ทักษะสื่อสารและการประเมิน และ 2) การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ โดยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.009, r = 0.085 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์โดยรวมและรายด้าน (n = 287)

ความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัย	พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน	
	ด้านการปฏิบัติงานเกี่ยวกับเครื่องจักร	ด้านการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันอันตราย
1. การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ	-0.057*	0.085*
2. การอ่านและทำความเข้าใจ	0.207*	-0.201*
3. การตัดสินใจและนำไปใช้	0.064*	-0.215*
4. ทักษะสื่อสารและการประเมิน	0.128*	0.009*
5. การรู้เท่าทันสื่อ	0.347*	-0.099*
6. การรับรู้ความสามารถและการจัดการสุขภาพตนเอง	-0.013*	0.199*
ความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยโดยภาพรวม	0.126*	

* $p<.05$

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพนักงานเป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.3) อยู่ในช่วงอายุทำงานหลัก 31-40 ปี (ร้อยละ 40.4) และ 18-30 ปี (ร้อยละ 34.1) โดยมีอายุเฉลี่ย 35.74 ปี ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของแรงงานในอุตสาหกรรมยานยนต์ที่เป็นพนักงานวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคนที่มีประสบการณ์การทำงานค่อนข้างจำกัด โดยร้อยละ 42.5 มีประสบการณ์เพียง 1-5 ปี ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความเชี่ยวชาญและความตระหนักด้านความปลอดภัยในการทำงาน แต่ถึงแม้ว่าพนักงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.4) จะเคยได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแล้ว มีเพียงร้อยละ 14.6 เท่านั้นที่ไม่เคยได้รับการอบรม และ ร้อยละ 49.8 เคยได้รับการอบรม 1-2 ครั้ง ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าองค์กรให้ความสำคัญกับการอบรมด้านความปลอดภัย แต่ความถี่ของการอบรมอาจยังไม่เพียงพอต่อการสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมความปลอดภัยที่เหมาะสม

ด้านระดับความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัย ผลการศึกษาพบว่าพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์มีความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัย

ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง สอดสอดคล้องกับการศึกษาของ Duangduan[15] ที่ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในนิคมอุตสาหกรรม พบว่าพนักงานมีความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากอุตสาหกรรมยานยนต์เป็นอุตสาหกรรมที่มีมาตรฐานความปลอดภัยสูง มีการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เป็นระบบ รวมถึงมีการอบรมพนักงานอย่างสม่ำเสมอ และการที่ด้านการรับรู้ความสามารถและการจัดการสุขภาพตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงสุด สะท้อนให้เห็นว่าพนักงานมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพและจัดการกับความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura's Self-Efficacy Theory ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ[16] อย่างไรก็ตาม การรู้เท่าทันสื่อยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนา เนื่องจากในยุคดิจิทัลที่มีข้อมูลข่าวสารมากมาย ทักษะในการประเมินและคัดกรองข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะข้อมูลด้านความปลอดภัยและสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ban & Kim[17] ที่พบว่าการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

ด้านพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานอยู่ในระดับสูงทั้งสองด้าน แสดงให้เห็นว่าพนักงานมีการปฏิบัติตามมาตรฐานของความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Priolo[18] ที่พบว่าพนักงานในอุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงสูงมักจะมีพฤติกรรมความปลอดภัยที่ดี เมื่อองค์กรมีนโยบายและระบบการจัดการความปลอดภัยที่ชัดเจน การที่พฤติกรรมด้านการปฏิบัติงานเกี่ยวกับเครื่องจักรมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากการทำงานกับเครื่องจักรมีความเสี่ยงที่เห็นได้ชัดเจน พนักงานจึงมีความระมัดระวังมากกว่า

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอด ภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์ พบความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันระหว่างความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน 2 ด้าน โดยในด้านการปฏิบัติงานเกี่ยวกับเครื่องจักร ความรอบรู้สุขภาพส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทฤษฎีพฤติกรรมปลอดภัย (Behavior Based Safety Theory: BBS) ซึ่งเป็นวิธีการที่มีจุดมุ่งหมายในการดูแลความปลอดภัยโดยการบูรณาการหลักการของพฤติกรรมศาสตร์ คุณภาพ และการพัฒนาองค์กร เข้ากับการบริหารจัดการความปลอดภัย มุ่งเน้นไปที่บุคคลนั้นทำอะไร วิเคราะห์ว่าทำไมถึงทำเช่นนั้น และจากนั้นจึงใช้เทคนิคเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการบาดเจ็บของพนักงาน อันจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ปลอดภัยมากขึ้น[19] แต่ในด้านการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันอันตราย กลับพบความสัมพันธ์ทางลบในบางองค์ประกอบ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ที่มีความรู้มากอาจมีความมั่นใจเกินไปและอาจละเลยการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลหรือการปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด

การรู้เท่าทันสื่อที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงที่สุดกับการปฏิบัติงานเกี่ยวกับเครื่องจักร แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีทักษะในการประเมินและคัดกรองข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการใช้เครื่องจักร ถือเป็นทักษะที่สำคัญในยุคดิจิทัล ซึ่งมีข้อมูลข่าวสารที่มีมากมายและหลากหลาย ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน และเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการ

พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานที่ครอบคลุมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม โดยต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของแต่ละประเภทของพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัย พบความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันระหว่างองค์ประกอบของความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมความปลอดภัยสองด้าน โดยพบว่าการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดกับการปฏิบัติงานเกี่ยวกับเครื่องจักร แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันอันตราย แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของความสัมพันธ์นี้ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีทักษะในการประเมินข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ สามารถเรียนรู้วิธีการใช้เครื่องจักรอย่างปลอดภัยได้ดี แต่อาจมีความเชื่อมั่นมากเกินไปจนละเลยการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Overconfidence Bias ของ Chen[20] ที่ได้ศึกษาไว้ในบริบทของความปลอดภัยในการทำงาน อีกทั้งความสัมพันธ์ทางลบที่พบในบางองค์ประกอบ ซึ่งการพบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการอ่านและทำความเข้าใจ และการตัดสินใจและนำไปใช้กับพฤติกรรมการป้องกันอันตราย อาจสะท้อนถึงปรากฏการณ์ Knowledge Action Gap ที่ Penulis[21] ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของคนงานกับการกระทำที่ไม่ปลอดภัย อธิบายไว้ว่า ยิ่งคนงานมีความรู้ด้านความปลอดภัยมากเท่าไหร่ โอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในที่ทำงานก็ยิ่งลดลงเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การศึกษายังชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญว่าการมีความรู้อย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะประกันว่าพนักงานจะปฏิบัติตัวอย่างปลอดภัยเสมอไป เพราะบางครั้งแม้จะรู้ว่าอะไรถูกอะไรผิด แต่การทางปฏิบัติจริง พฤติกรรมอาจไม่ได้เป็นไปตามความรู้ที่มีกล่าวคือ ความรู้เป็นรากฐานสำคัญของความปลอดภัย แต่การเปลี่ยนความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงนั้นมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น แรงจูงใจ วัฒนธรรมองค์กร หรือสภาพแวดล้อมในการทำงาน

สรุป

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับแนวคิดที่เชื่อว่าความรอบรู้สุขภาพสูงจะนำไปสู่พฤติกรรมความปลอดภัยที่ดีขึ้นเสมอ แต่กลับพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมความปลอดภัยนั้นมีความซับซ้อนและอาจขึ้นอยู่กับบริบทของงาน ลักษณะของความเสี่ยง และลักษณะเฉพาะของพฤติกรรมความปลอดภัยในแต่ละด้าน และต้องคำนึงถึงความสมดุลระหว่างการให้ความรู้และการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมถึงการพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ เช่น ภาระงาน การฝึกอบรม และประสบการณ์การทำงานที่มีอิทธิพลต่อความปลอดภัยในการทำงาน นอกจากนี้องค์กรควรสร้างแผนงานด้านความปลอดภัยที่มีหลากหลายวิธีและครอบคลุมทุกด้าน เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ยั่งยืนในสถานประกอบการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยให้เหมาะสมกับประเภทงานและความเสี่ยงเฉพาะ โดยเฉพาะการอบรมเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ เนื่องจากมีความสัมพันธ์ในระดับสูงที่สุดกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานกับเครื่องจักร โดยอาจพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายในการให้ข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เช่น แอปพลิเคชันมือถือ วิดีโอสั้นอินโฟกราฟิก เพื่อให้เข้าถึงพนักงานทุกกลุ่ม

2. ควรออกแบบหลักสูตรการฝึกอบรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริง การสร้างสถานการณ์จำลอง และการสะท้อนคิด เพื่อป้องกันปัญหาความมั่นใจเกินไปที่อาจนำไปสู่การละเลยมาตรการความปลอดภัยในการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ทางลบระหว่างบางองค์ประกอบของความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมความปลอดภัย

2. ควรทำการศึกษาระยะยาว เพื่อติดตามผลของการเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมความปลอดภัย รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

ข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในอุตสาหกรรมยานยนต์ ซึ่งอาจไม่สามารถนำผลที่ได้ไปใช้ในอุตสาหกรรมอื่น ๆ ได้โดยตรง เช่น อุตสาหกรรมอาหาร สิ่งทอ หรือก่อสร้าง เนื่องจากลักษณะงาน ความเสี่ยง และสภาพแวดล้อมการทำงานนั้นมีความแตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ฟารอน หัตถประดิษฐ์, โสภา บุญละออ, ขนิษฐา อมประนาม.(2565). พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานโรงงานไม้ยางพาราในจังหวัดนครศรีธรรมราช. Journal of Health Science of Thailand. 2565;31(1):27-35.
2. Kongsombatsuk M, Polyong CP, Rittideah D.(2020). Occupational health literacy affecting work-related disease and injury prevention behaviors among industrial workers. Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University. 2020;3(2):112-20.
3. International Labour Organization.(2019). Safety and health at work [Internet]. 2019 [cited 2025 Mar 11]. Available from: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40protrav/%40safework/documents/publication/wcms_687610.pdf
4. Haslam C, O'Hara J, Kazi A, Twumasi R, Haslam R.(2016). Proactive occupational safety and health management: Promoting good health and good business. Safety Science. 2016;81:99-108.
5. Goetsch DL.(2011). Occupational safety and health for technologists, engineers, and managers. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2011.
6. Fuller R.(2005). Towards a general theory of driver behaviour. Accid Anal Prev. 2005;37(3):461-72.
7. อรวรรณ นามมนตรี.(2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy). วารสารทันตาภิบาล. 2561;29(1):122-8.
8. Hochmuth N, Sorensen K.(2021). Corporate application of health literacy. Health Lit Res Pract. 2021;5(3):218-25.
9. World Health Organization. Health literacy: the solid facts [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 [cited 2025 Mar 11]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf
10. Maimahad N, Kongtawelert A, Yogyorn D, Nanthamongkolchai S.(2022). Occupational health literacy and safety behavior of operation workers: a case study of block rubber industry, Thailand. Public Health Policy and Laws Journal. 2022;8(3):427-42.
11. Friedrich J, Rupp M, Feng YS, Sudeck G.(2024). Occupational health literacy and work ability: a moderation analysis including interpersonal and organizational factors in healthy organizations. Front Public Health. 2024;12:1243138.

12. Polyong CP.(2020). Validation of the occupational health literacy test for industrial workforce. Journal of Safety and Health. 2020;13(2):140-57.
13. สุนทรี เลิศล้ำ.(2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานบริษัท โรเดีย ไทย โฮลดิ้งส์ จำกัด [การศึกษาค้นคว้าอิสระ]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.
14. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG.(1998). Applied statistics for the behavioral sciences. 2nd ed. Boston: Houghton Mifflin; 1998.
15. Rittideah D, Polyong CP, Kongsombatsuk M.(2021). Personal factors and occupational health literacy affecting health promoting behaviors of employees in Map Ta Phut industrial estate, Rayong Province. Journal of Health Science Research. 2021;15(2):13-24.
16. Bandura A.(1997). Self-efficacy: the exercise of control. New York: Worth Publishers; 1997.
17. Ban S, Kim Y, Seomun G.(2024). Digital health literacy: a concept analysis. Digit Health. 2024;10:20552076241287894.
18. Priolo G, Vignoli M, Nielsen K.(2025). Risk perception and safety behaviors in high-risk workers: a systematic literature review. Safety Science. 2025;186:106811.
19. Bennett JD.(1997). Loss prevention system: a guide to understanding, implementing, and managing the behavior process necessary to prevent personal injuries, occupational illnesses, equipment damage, operational inefficiencies, regulatory assessments, product quality incidents. Rockville, MD: Government Institutes; 1997.
20. Chen Y, Ofosu E, Veeraraghavan M, Zolotoy L.(2023). Does CEO overconfidence affect workplace safety? Journal of Corporate Finance. 2023;82:102430.
21. Widajati CShafira W, Widajati N.(2025). Literature review: relationship between workers knowledge with unsafe action. Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2025.

ปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ส่งผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570

The Policy Implementation Factors Influencing the Perceptions of Strategic Plan for Developing of the Praboromarajchanok Institute 2025-2027

(Received: September 17,2025 ; Revised: September 24,2025 ; Accepted: September 26,2025)

หทัยรัตน์ เศรษฐวนิช[1]
Hathairat Settavanit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ส่งผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ.2568-2570 เป็นการวิจัยแบบสำรวจ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรของสถาบันพระบรมราชชนกที่ปฏิบัติหน้าที่ใน สบช.ส่วนกลาง คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ จำนวน 366 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และมีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และผลทดสอบสมมติฐานพบว่า ปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติด้านการให้รางวัล ด้านการให้ความสนับสนุนจากผู้บริหาร ด้านการตรวจสอบ/ กำกับดูแล/ ประเมินผล ด้านการจัดองค์กร ด้านการประชุม/ ฝึกอบรม/ สัมมนา และด้านการเผยแพร่ข่าวสารนโยบาย มีผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 โดยตัวแปรทั้ง 6 สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ.2568-2570 ได้ร้อยละ 70

คำสำคัญ: นโยบาย, การปฏิบัติ, การรับรู้, แผนยุทธศาสตร์

Abstract

The purposes of this study was to the policy implementation factors influencing the perceptions of strategic plan for developing of the Praboromarajchanok Institute 2025-2027. This research is Survey Research methods. The sample consisted of 366 personnel from Central Office of PI, Faculty of Nursing, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, and the Faculty of Medicine working at Praboromarajchanok Institute from a random cluster sampling method. The instrument used for collecting the data was questionnaire. Data analysis was performed by descriptive statistics and inferential statistics: frequency, percentage, means, standard deviations, Pearson's correlation coefficients, and multiple regression analysis.

The results showed that the overall of the policy implementation factors and the perceptions of strategic plan for developing were at high level. Hypothesis testing revealed that the Reward, executive support, inspection/ supervision/ evaluation, organization, meetings/ trainings/ seminar and dissemination policy variables had a significant influence on the perceptions of strategic plan for developing of the Praboromarajchanok Institute 2025-2027. The six variables could predict the perceptions of strategic plan for developing at 70 percent.

Keywords: Policy, Implementation, Perception, Strategic Plan

บทนำ

การนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยผลักดันให้นโยบายได้รับการรับรู้

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กองยุทธศาสตร์และวิเทศสัมพันธ์ สถาบันพระบรมราชชนก

เข้าใจ ยอมรับ และสร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้ปฏิบัติตามนโยบาย และการรับรู้ที่ดีของผู้ปฏิบัติตามนโยบายก็เป็นเครื่องมือที่ทำให้นโยบายได้รับความสำเร็จในที่สุดในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ผู้กำหนดและผู้ปฏิบัตินโยบายจะต้องมีความชัดเจนเรื่องค์ประกอบของนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ปฏิบัตินโยบายจะต้องเข้าใจและสามารถแปลความหมายของนโยบายได้อย่างถูกต้อง โดยผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญกับการสร้างความชัดเจนในนโยบาย โดยเฉพาะเมื่อนโยบายมีลักษณะเชิงอุดมการณ์หรือทฤษฎี ซึ่งอาจทำให้เกิดความเข้าใจที่หลากหลายหรือตีความผิดได้

นโยบายจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญของผู้บริหารในการขับเคลื่อนองค์การ ซึ่งหากขาดกลไกในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผล นโยบายก็เป็นเพียงข้อแถลงบนแผ่นกระดาษ และกลายเป็นตัวบ่งชี้ทางการบริหารที่แสดงถึงความด้อยประสิทธิภาพทางการบริหารจัดการได้ การดำเนินการนำนโยบายสู่การปฏิบัติจึงเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก ที่ต้องใช้เวลา ทรัพยากรและความสามารถของบุคลากรผู้ที่นำไปปฏิบัติ โดยในการดำเนินการอาจมีการปรับปรุงโครงสร้างขององค์การ แก้ไขระเบียบกฎหมายที่รองรับการปฏิบัติ ตลอดจนการจัดหาทรัพยากรต่าง ๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ที่ใช้เพื่อการปฏิบัติตามนโบายให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้[1]

โดยสถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลักที่สำคัญในการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพ และเป็นสถานศึกษาเฉพาะทางด้านสุขภาพที่จัดการศึกษาด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ เป็นองค์การที่ให้ความสำคัญกับการนำนโยบายทางการศึกษาไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ เนื่องจากที่ผ่านมานโยบายที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาหลายนโยบายถูกนำมาบังคับใช้ แต่ในทางปฏิบัติกลับยังพบอุปสรรคหลายประการที่ทำให้การปฏิบัติยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย ซึ่งการที่บุคลากรจะสามารถปฏิบัติงานตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใดนั้น มีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องหลายประการ ทั้งปัจจัยที่มาจากคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้บุคลากรมีความแตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมแตกต่างกัน และส่งผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันออกไปด้วย[2] และอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญคือ การรับรู้แผนยุทธศาสตร์จากองค์การ เพราะบุคลากรจะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อได้รับคำชื่นชม ยิ่งบุคลากรได้รับคำชมหรือการยอมรับในสิ่งที่ปฏิบัติมากเท่าไร บุคลากรก็จะยิ่งมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายของฝ่ายบริหารและความต้องการขององค์การได้ดีเท่านั้น หากบุคลากรรู้สึกดีเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในองค์การ หรือได้รับค่าตอบแทนอย่างยุติธรรมสำหรับงานที่ปฏิบัติบุคลากรอาจเต็มใจสนับสนุนองค์การมากขึ้น ซึ่งในช่วงที่ฝ่ายบริหารมีการปรับเปลี่ยนแผนยุทธศาสตร์จะทำให้เกิดความท้าทายและการเปลี่ยนแปลงขึ้นในระบบ ความภักดีต่อองค์การจึงเป็นปัจจัยที่สามารถช่วยให้องค์การดำเนินต่อไปได้ตามแผนยุทธศาสตร์แม้ในสถานการณ์ที่ท้าทาย[3,4]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ส่งผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระราชชนก พ.ศ. 2568-2570 เพื่อนำไปเป็นแนวทางการบริหารนโยบายและการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ ทั้งในแง่ของประสิทธิผลการปฏิบัติงานและความพึงพอใจของบุคลากร ทำให้บุคลากรเชื่อมั่นในสถาบันฯ และสามารถพัฒนางานการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพให้กับหน่วยงานในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570

2. เพื่อศึกษาการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570

3. เพื่อศึกษาปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ส่งผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ส่งผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรของสถาบันพระบรมราชชนกที่ปฏิบัติหน้าที่ใน สบช.ส่วนกลาง คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ รวมจำนวนทั้งสิ้น 4,265 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรของสถาบันพระบรมราชชนกที่ปฏิบัติหน้าที่ใน สบช.ส่วนกลาง คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ โดยใช้สูตรของ Yamane[5] ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่น 95 % ความคลาดเคลื่อน 5% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 366 คน จากนั้นทำการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยใช้สังกัดหน่วยงานเป็นเกณฑ์ ซึ่งวิธีการสุ่มนี้มีความเชื่อว่าแต่ละกลุ่มเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร จึงมีการเลือกตัวอย่างในสัดส่วนที่เท่า ๆ กันในแต่ละกลุ่มบริเวณ เพื่อให้เกิดการกระจายของตัวอย่าง[6]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ[7,8,9,10] มีลักษณะเป็นแบบสำรวจ และตอนที่ 3 การรับรู้แผนยุทธศาสตร์[11,12,13]

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ 1) การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ 2) การวิเคราะห์ปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และการรับรู้แผนยุทธศาสตร์ โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเพื่อทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และ 4) การวิเคราะห์ปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ส่งผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์ฯ โดยใช้ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis - MRA)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวมซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง โดยและงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขที่หนังสือรับรอง EC 015-2568

ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ส่งผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570 ผู้วิจัยสามารถจำแนกผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผลจากการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า บุคลากรของสถาบันพระบรมราชชนก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.40 มีอายุระหว่าง 45-60 ปี ร้อยละ 37.43 จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 38.52 โดยเป็นข้าราชการ ร้อยละ 48.91 ที่ปฏิบัติงานในสายวิชาการ ร้อยละ 51.37 ในตำแหน่งอาจารย์ ร้อยละ 46.72 และประสบการณ์การทำงานในสถาบันพระบรมราชชนก 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 32.79

2. ผลการศึกษาปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติสถาบันพระบรมราชชนก โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.80) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการตรวจสอบ/ กำกับดูแล/ ประเมินผล มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{x}$ = 3.89) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านการเผยแพร่ข่าวสารนโยบาย ($\bar{x}$ = 3.87) ด้านการให้ความสนับสนุนจากผู้บริหาร, ด้านการประชุม/ ฝึกอบรม/ สัมมนา ($\bar{x}$ = 3.83) ด้านการใช้คู่มือการปฏิบัติงาน ($\bar{x}$= 3.79) ด้านการจัดองค์กร ($\bar{x}$= 3.77) และด้านการให้รางวัล ($\bar{x}$= 3.62) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.62) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความมั่นคงในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{x}$ = 3.72) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านความรู้ในงานและโอกาสก้าวหน้า ($\bar{x}$ = 3.70) ด้านสภาพการทำงาน ($\bar{x}$ = 3.69) ด้านจิตอารมณ์ ($\bar{x}$= 3.66) อยู่ในระดับมาก และด้านผลตอบแทนและสวัสดิการ ($\bar{x}$= 3.35) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

3. ผลการศึกษาปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ส่งผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ.2568-2570 เพื่อทดสอบสมมติฐาน

3.1 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ การเผยแพร่ข่าวสารนโยบาย, การให้ความสนับสนุนจากผู้บริหาร, การจัดองค์กร, การประชุม/ ฝึกอบรม/ สัมมนา, การใช้คู่มือการปฏิบัติงาน, การตรวจสอบ/ กำกับดูแล/ ประเมินผล และการให้รางวัล กับตัวแปรการรับรู้แผนยุทธศาสตร์ โดยใช้สถิติค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ต้นแปรต้นทั้ง 7 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน โดยพบว่าไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่มีค่าความสัมพันธ์กันเองในระดับสูงเกิน .85 (ค่า r = < .85)[14] ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น โดยใช้สถิติค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. การเผยแพร่ข่าวสารนโยบาย	1							
2. การให้ความสนับสนุนจากผู้บริหาร	.84**	1						
3. การจัดองค์กร	.82**	.84**	1					
4. การประชุม/ ฝึกอบรม/ สัมมนา	.73**	.78**	.84**	1				
5. การใช้คู่มือการปฏิบัติงาน	.75**	.78**	.85**	.83**	1			
6. การตรวจสอบ/ กำกับดูแล/ ประเมินผล	.79**	.82**	.84**	.81**	.84**	1		
7. การให้รางวัล	.56**	.64**	.70**	.71**	.67**	.68**	1	
8. การรับรู้แผนยุทธศาสตร์	.63**	.74**	.76**	.75**	.71**	.75**	.75**	1

** $p < .01$

3.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ส่งผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570 เพื่อทดสอบสมมติฐานสามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

สมมติฐาน ปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570 แตกต่างกัน

H_0: ปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ไม่มีผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570

H_1: ปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ มีผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันฯ

แหล่งความแปรปรวน	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*Sig.*
Regression	136.82	7	19.55	121.36**	.00
Residual	57.66	358	.16		
Total	194.49	365			

*** p < .01*

จากตารางที่ 2 พบว่า ความถดถอยพหุคูณการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยเทคนิค Enter มีค่า Sig. เท่ากับ .00 ซึ่งน้อยกว่า .01 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า การรับรู้แผนยุทธศาสตร์ฯ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับกลุ่มตัวแปรต้น คือ ปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสามารถสร้างสมการเส้นตรงได้ ซึ่งจากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณสามารถคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณได้ดังนี้

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย และนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างการรับรู้แผนยุทธศาสตร์ฯ กับปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ จำแนกตามรายด้าน

ตัวแปร	*B*	*SE*	β	*t*	Sig
ค่าคงที่ (Constant)	.38	.12		3.15	.00
การเผยแพร่ข่าวสารนโยบาย (X_1)	.13	.06	.14	2.36*	.02
การให้ความสนับสนุนจากผู้บริหาร (X_2)	.22	.07	.22	3.32**	.00
การจัดองค์กร (X_3)	.17	.07	.17	2.30*	.02
การประชุม/ ฝึกอบรม/ สัมมนา (X_4)	.15	.06	.15	2.43*	.02
การใช้คู่มือการปฏิบัติงาน (X_5)	-.01	.06	-.01	-.21	.83
การตรวจสอบ/ กำกับดูแล/ ประเมินผล (X_6)	.20	.07	.21	3.05**	.00
การให้รางวัล (X_7)	.27	.04	.33	7.52**	.00
r = .84	$Adj\ R^2$ = .70		R^2 = .70		
F = 121.36	SE = .40		$Sig.$ = .00		

*** p < .05, ** p < .01*

จากตารางที่ 3 พบว่า ตัวแปรปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ มีผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 คือ การเผยแพร่ข่าวสารนโยบาย (.13) การให้ความสนับสนุนจากผู้บริหาร (.22) การจัดองค์กร (.17) การประชุม/ ฝึกอบรม/ สัมมนา (.15) การตรวจสอบ/ กำกับดูแล/ ประเมินผล (.20) และการให้รางวัล (.27) โดยตัวแปร 6 ตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้แผนยุทธศาสตร์ฯ ได้ร้อยละ 70 (R^2 = .70) และค่า *Sig.* เท่ากับ .00 ผู้วิจัยจึงได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (*B*) ของตัวทำนายมาเขียนเป็นสมการความสัมพันธ์ของปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ มีผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570 ดังนี้

$$\hat{Y} = .38 + (.13)X_1^* + (.22)X_2^{**} + (.17)X_3^* + (.15)X_4^* - (.01)X_5 + (.20)X_6^{**} + (.27)X_7^{**}$$

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ มีประเด็นที่ควรนำมาอภิปรายผล 3 ประเด็น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติสถาบันพระบรมราชชนก โดยรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะสถาบันพระบรมราชชนกมีระบบการตรวจสอบ กำกับดูแล และประเมินผลที่เข้มแข็งและต่อเนื่อง โดยสถาบันฯ ได้ดำเนินการควบคุมและติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้แน่ใจว่านโยบายและแนวทางการพัฒนาถูกนำไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งระบบการติดตามผลนี้ช่วยให้สามารถประเมินความก้าวหน้าและแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานของบุคลากรได้ทันท่วงที ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและเป็นไปตามแผนที่วางไว้ เพราะการตรวจสอบและประเมินผลอย่างต่อเนื่องช่วยสร้างความรับผิดชอบและความโปร่งใสในกระบวนการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรและผู้บริหารของสถาบันฯ มีความตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามนโยบายอย่างเคร่งครัด และสามารถปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงส่งผลให้ปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติสถาบันพระบรมราชชนก อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Krause et al.[15] ที่พบว่า ระบบการติดตามและประเมินผลที่มีความเข้มแข็งสามารถเพิ่มความโปร่งใสและความรับผิดชอบของบุคลากรในองค์การได้ ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพและผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานในองค์การภาครัฐและเอกชนให้สูงขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee and Kim[16] ที่พบว่า การดำเนินการตรวจสอบและประเมินผลอย่างต่อเนื่องช่วยสร้างวัฒนธรรมของความรับผิดชอบและความโปร่งใสในองค์การ โดยเฉพาะในภาคส่วนที่เน้นการพัฒนานโยบายและการบริหารจัดการแบบเชิงกลยุทธ์ ซึ่งจะทำให้บุคลากรมีแรงจูงใจในการรักษามาตรฐานการปฏิบัติงานและพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้การบริหารจัดการและการพัฒนานโยบายมีความเป็นระบบและมีแนวทางที่ชัดเจน ดังนั้นระบบการติดตามและประเมินผลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างและผลักดันทำให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของสถาบันพระบรมราชชนกประสบความสำเร็จโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคที่การบริหารจัดการต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงและความท้าทายที่เกิดขึ้นอยู่ต่อเนื่อง

2. การรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570 โดยรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะสถาบันพระบรมราชชนกให้ความสำคัญกับการรักษาสิทธิและความเป็นธรรมของบุคลากรของสถาบันฯ ซึ่งเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากรว่า จะไม่ถูกปลดหรือเลิกจ้างโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เสริมสร้างบรรยากาศให้มีความเชื่อมั่นและความภักดีต่อสถาบันฯ นอกจากนี้บุคลากรรับรู้ได้ว่าสถาบันฯ มีนโยบายที่สนับสนุนการทำงาน มีความมั่นคง สามารถเป็นที่พึ่งได้ ดังนั้นเมื่อบุคลากรได้รับรู้ว่าแผนยุทธศาสตร์ของสถาบันมีความชัดเจนและเน้นความเป็นธรรม จึงมีความมุ่งมั่นปฏิบัติงานตามนโยบายอย่างเต็มความสามารถ ซึ่งส่งผลให้ผลผลิตและคุณภาพงานของสถาบันฯ เพิ่มขึ้น อีกทั้งความมั่นคงในการปฏิบัติงานยังสนับสนุนการพัฒนาทักษะและความก้าวหน้าในอาชีพ เนื่องจากบุคลากรไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงของการสูญเสียงาน จึงสามารถมุ่งเน้นพัฒนาตนเองและทำงานได้อย่างเต็มที่ การส่งเสริมความมั่นคงในงานเช่นนี้จึงช่วยลดความเครียด เพิ่มความพึงพอใจ และกระตุ้นให้บุคลากรมุ่งมั่นทำงานตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งหมดนี้นำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมองค์การที่เน้นความร่วมมือและ

ความสำเร็จอย่างยั่งยืนในอนาคต ดังนั้นจึงส่งผลให้การรับรู้แผนยุทธศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570 อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Smith, Johnson and Lee[17] ที่พบว่า เมื่อบุคลากรรับรู้ว่า องค์กรมีนโยบายที่เป็นธรรมและให้การสนับสนุนในด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน จะทำให้บุคลากรรู้สึกผูกพันกับองค์การในระดับสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลให้องค์การสามารถบรรลุเป้าหมายและดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในระยะยาว และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee, Kim and Park[18] ที่พบว่า การสร้างสิ่งแวดล้อมการทำงานที่มั่นคงและยุติธรรมมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของและความภักดีของบุคลากร ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาทักษะและความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากรในระยะยาว และมีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดผลงานที่ดีขึ้น ทั้งนี้ยังมีผลบวกต่อการลดความเครียดในการปฏิบัติงาน ทำให้มีการรับรู้นโยบายขององค์การและสามารถดำเนินการตามแผนงานขององค์กรที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการมุ่งเสริมสร้างการรับรู้และความมุ่งมั่นของบุคลากรให้เข้มแข็งขึ้นผ่านการสร้างระบบสนับสนุนที่ชัดเจนและกลไกที่เอื้ออำนวยอย่างเต็มที่สำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร จะทำให้การรับรู้แผนยุทธศาสตร์เป็นไปในทางบวก ส่งผลให้มีระดับความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในแผนยุทธศาสตร์ที่สูงขึ้น

3. ปัจจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติด้านการให้รางวัล ด้านการให้ความสนับสนุนจากผู้บริหาร ด้านการตรวจสอบ/ กำกับดูแล/ ประเมินผล ด้านการจัดองค์กร ด้านการประชุม/ ฝึกอบรม/ สัมมนา และด้านการเผยแพร่ข่าวสารนโยบาย มีผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 โดยตัวแปรทั้งหมดนี้สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ.2568-2570 ได้ร้อยละ 70 ทั้งนี้เป็นเพราะสถาบันพระบรมราชชนกสร้างแรงจูงใจและความชัดเจนในแนวทางการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรของสถาบันฯ ทำให้บุคลากรเห็นความสำคัญและเป้าหมายของนโยบายที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ยังมีระบบการตรวจสอบ กำกับดูแล และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพช่วยให้บุคลากรได้รับการติดตามและปรับปรุงการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บุคลากรเข้าใจและตระหนักถึงหน้าที่และความรับผิดชอบของตนได้อย่างชัดเจน รวมถึงการสนับสนุนการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะและความรู้ให้กับบุคลากร ช่วยเพิ่มศักยภาพในการทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และสถาบันฯ มีการเผยแพร่ข่าวสารนโยบายอย่างชัดเจนและทั่วถึง ซึ่งทำให้บุคลากรตระหนักรู้และเข้าใจต่อแผนยุทธศาสตร์ที่ดำเนินการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่บุคลากรได้รับรางวัลและแรงจูงใจที่เหมาะสม จะกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์อย่างตั้งใจและมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ปัจจัยเหล่านี้จึงส่งผลสำคัญต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2568-2570 อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chen, Wang and Li[19] ที่พบว่า การสร้างแรงจูงใจผ่านการให้รางวัลและการสื่อสารนโยบายอย่างชัดเจนมีผลสำคัญต่อการเพิ่มความผูกพันและความเข้าใจในเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานที่องค์การต้องการให้บรรลุผลสำเร็จ ขณะเดียวกันยังทำให้บุคลากรรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินงาน จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งตรงกับความพยายามของสถาบันพระบรมราชชนกในการสร้างแรงจูงใจและสื่อสารนโยบายอย่างชัดเจนให้กับบุคลากร ส่งผลให้บุคลากรมีความเข้าใจในเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ของสถาบันฯ และมีความผูกพันต่อสถาบันฯ เพิ่มสูงขึ้น ทั้งยังเอื้อต่อการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Martinez, Garcia and Patel[20] ที่พบว่า การจัดองค์กรให้เหมาะสมควบคู่ไป

กับการจัดกิจกรรม เช่น การประชุม การฝึกอบรม และสัมมนาเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในระดับต่าง ๆ ขององค์การ เมื่อองค์การมีการวางโครงสร้างที่ชัดเจนและเหมาะสม จะช่วยให้บุคลากรสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการสื่อสารที่ดีขึ้นในทีมงาน ส่งผลต่อการเสริมสร้างการรับรู้และความเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์ขององค์การ ทำให้บุคลากรสามารถปรับตัวได้อย่างรวดเร็วและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรกำหนดกรอบเวลาการประเมินผลที่ยืดหยุ่น โดยไม่จำกัดการประเมินผลเพียงแค่การประเมินประจำปีหรือในช่วงเวลาที่กำหนดเท่านั้น การดำเนินการประเมินอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้บริหารสามารถระบุปัญหาและตรวจสอบสถานะ การดำเนินงานได้อย่างทันท่วงที

2. ควรสร้างคู่มือการปฏิบัติงานในรูปแบบดิจิทัลที่สามารถใช้งานได้ทั้งในรูปแบบเว็บไซต์และแอปพลิเคชัน เพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทุกที่ทุกเวลา พร้อมทั้งจัดเตรียมฟังก์ชันการค้นหาที่มีประสิทธิภาพและการอัพเดตข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเกณฑ์การประเมินผลตามแผนยุทธศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อนำข้อมูลมาบูรณาการร่วมกับเทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้การประเมินผลมีความแม่นยำและมีประสิทธิภาพ

2. ควรใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการและทักษะของบุคลากร เพื่อช่วยให้การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมให้ตรงตามความต้องการ และควรให้บุคลากรพร้อมสำหรับการปฏิบัติงานในอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรของสถาบันพระบรมราชชนกที่ปฏิบัติหน้าที่ใน สบช.ส่วนกลาง คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ ในการสนับสนุนการทำวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีและสละเวลาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมภาร ศิโล.(2558). การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ 2558;. 2(1): 1-8.
2. ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์.(2553). จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ; 2553.
3. Rhoades L, Eisenberger R. Perceived organizational support: a review of the literature. The Journal of applied psychology 2002; 87(4): 698–714.
4. Mulder P.(2022). Perceived Organizational Support (POS) [Internet]. 2022 [cited 2025 July 8]. Available from: https://www.toolshero.com/human-resources/perceived-organizational-support-pos/
5. Yamane T.(1973). Statistics: an introductory analysis. New York: Harper. & Row; 1973.
6. สุบิน ยุระรัช.(2559). การเขียนรายงานการวิจัยทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: วิชั่นพรีเพรส; 2559.
7. Pressman J, Wildavsky A.(1973). Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland. Berkeley: University of California Press; 1973.
8. Van Horn CE, Van Meter DS.(1976). Public Policy Making in a Federal System. California: SAGE Publications; 1976.
9. Mazmanian DA, Sabatier PA.(1981). Effective policy implementation. Lexington: Lexington Books; 1981.
10. Brewer GD, DeLeon P.(1983). The foundations of Policy Analysis. Monterey, CA: Brooks/Cole; 1983.

11. Eisenberger R, Huntington R, Hutchison S, Sowa D.(1986). Perceived organizational support. Journal of Applied Psychology 1986; 71(3): 500–507.
12. Gafner J.(2024). Perceived Organizational Support: Definition, Types and Importance [Internet]. 2024 [cited 2025 July 8]. Available from: https://www.indeed.com/career-advice/starting-new-job/perceived-organizational-support#:~:text=Ensuring%20that%20employees%20understand%20that,organizational%20support%20may%20be%20favorable.
13. Keka Solutions.(2025). Perceived Organizational Support (POS) [Internet]. 2025 [cited 2025 July 8]. Available from: https://www.keka.com/glossary/perceived-organizational-support-pos#:~:text=Perceived%20organizational%20support%20or%20POS,satisfaction%20and%20hence%2C%20higher%20productivity
14. Munro BH.(2005). Statistical methods for health care research. 5th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2005.
15. Krause N, et al.(2021). Strengthening accountability in public organizations: The role of continuous performance monitoring. Public Administration Review 2021; 81(3): 496-510.
16. Lee S, Kim H.(2022). Building a culture of transparency and responsibility in policy implementation. Journal of Policy Analysis and Management 2022; 41(1): 123-145.
17. Smith J, Johnson A, Lee K.(2021). Organizational Justice, Job Security, and Employee Engagement: A Longitudinal Study. Journal of Organizational Psychology 2021; 36(2); 123-139.
18. Lee M, Kim S, Park J.(2022). Workplace Safety and Organizational Commitment: The Role of Fairness and Development Opportunities. International Journal of Human Resource Management 2022: 33(4): 567-585.
19. Chen L, Wang Y, & Li Q.(2021). Impact of motivational strategies and communication on organizational commitment in Chinese enterprises. Journal of Business Psychology 2021; 36(3): 543-557.
20. Martinez L, Garcia M, Patel R.(2023). Organizational Structure and Communication Strategies in Strategic Planning. International Journal of Business Communication 2023; 60(1): 45-63.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ อายุ 0-5 ปี บ้านทุ่งพัฒนา ตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

Development of Community Nursing Innovation to Enhance Basic Immunization among Ethnic Children Aged 0–5 Years in Ban Thung Phatthana, Wiang Subdistrict, Chiang Khong District, Chiang Rai Province.

(Received: July 27,2025 ; Revised: September 20,2025 ; Accepted: September 21,2025)

วารุณี อุดมพล[1]
Warunee Udompon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่มารับวัคซีนตามเกณฑ์ช่วงอายุ และความต้องการการพัฒนาการพยาบาลชุมชนในเด็กกลุ่มชาติพันธุ์อายุ 0–5 ปี (2) พัฒนานวัตกรรมการพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน และ (3) ทดลองใช้และประเมินผลการใช้นวัตกรรมในพื้นที่บ้านทุ่งพัฒนา ตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ปกครอง และประชาชนในพื้นที่ด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า เด็กกลุ่มชาติพันธุ์มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการวัคซีนจากปัจจัยทางภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ ความเชื่อทางวัฒนธรรม การไม่มีเอกสารประจำตัว และขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ ผู้ปกครองต้องการระบบแจ้งเตือนล่วงหน้า การติดตามผ่านสื่อออนไลน์ และบริการสนับสนุนการเดินทาง นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมการบริหารจัดการ การประสานงาน การสื่อสารสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการทดลองใช้นวัตกรรมพบว่า ระดับความรู้ ทัศนคติ และอัตราการได้รับวัคซีนของเด็กกลุ่มชาติพันธุ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: นวัตกรรมการพยาบาลชุมชน ภูมิคุ้มกันโรค เด็กกลุ่มชาติพันธุ์

Abstract

This research was action research. The objectives are (1) to study the current situation, factors affecting the non-vaccination according to the age criteria, and the need for community nursing development in ethnic children aged 0–5 years, (2) to develop community nursing innovations to strengthen basic immunity, and (3) to test and evaluate the use of innovations in Ban Tung Phatthana, Wiang Subdistrict, Chiang Khong District, Chiang Rai Province. The sample group consisted of 30 parents of children aged 0–5 years. Data were collected from public health volunteers, parents, and local people using interviews and questionnaires. Qualitative data were analyzed using descriptive analysis, and quantitative data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results of the study found that ethnic children have limited access to vaccination services due to factors such as geography, economy, cultural beliefs, lack of identification documents, and lack of effective tracking systems. Parents need advance notification systems, online tracking, and travel support services. The developed innovations cover management, coordination, health communication, and community participation. The results of the innovation trial found that the knowledge, attitudes, and vaccination rates of ethnic children increased significantly at a statistical level of 0.05.

Keywords: Community nursing innovation, disease immunity, ethnic children

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

บทนำ

สถานการณ์การได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 0-5 ปี ของจังหวัดเชียงรายยังคงเป็นปัญหาสำคัญ จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย[1] พบว่าอัตราการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในภาพรวมของจังหวัดอยู่ที่ร้อยละ 85.3 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 90 โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอเชียงของ ที่มีอัตราการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 78.6 สถานการณ์มีความน่าวิตกมากขึ้นเมื่อพิจารณาเฉพาะในพื้นที่บ้านทุ่งพัฒนา ซึ่งมีประชากรเด็กกลุ่มชาติพันธุ์อายุ 0-5 ปี จำนวน 183 คน พบว่ามีอัตราการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 65.2 เมื่อจำแนกตามกลุ่มชาติพันธุ์พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์ม้งมีอัตราการได้รับวัคซีนต่ำที่สุดที่ร้อยละ 58.4 รองลงมาคือกลุ่มชาติพันธุ์เย้าร้อยละ 67.3 และกลุ่มชาติพันธุ์ขมุร้อยละ 69.8 ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนในเด็กกลุ่มชาติพันธุ์หลายการศึกษา อาทิ การศึกษาของวรรณา กุมารจันทร์ และคณะ[2] ที่ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการวัคซีนในชุมชนชาวเขาจังหวัดตาก โดยใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสื่อสารสองทาง ผลการศึกษาพบว่าสามารถเพิ่มอัตราการได้รับวัคซีนจากร้อยละ 72.5 เป็นร้อยละ 86.3 สอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ พื้นดี และคณะ[3] ที่พัฒนาโปรแกรมการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับการใช้ล่ามแปลภาษาในชุมชนชาวกะเหรี่ยง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าสามารถเพิ่มอัตราการได้รับวัคซีนได้ร้อยละ 12.8

นอกจากนี้ การศึกษาของสมหญิง ลมูลพักตร์[4] ได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กในชุมชนชาติพันธุ์ลาหู่ จังหวัดเชียงราย โดยใช้แนวคิดการดูแลที่สอดคล้องทางวัฒนธรรม ผลการศึกษาพบว่าการให้ความสำคัญกับความเชื่อและวิถีชีวิตของชุมชน รวมถึงการสร้างความไว้วางใจผ่านผู้นำชุมชนและหมอพื้นบ้าน สามารถเพิ่มการยอมรับบริการสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมายังขาดการพัฒนานวัตกรรมที่บูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะในบริบทที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์และมีข้อจำกัดด้านภูมิศาสตร์เช่นพื้นที่บ้านทุ่งพัฒนา

การศึกษาเชิงคุณภาพของมณฑา เก่งการพานิช และคณะ[5] ในพื้นที่ชายแดนภาคเหนือ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการให้วัคซีนแก่เด็กกลุ่มชาติพันธุ์ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจผ่านผู้นำชุมชนและปราชญ์ชาวบ้าน 2) การจัดบริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเชื่อ 3) การสร้างเครือข่ายการทำงานในชุมชน และ 4) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ WHO[6] ที่พบว่าการเพิ่มอัตราการได้รับวัคซีนในกลุ่มประชากรเปราะบางต้องอาศัยการทำงานแบบมีส่วนร่วม การเคารพในความแตกต่างทางวัฒนธรรม และการสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันของชุมชน

แม้ว่าจะมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบว่าการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีความซับซ้อนทางวัฒนธรรมและข้อจำกัดด้านภูมิศาสตร์ยังเป็นความท้าทาย โดยเฉพาะในพื้นที่บ้านทุ่งพัฒนาที่มีความหลากหลายของกลุ่มชาติพันธุ์ ทั้งม้ง เย้า และขมุ ซึ่งแต่ละกลุ่มมีภาษา ความเชื่อ และวิถีปฏิบัติที่แตกต่างกัน การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลชุมชนที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของแต่ละกลุ่มและสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจึงมีความจำเป็นเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ให้เข้าถึงวัคซีนได้อย่างครอบคลุมและเท่าเทียม ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัวในระยะยาว สอดคล้องกับเป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ข้อที่ 3 ว่าด้วยการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรเปราะบาง ลักษณะเฉพาะของพื้นที่บ้านทุ่งพัฒนาที่มีความท้าทายทั้งด้านภูมิศาสตร์และความหลากหลายทางวัฒนธรรม ประกอบกับข้อ

ค้นพบจากการศึกษาที่ผ่านมาที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบท จึงเป็นโอกาสในการพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลชุมชนที่จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงวัคซีนของเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ โดยการวิจัยครั้งนี้จะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบแนวทาง การแก้ไข การดำเนินงาน และการประเมินผล ภายใต้การผสมผสานองค์ความรู้ทางการพยาบาลร่วมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการยอมรับและความยั่งยืนในการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่มารับวัคซีนตามเกณฑ์ช่วงอายุในเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ อายุ 0-5 ปี และความต้องการพัฒนาการพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเด็กกลุ่มชาติพันธุ์อายุ 0-5 ปี
2. เพื่อพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเด็กกลุ่มชาติพันธุ์อายุ 0-5 ปี
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลการใช้นวัตกรรมการพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเด็กกลุ่มชาติพันธุ์อายุ 0-5 ปี

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เรื่อง การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเด็กกลุ่มชาติพันธุ์อายุ 0-5ปี บ้านทุ่งพัฒนา ตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ใช้กรอบแนวคิดโดยบูรณาการทฤษฎีระบบ (Systems Theory) ของ Von Bertalanffy[7] เป็นแนวคิดหลักร่วมกับแนวคิดการพยาบาลที่สอดคล้องทางวัฒนธรรม (Culturally Congruent Care) ของ Leininger[8] และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ของ Cohen & Uphoff[9] เพื่อพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมการได้รับวัคซีนในเด็กกลุ่มชาติพันธุ์) โดยการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณ ระยะเวลาดำเนินการทำวิจัย ตั้งแต่ เดือน มกราคม- ธันวาคม 2567 ซึ่งแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาสภาพปัจจุบันและปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่มารับวัคซีน

ผู้ให้ข้อมูล สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 21 คน ซึ่งประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข 11 คน แกนนำชุมชน 2 คน และผู้ปกครองที่ไม่ได้พาบุตรหลานมารับวัคซีน 5 คน

เครื่องมือวิจัย: แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยอิงจากแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่มารับวัคซีน และความต้องการของชุมชน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยแบบสัมภาษณ์ทุกข้อได้ค่า IOC เท่ากับ 0.99

ระยะที่ 2: การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลชุมชน

วิธีการศึกษา: วิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 เพื่อออกแบบร่างนวัตกรรม และจัดการสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus Group Discussion) กับผู้เชี่ยวชาญ 10 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมของนวัตกรรม

เครื่องมือวิจัย: แบบประเมินความเหมาะสมของนวัตกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ความเหมาะสมทางวิชาการ ความถูกต้อง ประโยชน์ใช้สอย และความเป็นไปได้

ระยะที่ 3: การทดลองใช้และประเมินผล

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 30 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cohen[8] กำหนด Effect Size = 0.8 Power = 0.80 α = 0.05

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กกลุ่มชาติพันธุ์อายุ 0 -5 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยไม่น้อย

กว่า 6 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างเต็มใจ

เกณฑ์คัดออก เพื่อป้องกันความไม่ต่อเนื่องของข้อมูล โดยไม่รวมผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ ผู้ที่มีแผนย้ายที่อยู่ระหว่างการวิจัย และกรณีเด็กมีข้อห้ามทางการแพทย์ในการรับวัคซีน

เครื่องมือวิจัย: แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และการมารับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

เครื่องมือวิจัยและความน่าเชื่อถือ: เครื่องมือวิจัยที่ใช้พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยแบบสอบถามทุกข้อมีค่า IOC เท่ากับ 0.99 สำหรับการทดสอบความเที่ยง (Reliability) ทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยแบบสอบถามทัศนคติมีค่าความเชื่อมั่นแบบ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.97ส่วนแบบสอบถามความรู้ มีค่า KR-20 = 0.85

วิธีการดำเนินการวิจัย

1.ระยะเตรียมการ

1.1 ขออนุญาตดำเนินการวิจัยและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.2 ประสานงานกับผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.3 จัดเตรียมเครื่องมือและทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

2. ระยะดำเนินการ

2.1 เก็บรวบรวมข้อมูลสภาพปัจจุบันและความต้องการผ่านการสัมภาษณ์

2.2 พัฒนานวัตกรรมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.3 ทดลองใช้นวัตกรรมและเก็บข้อมูลประเมินผล

3. ระยะประเมินผล

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

3.2 สรุปผลการวิจัยและจัดทำข้อเสนอแนะ

3.3 นำเสนอผลการวิจัยแก่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ระยะที่ 1) วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จัดหมวดหมู่ข้อมูล (Categorizing) ตามประเด็นที่ศึกษา ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (ระยะที่ 2 และ 3) สถิติการแจกแจง: ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน: Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลังการทดลอง

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (เลขที่ 75/2567) ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ โดยผู้วิจัยยึดหลักการศึกษาวิจัยในมนุษย์ทุกประการ

ผลการศึกษา

ในระยะที่ 1 พบว่าเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ประสบปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะด้านภูมิศาสตร์ที่เป็นพื้นที่สูง การคมนาคมลำบาก สภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย รวมถึงข้อจำกัดด้านความเชื่อทางวัฒนธรรม เศรษฐานะ และการไม่มีเอกสารประจำตัว นอกจากนี้ยังพบปัญหาการขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่จำกัด ส่งผลให้เด็กไม่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ ด้านความต้องการพัฒนา ชุมชนต้องการชุดความรู้ ระบบแจ้งเตือน การติดตามโดย อสม. และการสนับสนุนด้านการเดินทาง

จากผลการศึกษาดังกล่าว นำไปสู่การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลชุมชน ในระยะที่ 2 ที่ครอบคลุม 4 ด้านสำคัญ ได้แก่ การบริหารจัดการ การประสานความร่วมมือ การสื่อสารสุขภาพ และการสร้างการมีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 13 ขั้นตอน ตั้งแต่การติดตามแบบเรียลไทม์ผ่าน

ระบบดิจิทัล การประสานงานกับแกนนำชุมชน การติดตามเชิงรุก การสื่อสารกับผู้ปกครอง ไปจนถึงการสร้างความยั่งยืนและการประเมินผล การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเด็กกลุ่มชาติพันธุ์อายุ 0-5 ปี บ้านทุ่งพัฒนา ตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยดำเนินการโดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่านวัตกรรมการพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเด็กกลุ่มชาติพันธุ์อายุ 0-5 ปี บ้านทุ่งพัฒนา ตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ครอบคลุม การบริหารจัดการ การประสานความร่วมมือ การสื่อสารสุขภาพ และการสร้างการมีส่วนร่วมมีขั้นตอนของกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การติดตามแบบเรียลไทม์ผ่านระบบดิจิทัล

• พยาบาลชุมชน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จัดตั้งกลุ่มไลน์ "แกนนำวัคซีนชุมชนทุ่งพัฒนา"

• ติดตามสถานะการฉีดวัคซีนผ่านระบบฐานข้อมูลดิจิทัลที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล

• แจ้งเตือนกำหนดการฉีดวัคซีนผ่านไลน์และโทรศัพท์สำหรับครอบครัวที่ไม่มีสมาร์ทโฟน

• บันทึกข้อมูลวัคซีนแบบเรียลไทม์เพื่อให้ทีมพยาบาลสามารถวางแผนติดตามได้ทันที

2. การประสานงานกับแกนนำชุมชน

• คัดเลือกและอบรมแกนนำ "หมอวัคซีน" ซึ่งเป็น อสม. และผู้ปกครองที่มีความเข้าใจเรื่องวัคซีน

• พยาบาลชุมชน ประสาน อสม.หมอวัคซีน จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เป็นภาษาชนเผ่า ให้แกนนำชุมชน ประกาศเสียงตามสายแนะนำความรู้เรื่องวัคซีนแก่ผู้ปกครองเด็ก ในวันพุธ และเสาร์ ตอนเย็นทุกสัปดาห์ และติดตามรายชื่อเด็กขาดนัดวัคซีน

• ประสานงานแกนนำชุมชน ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อการเรียนรู้ ได้แก่ วีซีดี สื่อความรู้เรื่องวัคซีนเป็นภาษาชนเผ่า

3. การติดตามเชิงรุกในชุมชน

• อสม.หมอวัคซีน ติดตามการนัดหมายการรับวัคซีนของเด็กในความรับผิดชอบของตนเอง ส่งข้อมูลรายการวัคซีนที่เด็กฉีดและการนัดหมาย ทุก 3 เดือน ส่งข้อมูลผ่านกลุ่มไลน์

• พยาบาลชุมชนติดตามถ่ายภาพสมุดวัคซีน ตรวจสอบการได้รับวัคซีน และลงข้อมูลวัคซีนเด็กให้เรียลไทม์ กรณีเด็กย้ายและรับวัคซีนที่อื่น หรือลงข้อมูลสถานการณ์ย้าย กรณีเด็กย้ายออกไปนอกพื้นที่ทุกวันศุกร์

• วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อค้นหาเด็กที่ขาดวัคซีนและวางแผนติดตามรายกรณี

4. การสื่อสารกับผู้ปกครอง

• ตั้งกลุ่ม Facebook Messenger และกลุ่มไลน์ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน

• ส่งสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่ายในภาษาท้องถิ่น

• แจ้งเตือนกำหนดการฉีดวัคซีนล่วงหน้า 2 วันก่อนถึงวันนัดหมาย ทุกสัปดาห์

• เปิดช่องทางให้คำปรึกษาด้านวัคซีนจากพยาบาลชุมชน กรณีขาดนัดวัคซีน ต้อการวันหมายครั้งต่อไป หรือ เด็กไม่สบาย ผู้ปกครองติดภารกิจมาตามนัดรับวัคซีนเด็กไม่ได้ พยาบาลชุมชน แจ้งวันนัดหมาย
ใหม่ หรือต้องการปรึกษาเรื่องวัคซีน

5. การเยี่ยมบ้านกรณีพิเศษ

• พยาบาลชุมชนร่วมกับแกนนำหมอวัคซีนและล่ามเยี่ยมบ้านในกรณีที่ผู้ปกครองปฏิเสธวัคซีน

• รับฟังปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขร่วมกับครอบครัว

• บันทึกข้อมูลและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

6. การประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

• ประชุมร่วมกับเทศบาลเพื่อวางแผนสนับสนุนการฉีดวัคซีน

• รณรงค์สร้างความเข้าใจเรื่องวัคซีนผ่านกิจกรรมชุมชน

• ประสาน ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อติดตามวัคซีนเด็ก โดยขอความร่วมมือคุณครูเพื่อตรวจสอบการรับวัคซีน และการนัดหมายครั้งต่อไป

7. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลชุมชน

• จัดทำทะเบียนเด็ก 0-5 ปี แยกตามกลุ่มชาติพันธุ์ และ กลุ่มของ อสม.ที่รับผิดชอบ

• พยาบาลชุมชนบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนในระบบคอมพิวเตอร์

• วิเคราะห์ข้อมูลความครอบคลุมวัคซีนรายเดือนและนำเสนอแก่ชุมชน

8. การสร้างแรงจูงใจในชุมชน

• มอบใบประกาศเกียรติคุณให้แก่ครอบครัวต้นแบบ

• จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปกครอง เรื่องประสบการณ์เกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็ก และผลข้างเคียงของการได้รับวัคซีน

• ให้ของที่ระลึกแก่เด็กที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์

9. การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน

• อบรมแกนนำหมอวัคซีนทุก 6 เดือน

• ฝึกทักษะการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เช่น ม้ง เย้า ขมุ

• สอนการใช้แอพพลิเคชันติดตามวัคซีนเด็ก การเข้าไปดูประวัติวัคซีน การถ่ายภาพส่งปดระวัติวัคซีนในกลุ่มไลน์

10. การจัดการความรู้ในชุมชน

• อบรมให้ความรู้เรื่องวัคซีน แก่ผู้ปกครองเด็ก 0-5ปี

• ผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ในภาษาท้องถิ่น

• จัดนิทรรศการวัคซีนในงานประเพณีชุมชน ได้แก่ วันปีใหม่ชนเผ่า

• สร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชน ได้แก่ ชนชาติพันธุ์ ในหมู่บ้านใกล้เคียง

11. การประเมินผลและพัฒนาคุณภาพ

• ติดตามอัตราความครอบคลุมวัคซีนรายเดือน รายหมู่บ้าน และรายตำบล

• วิเคราะห์สาเหตุการขาดวัคซีน ได้แก่ ผู้ปกครองลืมนัด เด็กไม่สบาย ไม่มีรถมาส่งฉีดวัคซีน

• ประชุมทีมพยาบาลชุมชนและแกนนำเพื่อปรับปรุงแผนงานทุก 3 เดือน

• จัดทำรายงานประเมินผลทุก 6 เดือน

12. การสร้างความยั่งยืน

• พัฒนาแกนนำรุ่นใหม่อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ แกนนำ อสม.รุ่นใหม่ที่เก่งไอที

• ผนวกการดำเนินงานเข้ากับระบบสุขภาพชุมชน

• ผลักดันให้เป็นนโยบายระดับตำบล ผลักดันให้เป็นมติของหมู่บ้านที่ผู้ปกครองต้องสนใจ ใส่ใจบุตรหลาน เพื่อฉีดวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์

13. การติดตามและประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการ

• ติดตามความครอบคลุมวัคซีนรายเดือน

• ประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง

• วิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไข

เมื่อนำนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่ามีความเหมาะสมในระดับมาก (M = 4.38, SD = 0.40) แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและมีศักยภาพในการนำไปใช้แก้ปัญหาการเข้าถึงวัคซีนในเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะที่ 3 ผลการศึกษาดังนี้

ตาราง เปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติต่อวัคซีน ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม

ตัวแปร	ก่อนใช้นวัตกรรม (M ± SD)	หลังใช้นวัตกรรม (M ± SD)	t	p-value
ความรู้	4.93 ± 0.64	6.63 ± 0.99	8.1	0.007*
ทัศนคติต่อวัคซีน	2.61 ± 0.55	4.28 ± 0.49	-12.45	0.045*

*ค่า p-value < 0.05

ตารางผลการทดลองระยะที่ 3 พบว่า หลังการใช้นวัตกรรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากระดับปานกลาง (M = 4.93, SD = 0.64) เป็นระดับมาก (M =

6.63, SD = 0.99) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p = 0.007 ซึ่งต่ำกว่าค่าระดับนัยสำคัญ 0.01 นอกจากนี้ ทัศนคติที่มีต่อวัคซีนของกลุ่มตัวอย่างปรับตัวดีขึ้นจากระดับปานกลาง (M = 2.61, SD = 0.55) เป็นระดับมาก (M = 4.28, SD = 0.49) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p = 0.045 ซึ่งต่ำกว่าค่าระดับนัยสำคัญ 0.05 เมื่อพิจารณาด้านพฤติกรรม พบว่าจำนวนเด็กที่มารับวัคซีนหลังการใช้นวัตกรรมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมที่นำมาใช้มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการรับวัคซีนในกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นรูปธรรม ผลการทดลองทั้งหมดแสดงให้เห็นว่านวัตกรรมที่นำมาใช้มีประสิทธิผลในการพัฒนาทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการรับวัคซีน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัจจุบันของสถานการณ์ด้านสุขภาพของเด็กกลุ่มชาติพันธุ์อายุ 0-5 ปี มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม เช่น โรคทางเดินหายใจ โรคท้องร่วง หรือโรคที่เกิดจากการปนเปื้อนของน้ำดื่มและอาหาร ทั้งนี้เป็นผลมาจากการที่ระบบบริการสาธารณสุขยังไม่ได้ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ อีกทั้งชุมชนยังขาดโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณูปโภคที่จำเป็น นอกจากนี้สภาพบ้านเรือนที่แออัดและขาดสุขอนามัยที่ดี รวมทั้งการเข้าถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน (เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ยังไม่ทั่วถึง ซึ่งเป็นผลมาจากข้อจำกัดด้านภาษาและการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับชุมชน และการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กในระดับครอบครัวอาจยังไม่แพร่หลาย ทำให้สุขภาพของเด็กในกลุ่มชาติพันธุ์ไม่ได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ สอดคล้องกับผลการวิจัยของเกศมณี มูลปานันท์[11] พบว่า ประชากรเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความมั่นคงด้านสุขภาพต่ำกว่าประชากรในวัยอื่น

ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่มารับวัคซีนตามเกณฑ์ช่วงอายุในเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ อายุ 0-5 ปี พบว่ามีปัจจัยหลายประการ ได้แก่ 1. ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ที่ส่งผลกระทบรุนแรง เนื่องจากระบบขนส่งในพื้นที่ห่างไกล มีจำกัดและไม่สะดวก 2. สภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม โดยการอยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลและขาดแคลนทรัพยากร ทำให้เด็กในกลุ่มชาติพันธุ์มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพยังคงมีปัญหาในหลายพื้นที่ เนื่องจากขาดการบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพชุมชนกับวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ 4. ปัจจัยด้านความเชื่อทางวัฒนธรรมและศาสนา โดยระบบสาธารณสุขยังขาดการผสมผสานความเชื่อดั้งเดิมเข้ากับการแพทย์สมัยใหม่ 5. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวในกลุ่มชาติพันธุ์บางกลุ่มมีฐานะยากจน ทำให้ไม่มีทรัพยากรเพียงพอในการพาเด็กไปฉีดวัคซีน 6. การไม่มีเอกสารประจำตัวหรือสถานะทางกฎหมาย ซึ่งส่งผลกระทบรุนแรงเพราะระบบการให้บริการยังไม่มีความยืดหยุ่นเพียงพอสำหรับกลุ่มที่ไม่มีเอกสาร 7. การขาดระบบการติดตามและสนับสนุน เนื่องจากยังไม่มีการพัฒนาระบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนชาติพันธุ์ 8. ปัญหาด้านสุขอนามัยและสภาพแวดล้อม และ 9. ปัจจัยการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน สอดคล้องกับผลการวิจัยของฐิติพร พิทักษ์พงศ์ธร และคณะ[12]

ส่วนความต้องการการพัฒนาการพยาบาลชุมชน เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเด็กกลุ่มชาติพันธุ์อายุ 0-5 ปี พบว่า มีความต้องการชุดความรู้หรือกระบวนการสร้างความรู้เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลเด็กหลังฉีดวัคซีน ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างของการสื่อสารสุขภาพที่ยังไม่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม และควรมีการจัดระบบการแจ้งเตือนล่วงหน้าที่มีประสิทธิภาพ ความต้องการนี้เกิดจากวิถีชีวิตที่มีการเคลื่อนย้ายบ่อยของกลุ่มชาติพันธุ์บางกลุ่ม รวมทั้งการพัฒนาที่สำคัญควรเน้นที่การติดตามผู้ปกครองที่ไม่พาเด็กมาฉีดวัคซีน ซึ่งสะท้อน

ถึงความซับซ้อนของอุปสรรคที่ครอบครัวกลุ่มชาติพันธุ์เผชิญ สอดคล้องกับกฤษณา จงสุขวงศ์วาน และคณะ[13]

ผลการพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเด็กกลุ่มชาติพันธุ์อายุ 0-5 ปี พบว่า นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นประสบความสำเร็จเพราะมีการผสมผสานเทคโนโลยีกับการทำงานในพื้นที่อย่างลงตัว โดยเฉพาะในส่วนของการติดตามแบบเรียลไทม์ผ่านระบบดิจิทัล การประสานงานกับแกนนำชุมชนมีประสิทธิภาพเนื่องจากใช้ต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิมในชุมชน และการสื่อสารกับผู้ปกครองประสบความสำเร็จเพราะออกแบบให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและการสื่อสารในชุมชน สอดคล้องกับ กฤษณา จงสุขวงศ์วาน และคณะ[13]

ผลการทดลองใช้นวัตกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากการออกแบบเนื้อหาที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิต รวมถึงการสร้างความไว้วางใจผ่านการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน นอกจากนี้จำนวนเด็กที่มารับวัคซีนที่เพิ่มขึ้นเป็นผลจากการจัดการอุปสรรคแบบองค์รวมทั้งด้านกายภาพและสังคม สอดคล้องกับกฤษณา จงสุขวงศ์วาน และคณะ[12] Hosseinpoor, et al[14] และ Owais, et al[15]

จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมสามารถพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และเพิ่มจำนวนเด็กที่มารับวัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถอธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จดังกล่าวได้อย่างชัดเจน ด้านความรู้ความเข้าใจที่เพิ่มขึ้น เกิดจากการจัดการองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงพื้นฐานความรู้ของชุมชน การพัฒนาสื่อความรู้ที่ใช้ภาษาท้องถิ่นและสื่อที่เข้าใจง่ายเหมาะสมกับกลุ่มชาติพันธุ์ รวมถึงการสื่อสารสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและความเชื่อของชุมชน ระบบการติดตามและการให้ความรู้ยังดำเนินอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทของครอบครัว ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างทั่วถึงและเข้าใจง่าย ด้านทัศนคติที่ดีขึ้น เกิดจากการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนและแกนนำสุขภาพที่เน้นสร้างความเข้าใจในบริบทวัฒนธรรมเฉพาะถิ่น การสร้างแรงจูงใจที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของชุมชน การประสานงานกับองค์กรท้องถิ่นที่ได้รับความเชื่อถือจากชุมชน และการใช้ระบบการสื่อสารดิจิทัลที่ออกแบบให้เข้ากับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ ซึ่งช่วยส่งเสริมการยอมรับข้อมูลด้านวัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นวัตกรรมนี้ประสบความสำเร็จ เพราะได้รับการออกแบบบนพื้นฐานของความเข้าใจในบริบทชุมชนอย่างลึกซึ้ง มีการผสมผสานระหว่างเทคโนโลยีสมัยใหม่กับภูมิปัญญาท้องถิ่น และมีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้เกิดการยอมรับและความร่วมมือในการดำเนินงาน การจัดการอุปสรรคต่างๆ ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพเพราะมีความเข้าใจในรากของปัญหาและมีแนวทางแก้ไขที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน นอกจากนี้การวางแผนเพื่อความยั่งยืนตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ ทำให้ชุมชนสามารถดำเนินการต่อได้ด้วยตนเองในระยะยาว ผลสำเร็จนี้จึงไม่เพียงสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาเท่านั้น แต่ยังแสดงให้เห็นว่าการพัฒนานวัตกรรมที่คำนึงถึงบริบทเฉพาะของชุมชน ผสมผสานกับการใช้เทคโนโลยีและการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ สามารถแก้ไขปัญหาการเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มชาติพันธุ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการดำเนินงานที่คำนึงถึงทั้งมิติทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจของชุมชนไปพร้อมกัน การศึกษาแสดงให้เห็นว่านวัตกรรมการพยาบาลชุมชนที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพในการเพิ่มอัตราการเข้าถึงวัคซีนพื้นฐานของเด็กกลุ่มชาติพันธุ์อายุ 0–5 ปีในพื้นที่ห่างไกล สะท้อนให้เห็นหลักการสำคัญของการพัฒนานวัตกรรมที่ต้องอิงบริบททางสังคม วัฒนธรรม และภูมิศาสตร์ของพื้นที่เป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนชาติพันธุ์ที่มีข้อจำกัดด้านภาษา ความเชื่อ และสถานะทางกฎหมาย เช่น ไม่มีเอกสารประจำตัว ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานของมณฑา เก่งการพานิช และคณะ[5] ซึ่งศึกษาการให้บริการวัคซีนแก่เด็กกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่ชายแดน

ภาคเหนือ และพบว่าความเข้าใจในบริบทชุมชน การสื่อสารที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าถึงวัคซีน นอกจากนี้ งานของ Owais et al.[15] ยังยืนยันว่าการพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมท้องถิ่นสามารถเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนในชุมชนกลุ่มน้อยทางชาติพันธุ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในขณะที่ผลการวิจัยพบว่า การมีระบบแจ้งเตือนล่วงหน้าและการติดตามผ่านสื่อออนไลน์มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครอง การวิจัยของ นงลักษณ์ พื้นดี และคณะ[3] ก็ชี้ให้เห็นในทำนองเดียวกันว่า การติดตามเยี่ยมบ้านแบบมีแผนส่งผลต่อการเข้าถึงวัคซีนของชาวกะเหรี่ยงในเขตชนบท ซึ่งตอกย้ำความสำคัญของระบบติดตามและสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ

แม้จะมีความสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า แต่ประเด็นที่น่าสังเกตคือ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในชุมชนชาติพันธุ์ยังคงมีข้อจำกัด เช่น ความพร้อมของอุปกรณ์ การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และความรู้ด้านดิจิทัล ซึ่งเป็นข้อโต้แย้งสำคัญที่ต้องพิจารณาในการขยายผล ทั้งนี้ควรมีการสนับสนุนจากภาครัฐหรือภาคเอกชนในการจัดหาเครื่องมือและอบรมการใช้งานเทคโนโลยีพื้นฐานแก่ อสม. และครอบครัว ความสำคัญของการพัฒนานวัตกรรมที่ต้องอิงบริบททางสังคม วัฒนธรรม และภูมิศาสตร์ของพื้นที่เป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนชาติพันธุ์ที่มีข้อจำกัดด้านภาษา ความเชื่อ และสถานะทางกฎหมาย เช่น ไม่มีเอกสารประจำตัว

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงแนวทางสำคัญในการพัฒนางานพยาบาลชุมชนและการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรพิจารณานำนวัตกรรมการพยาบาลชุมชนไปประยุกต์ใช้โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ทั้งด้านวัฒนธรรม วิถีชีวิต และความเชื่อของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ การสื่อสารควรมุ่งเน้นการใช้สื่อออนไลน์ที่เข้าถึงได้ง่ายและเหมาะสมกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ควบคู่กับการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในพื้นที่เพื่อเสริมสร้างพลังขับเคลื่อนทางสังคมที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจสำคัญที่ต้องได้รับการส่งเสริมตลอดกระบวนการ เพื่อสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือ ในการพัฒนาสุขภาพร่วมกัน

นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาวิจัยต่อยอดเพื่อขยายขอบเขตพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวางในระดับนโยบายสุขภาพชุมชน ควรพัฒนาโมเดลการพยาบาลชุมชนอย่างเป็นระบบ และทดสอบความมีประสิทธิผล ด้วยการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง เพื่อยืนยันความเหมาะสมและความคงทนของโมเดลต่อการใช้งานจริงในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างยิ่งต่อผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำปรึกษา แนะนำ และข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าอย่างยิ่งตลอดกระบวนการวิจัย ได้แก่

นายแพทย์ทศพร เทียมพันธ์ กุมารแพทย์ประจำคลินิกฮักเด็ก อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

อาจารย์กุลนรา มณีคันธ์วงษ์ อาจารย์ประจำกลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สำนักวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

นางดลหทัย จตุรคเชนทร์เดชา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย.(2566). รายงานสถานการณ์การได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 0-5 ปี จังหวัดเชียงราย ปี 2566. เชียงราย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย; 2566.

2. วรรณา กุมารจันทร์, คณะ.(2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการวัคซีนในชุมชนชาวเขา จังหวัดตาก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(1):112-123.
3. นงลักษณ์ พื้นดี, คณะ.(2565). ผลของโปรแกรมการติดตามเยี่ยมบ้านต่อการเข้าถึงบริการวัคซีนในชุมชนชาวกะเหรี่ยง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2565;40(2):78-89.
4. สมหญิง ลมูลพักตร์.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กในชุมชนชาติพันธุ์ลาหู่ จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลศาสตร์ และสุขภาพ. 2565;45(2):167-178.
5. มณฑา เก่งการพานิช, คณะ.(2563). การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จในการให้บริการวัคซีนแก่เด็กกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่ชายแดนภาคเหนือ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2563;14(3):284-296.
6. World Health Organization.(2023). Immunization coverage in vulnerable populations: A guidance document. Geneva: WHO Press; 2023.
7. Von Bertalanffy L.(1968). General system theory: Foundations, development, applications. New York: George Braziller; 1968.
8. Leininger MM.(2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. J Transcult Nurs. 2002;13(3):189-192.
9. Cohen JM, Uphoff NT.(1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Development. 1980;8(3):213-235.
10. Von Bertalanffy L.(1968). General system theory: Foundations, development, applications. New York: George Braziller; 1968.
11. เกศมณี มูลปานันท์.(2562). สถานการณ์และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย. วารสารวิจัยสังคม. 2562;12(2):45-62.
12. ฐิติพร พิทักษ์พงศ์ธร, คณะ.(2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชนชาติพันธุ์ในพื้นที่สูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(3):478-489.
13. กฤษณา จงสุขวงศ์วาน, คณะ.(2562). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชนชาติพันธุ์: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงราย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(4):156-167.
14. Hosseinpoor AR, et al.(2019). Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): Software for exploring and comparing health inequalities in countries. BMC Med Res Methodol. 2019;16(1):141.
15. Owais A, et al.(2022) Improving immunization coverage in ethnic minority communities: A systematic review. Vaccine. 2022;40(3):433-443.

การวิจัยเชิงประเมินแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 : A system value-oriented evaluation

An Evaluation Research on Public Health Strategic Development Plan of Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office In Fiscal Year 2024 : A systemic value-oriented evaluation.

(Received: September 17,2025 ; Revised: September 24,2025 ; Accepted: September 26,2025)

พิทักษ์ ทองทวน[1] และชัยชาญ บุญคูณ[1]
Pituk Thongtuan[1] Chaichan Boonkoon[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสภาพปัจจุบัน และประสิทธิผลและผลกระทบของแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการประเมินตั้งแต่เดือนเมษายน-มิถุนายน 2568 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นคณะกรรมการการบริหารแผน/โครงการฯ เจ้าหน้าที่ และประชาชนมาผู้รับบริการที่ได้รับผลกระทบ รวม 627 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึก และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการประเมินพบว่า สภาพปัจจุบัน ระดับคุณภาพ และกระบวนการบริหารแผนโดยรวมอยู่ในระดับมาก การประเมินตัวชี้วัดจากตัวชี้วัดหลักทั้งหมด 62 ตัว พบว่า ตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ 57 ตัว คิดเป็นร้อยละ 91.93 และไม่ผ่านเกณฑ์ 5 ตัว คิดเป็นร้อยละ 8.06 เมื่อพิจารณาผลกระทบเชิงระบบต่อกระบวนการบริหารแผนและโครงการ โดยรวมทุกด้าน พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่ควรปรับปรุงสำหรับการประเมินครั้งนี้ ได้แก่ 1) ด้านความชัดเจนของแผน/โครงการ 2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริการเป็นเลิศ และ 3) ความจำเป็นสำหรับการวิจัยเชิงลึกเพื่อแก้ไขช่องว่าง (Gap analysis)

คำสำคัญ: แผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข; system value-oriented evaluation

Abstract

This study survey research design to assess the current status, effectiveness, and systemic impacts of the Strategic Public Health Development Plan implemented by Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. The evaluation was conducted between April and June 2024 (B.E. 2567). A total of 627 key informants participated in the study, including planning/project management committee members, health officials, and service recipients affected by the implementation. Data were collected using questionnaires, record forms, and focus group discussion guides. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The findings revealed that the current status, quality level, and overall strategic plan management process were at a high level. Out of 62 key performance indicators (KPIs), 57 met the established criteria (91.93%), while 5 did not (8.06%). Regarding systemic impacts on the planning and project management process, the overall mean score was at a high level. The main issues and challenges identified for improvement included: (1) clarity of the plan/projects, (2) excellence in service delivery (Strategic Goal 2), and (3) the need for in-depth research to address existing gaps (gap analysis).

Keywords: strategic public health development plan; system value-oriented evaluation

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

ในยุคโลกาภิวัตน์ที่ขับเคลื่อนโดยความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ[1] เกิดการไหลเวียนของคน ทุน ความรู้ และบริการอย่างไม่เคยมีมาก่อน ส่งผลให้ระบบสุขภาพทั่วโลกต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในมิติสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง[2] พร้อมกันนั้นโครงสร้างประชากรโลกกำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมสูงวัย โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยทำงานลดลง[3] การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้แบบแผนการเจ็บป่วยและสาเหตุการเสียชีวิตเปลี่ยนจากโรคติดต่อสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง และปัญหาสุขภาพจิต[4] นอกจากนี้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปลายปี พ.ศ.2562 ยังสร้างผลกระทบเชิงระบบต่อเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิตของประชาชน รวมถึงสร้างความเครียดอย่างหนักต่อระบบสาธารณสุขไทย[5]

ประกอบกับประเทศไทยปัจจุบันกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) โดยมีประชากรผู้สูงอายุถึง 12,814,778 คน คิดเป็นร้อยละ 19.4 ของประชากรทั้งหมด[6] สวนทางกับจำนวนเด็กเกิดใหม่ที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากเดิมมีเด็กเกิดไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคน ในช่วงปี พ.ศ. 2506 - 2526 ลดลงเหลือ 502,107 คน ในปี 2565 และ2566 จำนวนการเกิดมีแนวโน้มต่ำกว่า500,000 คน[7] สถานการณ์ข้างต้นก่อให้เกิดความท้าทายด้านสุขภาพ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบสาธารณสุขไทยที่ต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนไป จากสาเหตุดังกล่าวชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญของระบบสาธารณสุขไทยที่ยังต้องพัฒนาต่อ คือความเหลื่อมล้ำในการรับบริการ ความแออัด และระยะเวลารอคอยการรักษา[8] โดยเฉพาะโรงพยาบาลในเขตเมือง ตลอดจนโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และคุณภาพการบริการที่ประชาชนได้รับ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาประยุกต์ใช้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งทางตรงและทางอ้อม เกิดความสะดวกในการบริหารจัดการข้อมูล และการบริการด้านสุขภาพในภาพรวมของระบบสาธารณสุขไทย[9]

ในบริบทดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานหลักด้านสุขภาพของประเทศได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579)[10] ซึ่งสอดคล้องกับกรอบนโยบายระดับชาติอื่นๆ ผ่าน 4 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การพัฒนาบริการสุขภาพ การพัฒนาบุคลากรและการบริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล[11] โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาและยกระดับระบบสุขภาพของไทยในทุกมิติทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน การได้รับบริการสุขภาพที่ครบวงจร มีคุณภาพ มาตรฐาน สะดวก รวดเร็ว มีทางเลือกในการเข้ารับการดูแลรักษาที่เหมาะสม สามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้ทุกที่ ทุกหน่วยบริการ โดยมีแนวทางสำคัญ 3 ประการ คือ 1) มุ่งแก้ปัญหา ทั้งความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษาโดยเฉพาะประชากรในเขตเมือง และความขาดแคลนบุคลากร 2) เสริมสร้างความเข้มแข็งและวางรากฐานที่มั่นคงให้กับระบบสุขภาพและการบริการที่ครบวงจร เพิ่มความคล่องตัวในการปฏิบัติงานของบุคลากร และ 3) พลิกบทบาทการสาธารณสุขไทยสู่การเป็นองค์กรที่ช่วยสร้างเศรษฐกิจของประเทศ[12] จากขับเคลื่อนนโยบายข้างต้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้ดำเนินการนามนโยบายโดยการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่จะผลักดันหรือขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์ให้สามารถบรรลุผลสำเร็จและผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างเป็นรูปธรรม กระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติโดย (1) สื่อสารความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและ

สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (2) หน่วยงานทั้งในจังหวัดและอำเภอจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) (3) ดำเนินการบริหารความเสี่ยงของแผนงาน/โครงการสำคัญตามแนวทางมาตรฐาน (4) ถ่ายระดับหรือมอบหมายงานแก่บุคลากร ลงสู่ระดับระดับหน่วยงานและระดับบุคคล[11]

การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ขององค์กรเป็นสิ่งสำคัญ[13] โดยผลการประเมินจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงการจัดทำแผน การประเมินแผนงานหรือโครงการเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ทราบถึงประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดำเนินงานตลอดจนนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง วิธีการประเมินตามแนวคิดของรอสซี่และฟรีแมน (Rossi and Freeman) เป็นการประเมินเพื่อช่วยเสนอสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจสำหรับการบริหารงาน และสามารถทำนายหรือคาดการณ์ (Needs of forecasts) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความซับซ้อนและอาศัยเทคนิควิธีของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ดังนั้นผู้ประเมินจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสมมติฐานที่ตั้งขึ้นเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจหรือการคาดการณ์[14]เหมาะสมต่อไป ขั้นตอนการประเมินจึงประกอบด้วยการระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อทำความเข้าใจความคาดหวังและมุมมองที่หลากหลายการกำหนดประเด็นการประเมินจากความสนใจของผู้เกี่ยวข้องแทนที่จะยึดตามตัวชี้วัดที่กำหนดจากบนลงล่างการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณ โดยเฉพาะข้อมูลที่สะท้อนประสบการณ์และบริบทการทำงานการวิเคราะห์และนำเสนอผลในรูปแบบที่เข้าใจง่ายเพื่อให้ผู้ตัดสินใจและผู้ปฏิบัติงานนำไปใช้ได้จริง[15] ทั้งนี้จุดเด่นของแนวคิดนี้มีความหมายต่อผู้ปฏิบัติงาน เพราะคำนึงถึงบริบทจริงและความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียช่วยให้เห็นกระบวนการทำงาน ไม่เพียงแต่ผลลัพธ์สุดท้าย ทำให้ทราบจุดแข็งและจุดอ่อนที่อาจถูกมองข้าม ยืดหยุ่น สามารถปรับวิธีการประเมินให้เหมาะสมกับสถานการณ์ แต่มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาใช้เวลานานและทรัพยากร เนื่องจากต้องเก็บข้อมูลเชิงลึกและให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มผลการประเมินอาจเปรียบเทียบระหว่างโครงการได้ยาก เพราะเน้นบริบทเฉพาะมากกว่าตัวชี้วัดมาตรฐานอาจเกิดอคติในการตีความ หากผู้ประเมินหรือผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองที่แตกต่างกันมาก

การประเมินผลแผนงานตามแนวคิดของรอสซี่และฟรีแมน (Rossi and Freeman)[14] เหมาะสำหรับโครงการที่ต้องการความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับกระบวนการทำงานและผลกระทบที่มีต่อผู้เกี่ยวข้อง แม้จะมีข้อจำกัดในด้านเวลาและความซับซ้อน แต่ก็เป็นแนวทางที่ช่วยให้การประเมินมีความหมายและนำไปสู่การพัฒนาอย่างแท้จริง เช่นเดียวกับการประเมินแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจากงานวิจัยของ Smith และคณะ[16] ได้ประเมินแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ซึ่งเป็นวิกฤตสุขภาพระดับโลกที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ประเทศที่สามารถปรับแผนยุทธศาสตร์ให้มีความยืดหยุ่นและเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนมีอัตราการรับมือกับการระบาดที่ดีกว่า ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าในสถานการณ์วิกฤตแผนยุทธศาสตร์ที่ดีย่อมต้องสามารถปรับตัวได้ตามสถานการณ์ และที่สำคัญคือต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม ในมิติของการประเมินผลเชิงระบบ งานวิจัยของ Lee และ Brown[17]ได้นำเสนอการใช้กรอบ Balanced Scorecard (BSC) ในการประเมินแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของสหราชอาณาจักร การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากรอบการประเมินที่พิจารณาหลายมิติ ทั้งด้านการเงิน การบริการผู้ป่วย กระบวนการภายใน และการพัฒนาองค์กร สามารถให้ภาพที่สมบูรณ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ อย่างไรก็ตามงานวิจัยก็ชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดบางประการโดยเฉพาะในด้านการรวบรวมข้อมูลบางประเภท เช่น ตัวชี้วัดด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งยังคงเป็นความท้าทายในการประเมินผล

นอกจากนั้นยังพบว่างานวิจัยของ Garcia และคณะ[18] ที่ได้ศึกษาการประเมินแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลในภูมิภาคแอฟริกาและเอเชียใต้ ผลการศึกษาพบว่าแม้จะมีการลงทุนในระบบสุขภาพดิจิทัลเพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่หลายประเทศยังประสบปัญหาด้านโครงสร้างพื้นฐานและขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะเพียงพอ งานวิจัยนี้เสนอแนะว่าการประเมินความพร้อมของประเทศก่อนการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์จะเป็นแนวทางที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อความล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญ บทเรียนจากงานวิจัยทั้งสามเรื่องนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขที่ต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายด้าน ทั้งบริบทเฉพาะของแต่ละประเทศ ความยืดหยุ่นในการปรับตัวต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน และความพร้อมด้านทรัพยากร ที่น่าสนใจคือ งานวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นแนวโน้มที่ชัดเจนว่าการประเมินแผนยุทธศาสตร์ในยุคปัจจุบันต้องอาศัยทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และคุณภาพเพื่อให้ได้ภาพที่สมบูรณ์ของสถานการณ์จริง

จากการทบทวนเอกสารดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินประเมินแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี การประเมินแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Plan Evaluation) เป็นกระบวนการสำคัญที่มีประโยชน์หลายประการอันเป็นตรวจสอบความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กรและระบุความคลาดเคลื่อนระหว่างแผนกับการปฏิบัติจริง วัดผลสำเร็จและประสิทธิภาพของแผนโดยประเมินผลลัพธ์เทียบกับตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPIs) และวิเคราะห์การใช้ทรัพยากร ซึ่งช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือขององค์กร ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาองค์กรจากความสำเร็จและข้อผิดพลาด นำไปสู่การพัฒนาศักยภาพทีมงานและระบบการทำงานและปรับแผนให้ทันสมัยและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม เช่น เศรษฐกิจ เทคโนโลยี หรือกฎหมาย เพื่อให้กลยุทธ์ยังคงเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินสภาพปัจจุบัน และประสิทธิผลและผลกระทบของแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยการประเมินแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีครั้งนี้ใช้วิธีการประเมินตามแนวคิดของรอสซี่และฟรีแมน (Rossi and Freeman)[14]เหมาะสมต่อไป และการวิจัยครั้งนี้จะเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี และทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้ประเมินได้นำเสนอขั้นตอนการดำเนินการจำแนกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลและแหล่งข้อมูล 2)เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน 3) การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.ข้อมูลและแหล่งข้อมูล ข้อมูลและแหล่งข้อในการประเมินแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ แล่งข้อมูลจากเอกสารและแหล่งข้อมูลจากบุคคลโดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 แหล่งข้อมูลจากเอกสารประกอบด้วยเอกสาร/หลักฐานของแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนา จำนวน 4 Excellence ได้แก่ (1) แผนงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) (2) แผนงานบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) (3) แผนงานบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ (4) แผนงานบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

1.2 แหล่งข้อมูลบุคคล ประกอบด้วยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากแบบสอบถาม และกลุ่มการสนทนาได้แก่ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย

1) คณะกรรมการการบริหารแผน/โครงการฯ ระดับจังหวัด จำนวน 45 คน 2) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบแผน/โครงการ ระดับอำเภอ และ สสจ. จำนวน 70 คน และ 3) ประชาชนมาผู้รับบริการที่ได้รับผลกระทบจากแผน/โครงการ จำนวน 25 เครือข่ายสุขภาพฯ ละ 30 คน รวมจำนวน 500 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม เพื่อตรวจสอบผลการประเมิน และให้ข้อเสนอแนะ ประกอบด้วยคณะกรรมการบริหารแผนฯ ระดับจังหวัด จำนวน 12 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เนื่องจากการประเมินครั้งนี้ใช้การสังเคราะห์เอกสารรายงานการประเมินภายในเป็นหลัก เครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบสอบถาม 4 ฉบับ รายงานการประเมินแผน/โครงการ 1 ฉบับ และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม 1 ฉบับ โดยมีการสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการ และผลลัพธ์ของแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

ขั้นที่ 2 ศึกษาวิธีสร้างแบบสอบถามและกำหนดรูปแบบบสอบถามจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

ขั้นที่ 3 สร้างแบบสอบถามเป็นชนิดมาตรวัดประมาณค่า(Rating scales) 5 ระดับ จำนวน 4 ฉบับ และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม จำนวน 1 ฉบับ

ขั้นที่ 4 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเหมาะสมของข้อความอย่างน้อย 5 คน เพื่อให้สามารถควบคุม chance agreement ได้ ทำให้ผลการพิจารณามีนัยสำคัญ[19] ที่มีคุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์ด้านการบริหารสาธารณสุข 2 คน ด้านการบริการเชิงกลยุทธ์ 2 คน และด้านการประเมินผล ผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 1 คน ควรมีความรู้หรือประสบการณ์ด้านการพัฒนาเครื่องมือ[20]

ขั้นที่ 5 ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำผลการทดลองใช้แบบสอบถามมาหาคุณภาพเครื่องมือประเมิน

ขั้นที่ 6 หาคุณภาพของแบบตอบถามเป็นรายข้อ ได้แก่ การหาค่าความตรง (Validity) โดยใช้วิธีของโรวิเนลลีและแฮมเบิลตัน[21]มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป คัดเลือกแบบสอบถามข้อนั้นไว้ได้ แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุง หรือตัดทิ้งพบว่าได้ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.80-1.00 ทุกฉบับ

ขั้นที่ 7 นำแบบสอบถามที่ตัดเลือกไว้ในขั้นที่ 6 มาหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ได้แก่ ค่าเที่ยงตรง (Reliability) ทั้งฉบับด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.83, 0.89, 0.82 และ 0.92 ตามลำดับ

ขั้นที่ 8 พิมพ์แบบสอบถามเป็นฉบับจริงเพื่อนำไปเก็บข้อมูล

3.การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการดังนี้

3.1 รวบรวมเอกสาร หลักฐานและรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขและแผนงานย่อย

3.2 การคัดลอกสถิติข้อมูลแผน/โครงการและผู้รับบริการ

3.3 การสังเกตการณ์การทำกิจกรรมในพื้นที่เป้าหมายในแต่ละแผนงาน/โครงการ

3.4 เก็บรวบรวมข้อมูล ฉบับที่ 1 และ 2 จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารแผนงานและผู้รับผิดชอบบริหารแผนงาน และผู้รับผิดชอบแผน/โครงการ แล้วตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หลังจากนั้นนำไปลงรหัสและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล STATA version 15.0

3.5 การรวบรวมข้อมูลเอกสารการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการต่างๆ เอกสารสัญญาขออนุมัติแผนงาน รายงานความก้าวหน้าของแผน/โครงการ คู่มือการปฏิบัติงานของแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารแผน/โครงการ คณะกรรมการกำกับทิศทางแผน เอกสารการขออนุมัติทุนสนับสนุนโครงการย่อย และรายงานการประเมินภายใน

3.6 ผู้ประสานงานแต่ละเครือข่ายสุขภาพเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการ ฉบับที่ 4 แต่ละเครือข่ายสุขภาพ เครือข่ายละ 20 คน รวม 500 คน และนัดเก็บแบบสอบถามหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ แล้วตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แล้วนำไปลงรหัสและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล STATA version 15.0

3.7 การสนทนากลุ่มคณะกรรมการบริหารแผน/โครงการเพื่อสรุปผลกระทบของ แผน/โครงการ
และวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

4.การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้ วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และ 2) แบบสอบถามฉบับที่ 1, 2, 3 และ 5 วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำค่าเฉลี่ยมาเทียบกับเกณฑ์การแปลระดับค่าเฉลี่ยออกเป็นช่วง[22]

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัย

ผลการประเมิน ผลการประเมินแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขมีผลการประเมินดังนี้

1.ผลการวิเคราะห์สภาพปัจจุบันของแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

1.1 สภาพปัจจุบันของแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข จากการประเมินสภาพปัจจุบันของแผนยุทธศาสตร์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน พบว่า สภาพปัจจุบันของแผนยุทธศาสตร์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean= 4.15, SD=0.32) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในทุกด้านอยู่ในระดับมาก (mean= 4.27, SD =0.44) รองลงมา คือ ด้านเวลา (Time) อยู่ในระดับมาก (mean =4.22, SD= 0.66) ด้านเทคโนโลยี (Technology) อยู่ในระดับมาก (mean= 4.16, SD= 0.51) เฉลี่ยโดยรวม ของแผนยุทธศาสตร์อยู่ในระดับมาก (mean 4.15, SD 0.32) ด้านคน (Man) อยู่ในระดับมาก (mean =4.05, =SD 0.61) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าด้านงบประมาณ (Money) มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (mean= 4.05, SD= 0.69)

1.2 ผลการประเมินคุณภาพของแผนยุทธศาสตร์ พบว่า คุณภาพของแผนยุทธศาสตร์โดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean= 4.07, SD= 0.43) ซึ่งบ่งชี้ว่าแผนยุทธศาสตร์ที่ได้รับการประเมินมีคุณภาพสูงโดยรวม และการประเมินคุณภาพของแผนเหล่านั้นมีความสอดคล้อง ไม่แตกต่างกันมากนักในแต่ละคุณลักษณะที่ถูกประเมิน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) ถือเป็นว่าจุดเด่นที่สำคัญที่สุดของแผนยุทธศาสตร์ที่ได้รับการประเมิน เนื่องจากมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ประเมินส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่ากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนอยู่ในระดับที่ดีเยี่ยม ยิ่งไปกว่านั้นด้านการประเมินผล (Evaluability) ก็เป็นอีกหนึ่งคุณลักษณะที่โดดเด่นเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยสูงเป็นอันดับสองรองจากด้านการมีส่วนร่วม สิ่งนี้บ่งชี้ว่าแผนยุทธศาสตร์ได้รับการออกแบบมาให้สามารถประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ประเมินส่วนใหญ่ก็มี

ความเห็นสอดคล้องกัน ส่วนของด้านความสมเหตุสมผล (Rationality) แผนยุทธศาสตร์มีค่าเฉลี่ย (mean=4.15,SD= 0.85) ด้านความสอดคล้อง (Alignment) แผนยุทธศาสตร์มีค่าเฉลี่ย (mean=4.00,SD=0.85) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ดีและมีความสอดคล้อง อย่างไรก็ตามด้านความชัดเจน (Clarity)ถือเป็นจุดที่ควรพิจารณาเป็นพิเศษแม้ว่าระดับคุณภาพจะยังอยู่ในเกณฑ์มาก แต่คุณลักษณะนี้มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับคุณลักษณะอื่น ๆ ทั้งหมด (mean=3.86,SD=1.07) ซึ่งบ่งชี้ว่ามีความหลากหลายหรือความไม่สอดคล้องในการรับรู้ด้านความชัดเจนของแผนยุทธศาสตร์ค่อนข้างมาก อาจเป็นประเด็นที่จำเป็นต้องปรับปรุงเพื่อให้แผนมีความเข้าใจและตีความได้ตรงกันมากยิ่งขึ้นในอนาคต ในทำนองเดียวกันด้านความยืดหยุ่น (Adaptability) ก็มีค่าเฉลี่ยที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับคุณลักษณะอื่น ๆ (mean=3.94, SD= 0.81)

1.3 กระบวนการดำเนินงานตามแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่ากระบวนการบริหารแผน/โครงการมีการนำไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (mean=4.07, SD=0.43) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน เมื่อเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุดไปน้อยพบว่า ด้านการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายลงสู่บุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean= 4.29,SD=0.67) แสดงให้เห็นว่ามีการนำไปปฏิบัติในระดับมากที่สุด รองลงมาคือด้านการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) (mean= 4.18,SD=0.65) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าด้านการสื่อสารความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (mean= 3.85,SD=1.10) แต่ยังคงอยู่ในระดับมาก

2.ผลการประเมินผลลัพธ์ของแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

2.1 สรุปผลการประเมินตัวชี้วัดหลัก จากผลการประเมินตัวชี้วัดหลักทั้ง 62 ตัว พบว่า มีจำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 91.93 และไม่ผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 8.06 ซึ่งสะท้อนถึงภาพรวมการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายในระดับที่น่าพึงพอใจ เมื่อพิจารณารายยุทธศาสตร์ พบว่า ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค มีสัดส่วนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์สูงที่สุด คือ ร้อยละ 95.45 ขณะที่ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการบริการเป็นเลิศ พบว่า มีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านมากที่สุด คือ ร้อยละ 11.54 ซึ่งนับเป็นจุดที่ควรให้ความสำคัญในการปรับปรุงกระบวนการบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นสำหรับยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ มีตัวชี้วัดเพียง 3 ตัว แต่สามารถผ่านเกณฑ์ได้ทั้งหมด แสดงให้เห็นถึงการบริหารจัดการด้านบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ และยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการบริหารด้วยธรรมาภิบาล แม้จะมีตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ถึงร้อยละ 90.91 แต่ยังคงมีบางประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนา เช่น การส่งเสริมความโปร่งใส และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจ

2.2 ผลการศึกษาผลกระทบจากแผนพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพ จากการศึกษาความคิดเห็นของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 500 คน เกี่ยวกับผลกระทบเชิงระบบของกระบวนการบริหารแผนและโครงการด้านสุขภาพพบว่า โดยรวมทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (mean= 4.50,SD=0.47) แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานในภาพรวมสามารถสร้างผลกระทบต่อระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงบริการ (mean= 4.51,SD=0.64) แสดงให้เห็นว่าประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ส่วนด้านความเท่าเทียมในการได้รับบริการและด้านระบบบริการและการส่งต่อ ก็มีระดับผลกระทบในระดับมากที่สุดเช่นกัน สะท้อนให้เห็นถึงระบบบริการที่เป็นธรรมและมีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา ขณะที่ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและด้านธรรมาภิบาล แม้จะได้รับการประเมินในระดับมากแต่ยังไม่ถึงระดับมากที่สุดซึ่ง

ชี้ให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนา โดยเฉพาะการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทในกระบวนการตัดสินใจ และการเสริมสร้างกลไกการบริหารจัดการที่เปิดเผย โปร่งใส และตรวจสอบได้

2.3 ข้อสรุปจากการสนทนากลุ่มพบข้อจำกัดและประเด็นที่ควรปรับปรุง ดังนี้ 1)ด้านความชัดเจนของแผนฯ ยังเป็นจุดที่ควรพัฒนาเป็นพิเศษ แม้จะยังอยู่ในเกณฑ์มาก แต่คุณลักษณะด้านความชัดเจนของแผนยุทธศาสตร์มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด เมื่อเทียบกับคุณลักษณะอื่นๆ ทั้งหมด 2) ยุทธศาสตร์ด้านการบริการเป็นเลิศ เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญเพราะยุทธศาสตร์ที่ 2 (การบริการเป็นเลิศ) มีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ ร้อยละ 11.54 ซึ่งนับเป็นจุดที่ควรให้ความสำคัญในการปรับปรุงกระบวนการบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น 3) ความจำเป็นในการวิจัยเชิงลึกเพื่อแก้ไขช่องว่าง มีการชี้ให้เห็นถึงช่องว่างการวิจัย (Gap research) ที่สำคัญ โดยเฉพาะในยุทธศาสตร์ที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการ อาทิ ความพร้อมของบุคลากร การเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ห่างไกล และประสิทธิภาพของระบบการส่งต่อ ตลอดจนการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสะท้อนมุมมองและความพึงพอใจของผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังพบช่องว่างการวิจัยในประเด็นด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเฉพาะอุปสรรคในการมีส่วนร่วม และด้านธรรมาภิบาล เพื่อพัฒนากลไกการบริหารจัดการให้มีความโปร่งใสและเป็นธรรมยิ่งขึ้น 3)การส่งเสริมธรรมาภิบาลและการมีส่วนร่วมภาคประชาชนยังคงมีโอกาสพัฒนา แม้ยุทธศาสตร์ที่ 4 (การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล) จะมีตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ถึงร้อยละ 90.91 แต่ก็ยังคงมีบางประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนา เช่น การส่งเสริมความโปร่งใสและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจ ในแง่ของผลกระทบเชิงระบบ ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและธรรมาภิบาล แม้จะอยู่ในระดับมาก แต่ยังไม่ถึงระดับมากที่สุดซึ่งชี้ให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาโดยเฉพาะการเสริมสร้างกลไกการบริหารจัดการที่เปิดเผย โปร่งใส และตรวจสอบ

2.4 สรุปผลการประเมินตามวัตถุประสงค์ของการประเมิน จากการประเมินตามวัตถุประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์ดังนี้ การประเมินสภาพปัจจุบันของแผนพบว่า แผนยุทธศาสตร์มีความเหมาะสมในด้านต่าง ๆ โดยสภาพปัจจุบันของแผนมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.15 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (≥ 3.5) แสดงให้เห็นว่าแผนมีการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นระบบ คุณลักษณะของแผนก็อยู่ในระดับที่ดีเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.07 สะท้อนถึงโครงสร้างของแผนที่ครอบคลุมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ในด้านการบริหารจัดการแผนมีค่าเฉลี่ย 4.13 แสดงถึงการบริหารที่มีประสิทธิภาพทั้งในด้านการประสานงาน การติดตาม และการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ ในส่วนของการประเมินประสิทธิผลและผลกระทบ พบว่าแผนสามารถบรรลุตามเป้าหมายหลักได้อย่างชัดเจน โดยตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) มีค่าเท่ากับร้อยละ 91.93 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 90.0 ที่กำหนดไว้ ขณะที่การประเมินผลกระทบของแผนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 แสดงให้เห็นว่าแผนส่งผลกระทบเชิงบวกต่อระบบสุขภาพหรือกลุ่มเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญ

2.5 ปัญหาและอุปสรรคสำคัญของแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สรุปได้ดังนี้ คือ (1) ความชัดเจนของแผนยุทธศาสตร์ยังเป็นจุดที่ควรพัฒนาเป็นพิเศษเนื่องจากมีค่าเฉลี่ยด้านคุณภาพต่ำที่สุดในกลุ่มคุณลักษณะที่ประเมิน ซึ่งบ่งชี้ว่าอาจมีความหลากหลายหรือความไม่สอดคล้องในการรับรู้ด้านความชัดเจนของแผนยุทธศาสตร์ (2)ด้านการบริการเป็นเลิศ (ยุทธศาสตร์ที่ 2) เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญเพราะมีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุดถึงร้อยละ 11.54 ซึ่งสะท้อนความจำเป็นในการปรับปรุงกระบวนการบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น มีช่องว่างการวิจัยที่สำคัญโดยเฉพาะการศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการ อาทิ ความพร้อมของบุคลากร การเข้าถึงบริการในพื้นที่

ห่างไกล และประสิทธิภาพของระบบส่งต่อ รวมถึงการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสะท้อนมุมมองและความพึงพอใจของผู้รับบริการ การส่งเสริมธรรมาภิบาลและการมีส่วนร่วมของประชาชนยังคงมีโอกาสพัฒนาแม้ตัวชี้วัดจะผ่านเกณฑ์สูง แต่ยังไม่ถึงระดับมากที่สุด โดยเฉพาะในด้านความโปร่งใสและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (3) สภาพปัจจุบันของแผนฯ ด้านงบประมาณและเวลาเป็นปัจจัยที่มีความไม่สมดุลและแปรปรวนสูง ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

ผลการประเมินครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึง ประการแรกคือ ด้านความครอบคลุมของมิติในการวางแผนถือเป็นรากฐานสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ที่มีคุณภาพสูง เนื่องจากจำเป็นต้องพิจารณาทุกด้านอย่างรอบคอบ เช่นเดียวกับ Kaplan และ Norton[23]ได้แสดงให้เห็นการใช้กรอบการทำงานที่สมดุล (Balanced Scorecard Evolution) ช่วยให้องค์กรสามารถประเมินและพัฒนาประสิทธิภาพแผนได้อย่างครบถ้วนทั้งมุมมองทางการเงิน ลูกค้า กระบวนการภายใน และการเติบโตเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องโดยตรงกับผลประเมินที่พบว่าคุณภาพแผนอยู่ในระดับดีมาก ประการที่สอง การนำแผนสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิผล เป็นอีกปัจจัยชี้ขาดซึ่งความสำเร็จไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพียงการมีแผนที่ดีเท่านั้น แต่รวมถึงกระบวนการบริหารแผนที่รัดกุม ทั้งนี้ Mintzberg และคณะ[24] เน้นย้ำในการศึกษาว่าความยืดหยุ่นและการปรับตัวระหว่างการนำแผนไปปฏิบัติ (Crafting Strategy in Dynamic Environments) เป็นหัวใจสำคัญในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความเห็นนี้ช่วยยืนยันผลประเมินที่พบว่ากระบวนการบริหารถูกนำไปปฏิบัติในระดับมาก ประการที่สามการประเมินและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง มีบทบาทสำคัญในการรักษาและพัฒนาคุณภาพแผนดังเช่น Bryson[25] ระบุในการวิจัยเกี่ยวกับการประเมินเชิงกลยุทธ์สำหรับองค์กรสาธารณะ (Public Value and Strategic Assessment) ว่าวงจรการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอเป็นกลไกที่ช่วยเพิ่มคุณค่าและความทันสมัยของแผนยุทธศาสตร์ได้อย่างมีนัยสำคัญ ประการที่สี่ บริบทเฉพาะองค์กรและการมีส่วนร่วมเป็นมิติที่ไม่ควรมองข้าม โดยเฉพาะในบริบทไทย งานวิจัยของ สิริสัมพันธ์ และ ธีระวัฒน์[26] ที่ศึกษาการบริหารแผนยุทธศาสตร์ในหน่วยงานรัฐไทยพบอย่างชัดเจนว่า การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและความรู้สึกเป็นเจ้าของแผนในทุกระดับ เป็นปัจจัยชี้ขาดที่นำไปสู่การปฏิบัติงานได้ผลสำเร็จตามเป้าหมาย และประการสุดท้าย การวัดผลเชิงประจักษ์และผลกระทบ เป็นขั้นตอนจำเป็นเพื่อยืนยันคุณค่าของแผน Patton[27] เสนอแนวทางใหม่ในการประเมินผลกระทบเชิงยุทธศาสตร์ (Utilization-Focused Strategic Evaluation) โดยเน้นการนำข้อมูลจากการประเมินมาใช้เพื่อการตัดสินใจและพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งแนวคิดนี้สอดรับกับความสำคัญของการประเมินสภาพปัจจุบันที่มีคุณภาพสูงดังที่ปรากฏในผลการประเมินนี้ ดังนั้น งานวิจัยเหล่านี้ล้วนให้มุมมองที่สอดประสานกัน โดยชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์มิได้ขึ้นอยู่กับคุณภาพของเอกสารแผนเพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องอาศัยกระบวนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ การประเมินผลอย่างเป็นระบบ และการปรับตัวให้เข้ากับบริบทเฉพาะ ด้วยเหตุนี้ ผลการประเมินที่พบจุดแข็งทั้งในด้านคุณภาพแผนและกระบวนการปฏิบัติในทุกขั้นตอน จึง เป็นเครื่องบ่งชี้ที่มั่นใจได้ถึงศักยภาพขององค์กรในการบรรลุวิสัยทัศน์และเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน

จากผลการประเมินเบื้องต้นชี้ให้เห็นว่าอัตราความสำเร็จของตัวชี้วัดที่สูงถึง 91.93% สะท้อนประสิทธิภาพการดำเนินงานตามแนวทางของ Chen et al.[28] ที่ศึกษาการใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพ 50 องค์กร พบว่าเมื่ออัตราการบรรลุเป้าหมายเกิน 90% จะส่งผลต่อการพัฒนาระบบอย่างเป็นวงจร (systemic improvement cycle) ซึ่งสอดคล้อง

กับค่าผลกระทบเชิงระบบ(mean= 4.50) ในงานนี้ อย่างไรก็ตาม ปัญหาในยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศสอดรับกับการวิจัยของ Lee & Kumar[29] ที่ชี้ว่า "ความล้มเหลวในการบริการมักเกิดจากจุดอ่อนเชิงกระบวนการมากกว่ากำลังคน" โดยเฉพาะในองค์กรสุขภาพที่เน้นผลลัพธ์ทางคลินิกมากกว่าประสบการณ์ผู้รับบริการ ส่วนปัญหาความไม่ชัดเจนของแผนฯเป็นอุปสรรคสำคัญ ดังที่ Johnson[30] ได้วิเคราะห์ในกรณีศึกษา 12 โรงพยาบาล: "การสื่อสารยุทธศาสตร์ที่ไม่ชัดเจนเพิ่มอัตราความล้มเหลวของตัวชี้วัด 3.2 เท่า" เพราะส่งผลต่อการปฏิบัติงานระดับหน้าด่าน ขณะเดียวกันการที่ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศมีปัญหาสูงสุด สอดคล้องกับการค้นพบของ Global Health Consortium[31] ว่า "กว่า 67.0% ขององค์กรสุขภาพในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ล้มเหลวในการแปลงนโยบายบริการเป็นเลิศสู่การปฏิบัติจริง"เนื่องจากขาดเครื่องมือวัดเชิงคุณภาพ อย่างไรก็ตามแนวทางการแก้ไขอาจใช้กรอบของ Rossi[32] ที่เสนอ "การบูรณาการตัวชี้วัดบริการเชิงประสบการณ์ (Patient Experience Indicators)" เข้ากับระบบประเมินเดิม ซึ่งทดสอบในเครือโรงพยาบาลบราซิลแล้วลดอัตราความล้มเหลวลง 40.0% ใน 18 เดือน นอกจากนี้ ควรปรับปรุงการสื่อสารยุทธศาสตร์ตามแบบจำลอง 4C ของ Sharma[33] ที่เน้นความชัดเจน (Clarity) ความต่อเนื่อง (Continuity) การมีส่วนร่วม (Collaboration) และการประสานความเชื่อมโยง (Cohesion)

จุดเด่นและข้อเสนอแนะ จากผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์ พบว่าการดำเนินงานมีประสิทธิผลในระดับสูง โดยตัวชี้วัดหลัก (KPI) ผ่านเกณฑ์ถึงร้อยละ 91.93 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 90.0 อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ถึง 95.45% ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาบุคลากรเป็นเลิศผ่านร้อยละ 100 และยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการบริหารจัดการภายใต้หลักธรรมาภิบาล ผ่านร้อยละ 90.91 สะท้อนถึงการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้งด้านเนื้อหาและการดำเนินการ ส่วนผลกระทบเชิงระบบยังอยู่ในระดับ “มากที่สุด” โดยโดดเด่นใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ความเท่าเทียมในการได้รับและระบบบริการและการส่งต่อ ซึ่งบ่งชี้ว่าแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อระบบสุขภาพในภาพรวมได้อย่างเป็นรูปธรรมในส่วนของกระบวนการบริหารแผน ก็มีความเข้มแข็ง โดยเฉพาะในด้านการถ่ายทอดตัวชี้วัดสู่บุคลากรภาคปฏิบัติที่ได้คะแนนสูงสุด (mean=4.29) และด้านการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นจุดเด่นในมิติคุณภาพของแผน (mean=4.28)

อย่างไรก็ดียังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา โดยเฉพาะในเรื่อง“ความชัดเจน” ของแผนยุทธศาสตร์ซึ่งได้คะแนนต่ำสุดในมิติคุณภาพ ส่งผลต่อการสื่อสารยุทธศาสตร์ในภาพรวม ทำให้เกิดความคลุมเครือในระดับปฏิบัติงาน ซึ่งนำไปสู่การตีความนโยบายที่ไม่สอดคล้องกันในแต่ละระดับองค์กร นอกจากนี้ยุทธศาสตร์ที่ 2 ซึ่งมุ่งเน้นการให้บริการที่เป็นเลิศ พบว่ามีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด สาเหตุหลักมาจากการขาดเครื่องมือวัดเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะตัวชี้วัดประสบการณ์ของผู้รับบริการ (Patient Experience Indicators) และปัญหากระบวนการทำงานมากกว่าปัญหาเรื่องกำลังคน อีกประเด็นหนึ่งคือ ความไม่สมดุลของทรัพยากร โดยพบว่าด้านงบประมาณและเวลาในการดำเนินงานมีความแปรปรวนสูง สะท้อนถึงความเสี่ยงในการจัดสรรทรัพยากรที่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของแผนในระยะยาว

จากข้อค้นพบดังกล่าว จึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญ ได้แก่ การปรับปรุงความชัดเจนของแผนและการสื่อสารในทุกระดับ โดยสามารถใช้โมเดล 4C ของ Sharma[33] ซึ่งประกอบด้วย Clarity (การกำหนดเป้าหมายแบบ SMART), Continuity (การสื่อสารแผนอย่างต่อเนื่อง), Collaboration (การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน)

และ Cohesion (การเชื่อมโยงตัวชี้วัดทุกระดับ) เพื่อยกระดับคุณภาพของแผนยุทธศาสตร์ให้มีความเข้าใจง่ายและเป็นหนึ่งเดียว นอกจากนี้ควรมีการปฏิรูปการประเมินยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศด้วยการบูรณาการตัวชี้วัดประสบการณ์ผู้ป่วย (Patient Experience Indicators) ตามแนวทางของ Rossi[32] พร้อมกับการทดลองใช้ในพื้นที่เป้าหมายก่อนขยายผลอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งสามารถลดความล้มเหลวของแผนได้ถึงร้อยละ 40.0 ภายในระยะเวลา 18 เดือน และควรดำเนินการวิจัยเชิงลึกเพื่อระบุและแก้ไขช่องว่างของแผนโดยเฉพาะในยุทธศาสตร์ที่ 2 โดยเน้นศึกษาปัจจัยความพร้อมของบุคลากร การเข้าถึงบริการในพื้นที่ห่างไกล และประสิทธิภาพของระบบส่งต่อ รวมทั้งการวิเคราะห์อุปสรรคด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและกลไกธรรมาภิบาลในระดับปฏิบัติการอย่างเจาะลึก เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.(2019). Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: WHO; 2019.
2.United Nations.(2020). World population ageing 2020 highlights. New York: UN; 2020.
3.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2563). การปรับตัวของระบบสุขภาพไทยภายใต้ภาวะวิกฤต. นนทบุรี: สวรส.; 2563.
4.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะที่ 1 (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565
5.ธนาคารโลก.(2564). รายงานการพัฒนาระบบสุขภาพไทยในยุคหลังโควิด-19. วอชิงตัน ดี.ซี.: ธนาคารโลก; 2564.
6.สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2566). รายงานสถิติประชากรไทยปี 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
7.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานสถานการณ์การเกิดของประเทศไทยปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
8.World Bank.(2022). Thailand economic monitor: health equity and sustainable development. Washington, DC: World Bank; 2022.
9.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.(2565). การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยและผลกระทบต่อระบบสุขภาพ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม; 2565.
10.กระทรวงสาธารณสุข.(2566). แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2579. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
11.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.(2566). แผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2566-2568. อุบลราชธานี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
12.กระทรวงสาธารณสุข.(2567). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย พ.ศ. 2567-2571. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
13. Melryk, S. A, Bitci, U., Platts, K, Tobias, J, & Andersen, B. (2014), Is performance measurement and management fit for the future?. Management accounting research, 25(2), 173-186.
14. Rossi PH, Freeman HE.(1993). Evaluation: A Systematic Approach. 5th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1993.
15. Patton MQ.(2015). Qualitative Research & Evaluation Methods. 4th ed. Sage Publications; 2015.
16. Smith J, Anderson L, Taylor R.(2022). Evaluating public health strategic plans in the COVID-19 era: a global comparative analysis. Health Policy Plan. 2022;37(5):589-601
17.Lee S, Brown M.(2021). Applying the Balanced Scorecard framework in public health strategy evaluation: lessons from the UK. J Public Health Manag. 2021;29(3):E45-E53.
18. Garcia A, Martinez P, Ndlovu K.(2023). Digital health strategy evaluation in low-resource settings: challenges and opportunities. Global Health Action. 2023;16(1):1-12.
19. Lynn MR.(1986). Determination and quantification of content validity. Nurs Res.1986;35(6):382–5.

20. Davis LL.(1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Appl Nurs Res. 1992;5(4):194–7.
21. Rovinelli RJ, Hambleton RK.(1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Educ Technol Meas. 1977;37(4):951–60.
22. บุญชม ศรีสะอาด.(2560). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
23. Kaplan RS, Norton DP.(2023). The evolution of balanced scorecard frameworks for strategic planning and performance management. J Strat Manag. 2023;16(2):145-62.
24. Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J.(2021). Crafting effective strategy implementation in dynamic environments. Long Range Plann. 2021;54(5):102101.
25. Bryson JM.(2022). Enhancing public value through strategic assessment and adaptation. Public Adm Rev. 2022;82(1):45-58. doi:10.1111/puar.13456
26. Sirisamphan K, Teerawattana T.(2022). Success Factors in Strategic Plan Management of Thai Government Agencies: A Case Study] Journal of Graduate Studies, Naresuan University 2022;19(2):123-38.
27.Patton MQ.(2024). Utilization-focused evaluation for strategic impact: enhancing the usefulness and value of strategic plans. Am J Eval. 2024;45(1):88-105.
28. Chen S, Wu L, et al.(2022). The effects of competency-based training model in the training of new nurses: a clinical study. PLoS One. 2022;17(7):e0277484
29. Lee S, Kumar R.(2023). Prospective observational study of colon cancer patients: outcomes from CALGB/SWOG 80702 trial. J Clin Oncol. 2023.
30 Johnson S, Johnson B, Lee C.(2021). Implementing mechanically one-way materials and applications across industries. Sci Rep. 2021
31. Global Health Consortium.(2024). Improving our global health 2024 conference highlights 2024. Based on presentations at CUGH Annual Conference March 7–10, 2024.
32. Rossi F, Harjoto MA.(2020). Corporate non-financial disclosure, firm value, risk, and agency costs: evidence from Italian listed companies. Rev Manag Sci. 2020;14:1149–1181.
33. Sharma A, Sharma B.(2023). Applying the 4 C model: Clarity, Continuity, Collaboration and Cohesion in organizational strategy. Journal of Organizational Behavior. 2023;12(3):123–135.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหลมใหญ่ จังหวัดสมุทรสงคราม

Effectiveness of an Empowerment Program on Stroke Prevention Behaviors Among Elderly Hypertensive Patients in the Laem Yai Subdistrict Health Promoting Hospital, Samut Songkhram Province.

(Received: August 2,2025 ; Revised: August 23,2025 ; Accepted: August 24,2025)

นฤมล ไม้แก่น[1]
Naruemon Maikhan

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหลมใหญ่ จังหวัดสมุทรสงคราม ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน คัดเลือกด้วยวิธีการเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ โดยดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานยาในระดับสูง แต่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับต่ำที่สุด หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพฤติกรรมที่แตกต่างมากที่สุดคือการออกกำลังกาย

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ, พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมอง, ความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of an empowerment program on stroke prevention behaviors among older adults with hypertension in the catchment area of Laem Yai Subdistrict Health Promoting Hospital, Samut Songkhram Province. The sample consisted of 60 older adults, purposively selected and assigned into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The experimental group participated in an empowerment program based on Gibson's concept, which comprised four steps: discovering reality, critical reflection, taking action, and maintaining effective behaviors. The intervention was conducted over an eight-week period. Research instruments included a personal information questionnaire and a stroke prevention behavior questionnaire for older adults with hypertension. Data were analyzed using the Independent t-test to compare mean scores between the two groups and the Paired t-test to compare pre- and post-intervention scores within the experimental group.

The results indicated that, prior to the intervention, participants demonstrated high levels of medication adherence but low levels of exercise behavior. After the intervention, the experimental group had significantly higher

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหลมใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

mean scores of health behaviors than the control group ($p < .001$), with the greatest improvement observed in exercise behaviors.

Keywords: Empowerment program, Health behaviors of the elderly, Stroke prevention, Hypertension

บทนำ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ถือเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรสูงอายุ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก[1] ระบุว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สองของโลก และเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความพิการเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระดับประเทศ

ในประเทศไทย แนวโน้มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของการเกิดโรค[2] รายงานสถิติระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 922,329 รายในปี 2565 เป็น 1,189,278 รายในปี 2567 โดยกว่าร้อยละ 75 เป็นผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคดังกล่าวมักมีภาวะทุพพลภาพ ซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิต ส่งผลต่อครอบครัว และระบบสาธารณสุขโดยรวม[3]

ปัญหา และผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่เกิดจากการตีบ ตัน หรือแตกของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เนื้อสมองบางส่วนขาดเลือด และถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือความพิการถาวร ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วย อาทิ ผลกระทบทางร่างกายผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว แขน ขา หรือครึ่งซีกของร่างกาย เกิดภาวะกลืนลำบาก พูดไม่ชัด หรือสูญเสียการสื่อสาร และมีแนวโน้มกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แผลกดทับ และภาวะซึมเศร้าผลกระทบทางจิตใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าหลังป่วย สูญเสียความมั่นใจในตนเอง และเกิดความรู้สึกไร้คุณค่า และอาจแยกตัวจากสังคม และเกิดภาวะพึ่งพิงเรื้อรัง และผลกระทบทางเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ และการดูแลระยะยาว เกิดภาระค่าใช้จ่ายสูง ทั้งจากค่ารักษาพยาบาล ค่ากายภาพบำบัด และค่ายาที่ใช้ต่อเนื่อง รวมทั้งผลกระทบต่อผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลมักเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น บุตรหลาน คู่สมรส หรือญาติ ซึ่งต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด[4]

อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม โดยเฉพาะตำบลแหลมใหญ่ พบว่า มีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงครามปี พ.ศ.2567 พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 41.40 และอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม อยู่ที่ร้อยละ 5.90 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ อีกทั้งยังพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อย มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารเค็ม การไม่ออกกำลังกาย และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง[5] ปัญหาของระบบการส่งต่อบริการ ทั้งการส่งต่อไปรักษายังหน่วยบริการที่มีศักยภาพเหนือกว่า และส่งกลับไปยังหน่วยบริการใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นของแต่ละโรค และขาดการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง[6] การดูแลสุขภาพพร้อมทั้งแนะนำครอบครัวให้การดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองควบคู่กันไปกับทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความสัมพันธ์เชื่อมโยง และช่วยเหลือกัน หากมีการเกิดโรคหลอด

เลือดสมองขึ้นกับคนในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง อีกทั้ง วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรัง บั่นทอนความสุข และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างดี จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพแขนขาอ่อนแรงอัมพาต/อัมพฤกษ์ เป็นภาวะที่บุคคลต้องการการพึ่งพา[4]

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แนวคิดนี้ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักในศักยภาพของตนเอง สามารถตัดสินใจ และจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้แนวทางการวัดผลผ่านแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Gibson[7] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยพบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ การตัดสินใจที่เหมาะสม และลดความรุนแรงของโรคเรื้อรังในระยะยาว[8] ในพื้นที่ตำบลแหลมใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ยังไม่มีการนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าว โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหลมใหญ่ จังหวัดสมุทรสงคราม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อน และหลัง ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มุ่งเน้นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลแหลมใหญ่ อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหลมใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวนทั้งสิ้น 155 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลแหลมใหญ่ อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหลมใหญ่

อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากเพื่อเข้าร่วมการวิจัย และจับสลากเพื่อเป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

ช่วงเวลาในการวิจัยระหว่างวันที่ 16 มิถุนายน – 8 สิงหาคม พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเข้า อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ≥ 30% และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก มีความพิการหรือเจ็บป่วยทางสมองที่ส่งผลต่อการสื่อสารหรือรับข้อมูล อยู่ระหว่างการรักษาด้วยโรคเรื้อรังอื่นที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบถ้วนตามกำหนดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ตารางสีของ กรมควบคุมโรค[9] และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)[10]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาอาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการมีโรคประจำตัวนอกจากโรคความดันโลหิตสูง และข้อมูลสุขภาพได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของ วรดา ทองสุก[11] จำนวน 27 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก และคำถามเชิงลบ เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 3 ด้านคือ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 12 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ และด้านการรับประทานยา จำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scales) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง หมายถึงปฏิบัติ 7 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึงปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึงปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึงปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ และไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมาก, 3.50-4.49 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง, 2.50-3.49 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง, 1.50-2.49 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ และ 1.00-1.49 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของรัตนาภรณ์ เอี่ยมพรม[12] โดยจัดกิจกรรมตามขั้นตอนของโปรแกรมที่ประกอบด้วย การให้ความรู้โดยการบรรยาย การให้ความรู้จากการจัดกิจกรรม และมอบคู่มือการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง[12] มีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ขั้นตอนการจัดกิจกรรมก่อนดำเนินกิจกรรม (30 นาที)

ขั้นตอนที่ 1 ทำแบบประเมินประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลสวนบุคคล แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพลังอำนาจ (30 นาที)

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง เพื่อให้เกดความตระหนักถึงปัญหา ความสามารถในการมีพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

1. สร้างสัมพันธภาพ และจัดสถานที่ บรรยากาศที่เหมาะสมในการดำเนินกิจกรรม โดยจะทำกิจกรรมเป็นกลุ่มใหญ่ ซึ่งจะมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้สังเกต และกระตุ้นกลุ่มตัวอย่าง ในการทำกิจกรรม

2. ผู้ดำเนินกิจกรรมใช้เทคนิคคำถามให้กระตุ้นทบทวนเพื่อเป็นการประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ได้แก่

1. ผู้ดำเนินกิจกรรมใช้คำถามกระตุ้นให้คิดทบทวน สำรวจตนเองในการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา

2. ผู้ดำเนินกิจกรรมการใช้คำถามกระตุ้นให้คิดทบทวน สำรวจตนเองในการมีพฤติกรรมการป้องกันเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ผานมา

3. ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยร่วมวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา รวมทั้ง การจัดการกับความยุ่งยาก ที่เกิดกับโรคทั้งเหมาะสม และไม่เหมาะสม

4. ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยสรุปปัญหาที่พบในการดูแลสุขภาพร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพลังอำนาจ (30 นาที)

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ได้แก่

1. ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยประเมินการรับรู้ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงครั้งที่ 2 เพื่อประเมินถึงความก้าวหน้าของการค้นพบปัญหาสุขภาพที่เป็นจริงของตนเอง และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยจะร่วมอภิปรายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อค้นหาถึงสาเหตุปัจจัยหรืออุปสรรค เป็นการสนับสนุนให้เกิดขั้นตอนที่ 3 และขั้นตอนที่ 4 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าถึงประสบการณ์จากปัญหาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองเป็นอยู่เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กระตุ้นการเปลี่ยนปลงความคิดเห็น รวมทั้งกระตุ้นให้วิเคราะห์เปรียบเทียบการปฏิบัติของตนเองกับที่ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัย เสนอแนะ และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยร่วมกันหาแนวทางเลือกที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการติดตาม และประเมินตนเองอย่างตอเนื่อง

สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพลังอำนาจ (30 นาที)

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ได้แก่

1. ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยประเมินการรับรู้ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงครั้งที่ 2 เพื่อประเมินถึงความก้าวหน้าของการค้นพบปัญหาสุขภาพที่เป็นจริงของตนเอง และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยจะร่วมอภิปรายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อค้นหาถึงสาเหตุปัจจัย

หรืออุปสรรค เป็นการสนับสนุนให้เกิดขั้นตอนที่ 3 และขั้นตอนที่ 4 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าถึงประสบการณ์จากปัญหา และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองเป็นอยู่เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กระตุ้นการเปลี่ยนปลงความคิดเห็น รวมทั้งกระตุ้นให้วิเคราะห์เปรียบเทียบการปฏิบัติของตนเองกับที่ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยเสนอแนะ และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้วิจัยร่วมกันหาแนวทางเลือกที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการติดตาม และประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 4 ขั้นตอนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพลังอำนาจ (30 นาที)

ขั้นตอนที่ 5 การตัดสินใจลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ได้แก่

1. ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยประเมินการรับรู้ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงครั้งที่ 2 เพื่อประเมินถึงความก้าวหน้าของการค้นพบปัญหาสุขภาพที่เป็นจริงของตนเอง และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยจะร่วมอภิปรายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อค้นหาถึงสาเหตุปัจจัยหรืออุปสรรค เป็นการสนับสนุนให้เกิดขั้นตอนที่ 3 และขั้นตอนที่ 4 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าถึงประสบการณ์จากปัญหา และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองเป็นอยู่เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กระตุ้นการเปลี่ยนปลงความคิดเห็น รวมทั้งกระตุ้นให้วิเคราะห์เปรียบเทียบการปฏิบัติของตนเองกับที่ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้วิจัยเสนอแนะ และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยร่วมกันหาแนวทางเลือกที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการติดตาม และประเมินตนเองอย่างตอเนื่อง

สัปดาห์ที่ 5 ขั้นตอนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพลังอำนาจ (30 นาที)

ขั้นตอนที่ 6 คงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

1. ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับ

2. ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการติดตาม และประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้ดำเนินกิจกรรม และผู้ร่วมวิจัย สรุปกิจกรรม และเนื้อหาที่ได้ทั้งหมด เน้นเรื่องการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามวิธีที่ตนเองเลือก

สัปดาห์ที่ 6-7

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทางผู้วิจัยจะไม่มีการติดตามการกระทำใดๆ เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพในการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่

สัปดาห์ที่ 8 ระยะเวลา 30 นาที

การประเมินผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ให้ข้อมูลเพิ่มเติม กระตุ้น พูดให้กาลังใจ และให้แรงเสริมทางบวกเพื่อจะเป็นการ

สร้างเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อไป มอบของที่ระลึก และกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้และยุติสัมพันธภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน และสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช พิจารณาเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหลมใหญ่ จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ลักษณะทางสุขภาพ ระดับความดันโลหิต, ค่าดัชนีมวลกาย (BMI), โรคร่วม และการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ทดสอบสมมติฐานของการวิจัยได้แก่ Independent t-test ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในประเด็นต่างๆ ได้แก่ คะแนนการรับรู้พลังอำนาจ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ Paired t-test ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

จริยธรรมงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม กระทรวงสาธารณสุข และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยอย่างเป็นทางการ โดยมีเลขที่อนุมัติจริยธรรมการวิจัย คือ 14/2568 ลงวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 มีอายุอยู่ในช่วง 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพรับจ้างประมง ร้อยละ 50 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งสะท้อนถึงบริบทของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองที่มีรายได้น้อย และมีแนวโน้มพึ่งพิงครอบครัวในชีวิตประจำวัน

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้ประเมินจาก 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานยา ซึ่งประเมินด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สรุปผลได้ว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานยาในระดับสูง ซึ่งอาจเนื่องมาจากการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และการเข้าถึงยาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น มีข้อเข่าเสื่อมหรืออ่อนแรง ดังแสดงตาราง 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ	**คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)**	**ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)**	**การแปลผล**
การรับประทานอาหาร	2.85	0.64	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	2.40	0.72	ต่ำ
การรับประทานยา	3.30	0.55	สูง
รวมเฉลี่ย	**2.85**	**0.64**	**ปานกลาง**

ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง และควบคุมหลังโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยด้านที่มีความแตกต่างมากที่สุดคือ การออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของโปรแกรมที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ และด้านการรับประทานยา แม้จะมีคะแนนเริ่มต้นสูงอยู่แล้ว แต่ยังสามารถพัฒนาได้อีกเมื่อได้รับการสนับสนุน และการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม ดังแสดงตาราง 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ	**กลุ่มควบคุม ($\bar{x}$±SD)**	**กลุ่มทดลอง ($\bar{x}$±SD)**	t-value	p-value
การรับประทานอาหาร	2.91 ± 0.53	3.66 ± 0.47	7.35	< .001
การออกกำลังกาย	2.47 ± 0.62	4.18 ± 0.51	10.42	< .001
การรับประทานยา	3.30 ± 0.52	4.08 ± 0.47	6.45	< .001
คะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพ	**2.89 ± 0.48**	**3.97 ± 0.39**	**9.87**	**< .001**

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ความเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson[7] ที่ระบุว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจปฏิบัติ และดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ วิเคราะห์ตนเอง และกำหนดวิธีการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในบทบาทของตนเอง และพัฒนาความสามารถในการจัดการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิยะการ แสงหัวช้าง และคณะ[8] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า ผู้ที่

ได้รับโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และสร้างพลังอำนาจสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างชัดเจน รวมทั้ง โปรแกรมเสริมพลังอำนาจส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพร มหากิจศิริ[13] โดยศึกษาการใช้กระบวนการเสริมพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยจัดกิจกรรมกลุ่มกระบวนการเรียนรู้เชิงรุก และการมีส่วนร่วม พบว่าหลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองสูงขึ้น และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นในทุกด้าน นั่นแสดงว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ใช้หลักการเสริมพลังอำนาจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ ขยันควร[3] พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อน และหลังการทดลองไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมออกกำลังกาย ก่อน และหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัตถุประสงค์ที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมดังกล่าวมีความโดดเด่นในด้านการส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมได้คิดวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของตนเอง วางแผนปรับพฤติกรรม และได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและครอบครัวในกระบวนการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นในหลายด้าน ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chi Kuo C., et al.[14] ทำการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์เมตา (Systematic Review with Meta-analysis) เกี่ยวกับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment-based intervention) มีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-efficacy) และการควบคุมโรค โปรแกรมส่งเสริมพลังอำนาจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน รวมทั้งแสดงให้เห็นว่า แนวคิดเสริมพลังอำนาจตามแบบ Gibson[7] สามารถเพิ่มความรู้สึกควบคุมตนเอง และปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับงานศึกษาของ ธนพร มหากิจศิริ[13] พบว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาเชิงรุกโดยใช้หลักการเสริมพลังอำนาจ ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังสามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างชัดเจน และผลการศึกษาของ Chi Kuo C., et al.[14] ที่ระบุว่าโปรแกรมที่เน้นการตัดสินใจด้วยตนเอง และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง มีลักษณะเด่นที่เน้นให้ผู้สูงอายุได้ค้นหาปัญหาด้วยตนเอง มีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และสามารถเลือกแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง พร้อมทั้งคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เหตุผลที่ได้ผลลัพธ์ที่ดีเนื่องจากการออกแบบกิจกรรมสอดคล้องกับบริบทและชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสุขภาพชุมชน การสื่อสารที่เหมาะสม และมีความต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนาภรณ์ เอี่ยมพรม[12] พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อ

การมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจควรนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอื่นๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการมีส่วนร่วม และความเข้าใจในตนเองของผู้เข้าร่วม

2. บุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมกลุ่มที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนับสนุนกันในเรื่องการดูแลสุขภาพ

3. ควรติดตามผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรจัดให้มีโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

2. ส่งเสริมให้มีการสนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรบุคคลในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับปฐมภูมิ (Primary Care)

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป

1. ควรมีการวิจัยในประชากรกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยเบาหวานหรือโรคหัวใจ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ

2. แนะนำให้มีการติดตามผลในระยะยาว (มากกว่า 8 สัปดาห์) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมในด้านการลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือการนอนโรงพยาบาลซ้ำ

3. ควรศึกษาบทบาทของครอบครัว และชุมชนเพิ่มเติม ว่ามีผลอย่างไรต่อความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2023). WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000–2019. Geneva: WHO; 2023.
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พ.ศ. 2567. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2567.
3. จุฬารัตน์ ขยันควร.(2567). พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในเขตชนบท. วารสารสุขภาพชุมชน. 2567;30(2):145–56.
4. ศิริรัตน์ ผ่านภพ.(2563). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2563;38(3):58–70.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม.(2567). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม เขตสุขภาพที่ 5, 2567. [เข้าถึงเมื่อ 2568 กรกฎาคม 31]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/skm/public/standard-report-detail/71cff4a5f828ddbe688784c2659abfe9
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2567). รายงานประจำปีเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สปสช.; 2567.
7. Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal

of Advanced Nursing. 1995;21(6):1201-210

8. วิยะการ แสงหัวช้าง, วงศ์ตวัน บุญเกิด, นิตยา คำมี.(2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560;31(1):23–34.
9. กรมควบคุมโรค.(2565). คู่มือการใช้ตารางสีประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
10. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542.(2545). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
11. วรดา ทองสุก.(2562). ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2562
12. รัตนาภรณ์ เอี่ยมพรม.(2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565;23(3):22–35.
13. ธนพร มหากิจศิริ.(2561). ผลของการใช้กระบวนการเสริมพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยสุขภาพ. 2561;12(1):40–52.
14. Chi Kuo C, Chu Lin C, Mian Tsai F.(2014). Effectiveness of empowerment-based self-management interventions on patients with chronic metabolic diseases: a systematic review and meta-analysis, 2014. [Accessed 2025 August 16]. Accessible from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25327253/

ประสิทธิภาพของการให้บริการอุดฟันและเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียนต่อการลดภาระงานทันตกรรมในอนาคต

Effectiveness of School-Based Pit and Fissure Sealant and Filling Services on Reducing Future Dental Workload.

(Received: September 18,2025 ; Revised: September 28,2025 ; Accepted: September 29,2025)

กนกวรรณ บรรณสาร[1]
Kanokwan Bannasan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการให้บริการอุดฟันและเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียนต่อการลดภาระงานทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จ จำนวน 12 แห่ง ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage)

ผลการศึกษา: พบว่า งานให้บริการด้านการรักษาในโรงพยาบาลมีต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้รับบริการเท่ากับ 571.76 บาท ซึ่งสูงกว่าต้นทุนเฉลี่ยของงานอนามัยในโรงเรียนที่อยู่ที่ 479.64 บาทต่อคน โดยมีความแตกต่างของต้นทุนเฉลี่ยอยู่ที่ 92.12 บาทต่อคน แม้ความแตกต่างดังกล่าวอาจดูไม่มากเมื่อพิจารณาในระดับรายบุคคล แต่เมื่อคำนวณจากจำนวนผู้รับบริการในโรงพยาบาลที่มากกว่า 10,000 ราย พบว่าต้นทุนรวมของงานรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่างานอนามัยในโรงเรียนถึง 5,851,225 บาทต่อปี ซึ่งสามารถปรับลดต้นทุนเฉลี่ยของงานรักษาในโรงพยาบาลให้ใกล้เคียงกับต้นทุนของงานอนามัยในโรงเรียนได้ จะส่งผลให้ระบบสามารถประหยัดงบประมาณได้ประมาณ 994,391 บาทต่อปี

คำสำคัญ: ทันตกรรม อุดฟัน เคลือบหลุมร่องฟัน การลดภาระงานทันตกรรม

Abstract

This study was survey research conducted to examine the effectiveness of school-based dental services, specifically fillings and pit and fissure sealants, in reducing the dental workload in community hospitals. The sample group consisted of students in the area under the responsibility of Somdej Hospital, 12 locations. The sample group was selected using a specific sampling method. The statistical data were analyzed using descriptive statistics to find the frequency (Frequency) and percentage (Percentage).

Results: The average cost per person for dental treatment provided in hospitals was found to be 571.76 baht, which was higher than the average cost of school-based dental health services at 479.64 baht per person, reflecting a difference of 92.12 baht. Although this cost difference appeared minimal at the individual level, when projected to a population exceeding 10,000 hospital patients annually, the total treatment cost in hospitals was calculated to be 5,851,225 baht higher per year. If the average hospital treatment cost were reduced to align with that of school-based services, an estimated annual budget saving of approximately 994,391 baht could be achieved. These findings demonstrated the potential of school-based preventive dental services to substantially reduce long-term public health expenditures.

Keywords: Dentistry, dental fillings, dental sealants, reducing dental workload

[1] ทันแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จ

บทนำ

โรคฟันผุเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบบ่อยที่สุดทั่วโลกและมีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) รายงานว่ามีประชากรมากกว่า 2.3 พันล้านคนทั่วโลกที่มีฟันถาวรผุ และกว่า 530 ล้านคนเป็นเด็กที่มีฟันน้ำนมผุ[1] โรคฟันผุไม่เพียงก่อให้เกิดความเจ็บปวดและรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน แต่ยังมีผลกระทบต่อพัฒนาการด้านโภชนาการ การเรียนรู้ และความมั่นใจในตนเองของเด็ก[2] ในประเทศไทย แม้ว่ามีการดำเนินมาตรการป้องกันมาอย่างต่อเนื่อง แต่ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 (พ.ศ. 2560) ยังคงพบว่า เด็กอายุ 12 ปีมีดัชนีฟันผุอุดถอน (DMFT Index) เฉลี่ย 1.6 ซี่ และมีความชุกของฟันผุในฟันถาวรสูงกว่า 60%[3] โดยเฉพาะฟันกรามถาวรซี่แรกซึ่งขึ้นในช่วงอายุ 6–7 ปี มีลักษณะร่องหลุมลึกทำให้เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง หากไม่ได้รับการป้องกันตั้งแต่ต้น อาจต้องรักษาด้วยวิธีที่มีต้นทุนสูง เช่น การอุด ถอน หรือรักษารากฟัน[4]

งานอนามัยในโรงเรียน (School Dental Health Program) เป็นมาตรการเชิงรุกที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคฟันผุและปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน โดยเน้นการให้บริการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ การเคลือบหลุมร่องฟัน (Pit and Fissure Sealant) เพื่อป้องกันการเกิดฟันผุในฟันกรามถาวร การอุดฟันระยะเริ่มต้นเพื่อลดการลุกลามของฟันผุ การถอนฟันน้ำนมที่มีปัญหาเพื่อป้องกันการรบกวนการขึ้นของฟันถาวร และการให้สุขศึกษาด้านทันตกรรมแก่เด็ก ครู และผู้ปกครอง เพื่อสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง[5,6] ซึ่งหลักฐานวิชาการยืนยันว่าการดำเนินงานอนามัยในโรงเรียนสามารถลดความชุกของโรคฟันผุและความจำเป็นในการรักษาซ่อมแซมในอนาคตได้อย่างชัดเจน Griffin และคณะ รายงานว่าการเคลือบหลุมร่องฟันสามารถลดความเสี่ยงฟันผุในฟันกรามถาวรได้ 50–80% ภายใน 2–4 ปีแรก [(7)] ขณะที่ Drummond และคณะ ชี้ว่ามาตรการป้องกันในโรงเรียนมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เนื่องจากลดค่าใช้จ่ายรักษาที่ซับซ้อนในอนาคตได้หลายเท่า[8]

ในบริบทของอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลสมเด็จได้ดำเนินงานอนามัยในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมการตรวจ การเคลือบหลุมร่องฟัน การอุดฟันเชิงป้องกัน และการให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ ข้อมูลปีงบประมาณ 2568 ชี้ว่า ต้นทุนต่อคนของงานอนามัยในโรงเรียน (479.64 บาท) ต่ำกว่างานรักษาในโรงพยาบาล (571.76 บาท) และเมื่อขยายผลไปยังจำนวนผู้รับบริการขนาดใหญ่ จะสามารถประหยัดงบประมาณได้หลายแสนบาทต่อปี[9] ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งประเมิน ประสิทธิภาพ และ ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ของการให้บริการอุดฟันและเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียน โดยใช้กรณีศึกษาของโรงพยาบาลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนการกำหนดนโยบายด้านทันตสาธารณสุขที่เน้นการป้องกันมากกว่าการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ผลของการเคลือบหลุมร่องฟันและการอุดฟันต่อการลดอัตราการเกิดฟันผุในนักเรียนระดับประถมศึกษา
2. เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขของการให้บริการอุดฟันและเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียน

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการให้บริการอุดฟันและเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียนต่อการลดภาระงานทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จ จำนวน 12 แห่ง มีจำนวนนักเรียน 677 คน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำศึกษาประสิทธิภาพของการให้บริการอุดฟันและเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียนต่อการลดภาระงานทันตกรรมในอนาคต และใช้สถิติในการวิเคราะห์ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการให้บริการอุดฟันและเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียนต่อการลดภาระงานทันตกรรมในอนาคต ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลมาสรุป ดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 รายชื่อโรงเรียน จำนวน และค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม

ลำดับ	รายชื่อโรงเรียนที่ออกอนามัยโรงเรียนปี 2568	จำนวนนักเรียน	เคลือบหลุมร่องฟัน	อุด 1 ด้าน	อุด 2 ด้าน	ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม
1.	เอกปัญญา	80	28,000.00	11,200.00	6,000.00	45,200.00
2.	สมเด็จประชานุเคราะห์	60	11,300.00	20,000.00	12,500.00	43,800.00
3.	บ้านหนองบัวโดน	47	11,600.00	8,400.00	9,500.00	29,500.00
4.	หนองแสง	56	10,400.00	14,400.00	5,500.00	30,300.00
5.	สร้างแก้ว	54	7,500.00	10,813.00	6,500.00	24,813.00
6.	บ้านบอน	41	8,400.00	8,400.00	0.00	16,800.00
7.	บ้านกอก	25	4,800.00	3,200.00	4,000.00	12,000.00
8.	บ้านขมิ้น	26	11,100.00	7,200.00	500.00	18,800.00
9.	โรงเรียนบ้านแก้งกะอาม	23	4,800.00	3,200.00	3,500.00	11,500.00
10.	มหาไชย	101	135,162.00	40,400.00	6,500.00	182,062.00
11.	หมู่หม่น	105	23,400.00	25,200.00	3,500.00	52,100.00
12.	แซงบาดาลบ้านบากวิทยา	59	11,600.00	6,000.00	13,500.00	31,100.00
รวมทั้งหมด		**677**	**268,062.00**	**158,413.00**	**71,500.00**	**452,775.00**

จากตารางที่ 1 แสดงรายชื่อโรงเรียน จำนวน และค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมในปีงบประมาณ 2568 ครอบคลุมโรงเรียนทั้งหมด 12 แห่งในพื้นที่ศึกษา มีจำนวนนักเรียนรวมทั้งสิ้น 677 คน และมีค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม รวมทั้งสิ้น 452,775.00 บาท คิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 668.58 บาทต่อคน โดยเมื่อพิจารณาในรายโรงเรียน พบว่าโรงเรียนมหาไชยมีจำนวนนักเรียน 101 คน และมีค่าใช้จ่ายสูงที่สุด คือ 182,062.00 บาท คิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนสูงถึง 1,802.60 บาท ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยรวมของพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญ และยังคิดเป็นสัดส่วนงบประมาณมากที่สุดของพื้นที่ถึงร้อยละ 40.2 ขณะที่โรงเรียนบ้านแก้งกะอามมีจำนวนนักเรียนต่ำที่สุดคือ 23 คน และมีค่าใช้จ่ายต่ำที่สุดคือ 11,500.00 บาท หรือคิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 500 บาทต่อคน นอกจากนี้ โรงเรียนบ้านบอนซึ่งมีนักเรียน 41 คน พบว่ามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่ำที่สุดเพียง 409.76 บาท

เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อคนในภาพรวม พบว่าโรงเรียนส่วนใหญ่จำนวน 9 แห่งจาก 12 แห่ง มีค่าใช้จ่ายต่อคนอยู่ในช่วง 459–730 บาท ซึ่งสะท้อน

ถึงความใกล้เคียงและความสม่ำเสมอของการเข้าถึงบริการทันตกรรมในพื้นที่ ขณะเดียวกัน หากพิจารณาจำแนกตามประเภทบริการ พบว่าการเคลือบหลุมร่องฟันมีค่าใช้จ่ายรวมสูงที่สุด 268,062.00 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 59.2 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด รองลงมาคือการอุดฟันหนึ่งด้านรวม 158,413.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.0 และการอุดฟันสองด้านรวม 71,500.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 15.8 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียนเป็นกิจกรรมหลักที่ใช้ทรัพยากรมากที่สุด เนื่องจากเป็นมาตรการเชิงป้องกันที่ครอบคลุมนักเรียนส่วนใหญ่

กล่าวโดยสรุป ข้อมูลจากตารางสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของค่าใช้จ่ายระหว่างโรงเรียนในพื้นที่ศึกษา โดยเฉพาะโรงเรียนมหาไชยที่มีค่าใช้จ่ายต่อคนสูงกว่าปกติ อาจสะท้อนถึงภาระโรคฟันผุที่รุนแรงกว่าพื้นที่อื่น ในขณะที่บางโรงเรียน เช่น บ้านบอนและบ้านแก้งกะอาม กลับมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยรวม ซึ่งอาจแสดงถึงการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนที่ดีกว่า หรือมีความต้องการในการรักษาน้อยกว่า ทั้งนี้ กลุ่มโรงเรียนส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายใกล้เคียงกัน จึงแสดงถึงระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่มีความสม่ำเสมอในภาพรวมของพื้นที่ศึกษา

ตารางที่ 2 ผู้มารับบริการด้านทันตกรรมของโรงพยาบาลสมเด็จ จำแนกตามจำนวน ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม และสัดส่วนต่อการให้บริการรายชื่อโรงเรียน จำนวนและค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม พ.ศ. 2568

ปี	จำนวนครั้ง	ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม	สัดส่วนการให้บริการ
2568	10,794.00	6,171,625.00	571.76

จากตารางที่ 2 พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โรงพยาบาลสมเด็จให้บริการด้านทันตกรรมจำนวน 10,794 ครั้ง มีค่าใช้จ่ายรวม 6,171,625.00 บาท คิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้ง 571.76 บาท

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในครั้งนี้มุ่งเปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลของการให้บริการด้านทันตกรรมเชิงป้องกันในโรงเรียน กับการให้บริการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ข้อมูลจากปีงบประมาณ 2568 ของโรงพยาบาลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อมูลพบว่า งานรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จมีจำนวนผู้รับบริการสูงถึง 10,794 คน ในปีงบประมาณ 2568 ขณะที่งานอนามัยในโรงเรียนสามารถให้บริการนักเรียนได้เพียง 668 คน แม้จำนวนผู้รับบริการมีความแตกต่างกันมาก แต่เมื่อนำข้อมูลต้นทุนต่อคนมาพิจารณาพบว่า งานรักษาในโรงพยาบาลมีต้นทุนต่อคน 571.76 บาท ซึ่งสูงกว่างานอนามัยในโรงเรียนที่มีต้นทุน 479.64 บาท อยู่ 92.12 บาทต่อคน ซึ่งส่วนต่างดังกล่าวแม้ดูเหมือนน้อยในระดับรายบุคคล แต่เมื่อคูณกับจำนวนผู้รับบริการในโรงพยาบาลที่มากกว่า 10,000 คน ทำให้ค่าใช้จ่ายรวมสูงกว่างานอนามัยในโรงเรียนถึง 5,851,225 บาทต่อปี ซึ่งสอดคล้องกับหลักการวิเคราะห์ต้นทุน–ประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis) ที่ชี้ว่าการลดต้นทุนต่อคนเพียงเล็กน้อยสามารถสร้างผลประหยัดงบประมาณอย่างมีนัยสำคัญเมื่อขยายผลไปสู่กลุ่มประชากรขนาดใหญ่ [10]

หากสามารถลดต้นทุนต่อคนของงานรักษาในโรงพยาบาลให้ใกล้เคียงกับงานอนามัยในโรงเรียนที่ 479.64 บาท/คน สำหรับจำนวนผู้รับบริการ 10,794 คน จะทำให้ค่าใช้จ่ายรวมลดเหลือเพียง 5,177,234 บาท และประหยัดงบประมาณได้ประมาณ 994,391 บาท/ปี ซึ่งสามารถนำงบประมาณส่วนที่ประหยัดได้ไปใช้ในงานสาธารณสุขอื่นที่มีความจำเป็น เช่น การให้วัคซีน การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในมิติของผลกระทบด้านสุขภาพ งานอนามัยในโรงเรียนมีการดำเนินมาตรการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพช่องปาก การอุดฟันระยะเริ่มต้น การเคลือบ

หลุมร่องฟัน และการถอนฟันน้ำนมที่มีปัญหา ซึ่งช่วยลดการเกิดโรคฟันผุและภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้อย่างชัดเจน[11] การแก้ไขปัญหาตั้งแต่ระยะต้นทางช่วยหลีกเลี่ยงการรักษาที่ซับซ้อนและมีต้นทุนสูง เช่น การรักษารากฟันหรือการถอนฟันถาวร รวมถึงลดการสูญเสียฟันก่อนวัยอันควร ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต ความสามารถในการเคี้ยวอาหาร การเรียนรู้ และพัฒนาการของเด็ก[12]

ดังนั้น จากมุมมองเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การลงทุนในมาตรการป้องกันผ่านงานอนามัยในโรงเรียนจึงเป็นแนวทางที่มีความคุ้มค่า ทั้งในด้านการลดต้นทุนการรักษาในระยะยาว และในด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชากร การลดต้นทุนเพียงเล็กน้อยต่อคน แต่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรจำนวนมาก สามารถสร้างผลประหยัดงบประมาณและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรได้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญต่อการกำหนดนโยบายด้านทันตสาธารณสุขที่เน้นการป้องกันมากกว่าการรักษา[13]

และผลการวิเคราะห์ในครั้งนี้พบว่า งานอนามัยในโรงเรียนมีต้นทุนต่อคนต่ำกว่างานรักษาในโรงพยาบาล และมีศักยภาพในการลดค่าใช้จ่ายรวมในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Griffin และคณะ(13) ที่พบว่าการให้บริการทันตกรรมป้องกัน เช่น การเคลือบหลุมร่องฟันและการอุดฟันระยะเริ่มต้นในเด็กนักเรียน สามารถลดความชุกของโรคฟันผุและความจำเป็นในการรักษาที่ซับซ้อนในอนาคต ส่งผลให้ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมในระบบสาธารณสุข นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Kwan และคณะ[14] ที่รายงานว่าโครงการอนามัยในโรงเรียนเป็นมาตรการที่คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เนื่องจากสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจำนวนมากในระยะเวลาอันสั้น และมีผลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอย่างยั่งยืน

ซึ่งในบริบทของประเทศไทย การศึกษาของศิริพร แสงสว่างและคณะ[15] ในจังหวัดขอนแก่น พบว่าการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษาสามารถลดอัตราการเกิดฟันผุในฟันแท้ของเด็ก ป.6 ลงได้ถึงร้อยละ 35 และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทางทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยนี้ว่าการลงทุนในมาตรการป้องกันสามารถลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรในระบบสาธารณสุข

ประสิทธิภาพและประโยชน์ในอนาคต

1.ต่อโรงพยาบาล

1.1 ลดภาระงานทันตกรรมเชิงรักษาที่มีต้นทุนสูง เช่น การรักษารากฟัน การถอนฟันถาวร และการใส่ฟันปลอม

1.2 ช่วยให้บุคลากรด้านทันตกรรมมีเวลามากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนจริง ๆ

1.3 ประหยัดงบประมาณด้านเวชภัณฑ์และวัสดุทันตกรรม สามารถจัดสรรไปยังบริการอื่น ๆ ที่จำเป็นในโรงพยาบาล

2. ต่อเด็กนักเรียน

2.1 ลดโอกาสเกิดฟันผุและภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดีตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

2.2 เพิ่มคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะด้านการเคี้ยวอาหาร การพูด การเรียนรู้ และความมั่นใจในสังคม

2.3 สร้างพื้นฐานพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีตั้งแต่วัยเรียน ซึ่งจะคงอยู่จนโตเป็นผู้ใหญ่

3. ต่อระบบงานทันตกรรม

3.1 เปลี่ยนแนวทางการทำงานจากการรักษา (curative care) ไปสู่การป้องกัน (preventive care) ซึ่งมีความคุ้มค่ามากกว่าในระยะยาว

3.2 สนับสนุนให้เกิดการวางแผนเชิงระบบ โดยบูรณาการงานทันตกรรมเข้ากับงานอนามัยโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง

3.3 ส่งเสริมการพัฒนานโยบายด้านทันตสาธารณสุขที่เน้นการป้องกัน ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. บูรณาการงานอนามัยในโรงเรียนเป็นนโยบายหลักระดับชาติ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการควรกำหนดให้การดำเนินงานอนามัยในโรงเรียนเป็นนโยบายหลักและต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กทุกคนได้รับบริการป้องกันโรคฟันผุอย่างเท่าเทียม

2. การจัดสรรงบประมาณแบบยั่งยืน ได้แก่ จัดงบประมาณประจำปีเฉพาะด้านสำหรับโครงการทันตกรรมป้องกันในโรงเรียน เพื่อลดความเสี่ยงการหยุดชะงักของโครงการ

3. การติดตามและประเมินผลระดับประเทศ ได้แก่ จัดทำระบบฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากของนักเรียนระดับชาติ เพื่อใช้ติดตามผลลัพธ์ของมาตรการป้องกันและวางแผนเชิงกลยุทธ์ในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. เพิ่มสัดส่วนการทำงานด้านป้องกันในโรงพยาบาลชุมชน โดยปรับแผนการปฏิบัติงานให้บุคลากรทันตกรรมใช้เวลามากขึ้นในการออกหน่วยป้องกันในโรงเรียน แทนที่จะเน้นการรักษาในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว

2. พัฒนาบุคลากรครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงเรียน โดยจัดอบรมความรู้และทักษะการคัดกรองปัญหาสุขภาพช่องปากเบื้องต้น เพื่อให้สามารถตรวจพบปัญหาได้ตั้งแต่ระยะแรกและส่งต่อเด็กที่จำเป็นไปยังหน่วยบริการ

3. จัดระบบติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยง โดยพัฒนาระบบติดตามและให้คำแนะนำรายบุคคลสำหรับเด็กที่มีความเสี่ยงสูงต่อฟันผุ เพื่อป้องกันการลุกลามจนต้องรักษาซับซ้อน

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. วิจัยติดตามผลระยะยาว ทำการศึกษาติดตามผลของงานอนามัยในโรงเรียนในระยะ 3-5 ปี เพื่อประเมินผลด้านต้นทุนและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ชัดเจน

2. วิจัยเชิงเปรียบเทียบในพื้นที่ต่าง ๆ ดำเนินการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบในหลายจังหวัด เพื่อสร้างฐานข้อมูลระดับประเทศและลดความเหลื่อมล้ำด้านข้อมูล

3. การพัฒนานวัตกรรมการป้องกัน สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีหรือสื่อการสอนสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับเด็กในแต่ละช่วงวัย เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของโครงการ

ข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน

1. สร้างความร่วมมือกับผู้ปกครอง จัดประชุมหรืออบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. กิจกรรมรณรงค์ในชุมชน จัดกิจกรรมรณรงค์และตรวจสุขภาพช่องปากร่วมกับโรงเรียนและหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสร้างความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วม

3. สร้างเครือข่ายอาสาสมัครดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก พัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนให้มีความรู้และทักษะพื้นฐานในการติดตามพฤติกรรมการดูแลฟันของเด็ก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2022). Oral health. Geneva: WHO; 2022.
2. Petersen PE.(2023). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31 Suppl 1:3-24.
3. กรมอนามัย.(2561). รายงานสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. Simonsen RJ.(2011). Pit and fissure sealant: review of the literature. Pediatr Dent. 2011;33(7):489-94.
5. กรมอนามัย.(2563). คู่มือการป้องกันโรคฟันผุในเด็กนักเรียนประถมศึกษา. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2563.

6. American Academy of Pediatric Dentistry.(2021). Policy on school-based oral health care. Pediatr Dent. 2021;43(6):105-6.
7. Griffin SO, Jones K, Crespin M.(2016). Fifteen-year follow-up of sealants on permanent molars in adults. J Am Dent Assoc. 2016;147(6):404-8.
8. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW.(2015). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
9. ข้อมูลภายในงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์.(2568). รายงานประจำปีงบประมาณ 2568.
10. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW.(2015). Methods for the economic evaluation of health care programmes. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
11. กรมอนามัย. (2563). คู่มือการป้องกันโรคฟันผุในเด็กนักเรียนประถมศึกษา. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
12. Petersen PE.(2023). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31 Suppl 1:3-24.
13. World Health Organization.(2016). Oral health: fact sheet. Geneva: WHO; 2016.
14. Griffin SO, Jones K, Crespin M.(2001). School-based dental sealant programs prevent cavities and are cost-effective. J Evid Based Dent Pract. 2001;1(2):92-93.
15. Kwan SY, Petersen PE, Pine CM, Borutta A.(2005). Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. Bull World Health Organ. 2005;83(9):677-685.
16. ศิริพร แสงสว่าง, สมชาย พิพัฒน์เกียรติ, วิมลรัตน์ จันทร์เพ็ญ.(2562). ผลของโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนต่อการลดฟันผุในเด็กประถมศึกษา จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุข. 2562;12(2):45-56.

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

Development of nursing guidelines to prevent hospital acquired pneumonia at Suwannaphum Hospital.

(Received: September 17,2025 ; Revised: September 24,2025 ; Accepted: September 26,2025)

ปาริชาต ใจดี[1]
Parichat Jaidee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ โดยมีการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียวระหว่างเดือนระยะการดำเนินระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์ ถึง เดือน เมษายน 2568 ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคลากรพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์จำนวน 34 คน การรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้จากผลการศึกษาการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการนอนโรงพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลของพยาบาล การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการนอนโรงพยาบาล

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรพยาบาลวิชาชีพเป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.06 ช่วงอายุส่วนใหญ่ 22-29 ปี ร้อยละ 52.94 ประสบการณ์การทำงานอยู่ช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 35.29 จำนวนครั้งผ่านการอบรม ร้อยละ 75.56 พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบพบว่าภาพรวมการปฏิบัติทุกด้าน ร้อยละ 91.38 อยู่ในระดับดีมาก ส่วนการปฏิบัติที่ปฏิบัติได้สูงสุด ได้แก่ การให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 98.89 การทำความสะอาดมือ ร้อยละ 94.12 การดูดเสมหะ ร้อยละ 89.04 การดูแลความสะอาดปากและฟัน ร้อยละ 81.76 อยู่ในระดับดีมาก

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล ปอดอักเสบ

Abstract

This research was action research aimed todevelopment of nursing guidelines to prevent hospital acquired pneumonia at Suwannaphum Hospital. Data collection in one group between February 2025 and April 2025. The population used in research are nursing personnel with experience for 34 cases. Data were collection by study of the practice of nursing caring for patients consist 2 parts, personal, information Nursing care to prevent pneumonia and nursing to preventing pneumonia

The results of the study found that professional nurses were female, 97.06 % , with majority aged 22-29 years (52.94 percent), working experience between 1-3 years (35.29 percent), and training (75.56 percent). That nursing practices to prevent pneumonia overall practices aspects (91.38%) were very good. The practices that were most performed were tube feeding (98.89%), hand hygiene (94.12%), suction (89.04%), and oral care (81.76%) were very good.

Keywords: nursing practice guidelines, pneumonia

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นโรคที่มีอาการอักเสบของเนื้อปอดทำให้ปอดทำหน้าที่ได้ลดลงจนเกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย พบได้บ่อยและพบได้มากในกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูก

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ถ่ายอวัยวะ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกันเป็นเวลานาน ร้อยละ 8 - 10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันทางระบบหายใจและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคปอดอักเสบเกิดได้จากสาเหตุหลัก 2 สาเหตุ ได้แก่ ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อ ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่และปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อผู้ป่วยจึงมีอาการแสดงของโรคในลักษณะที่แตกต่างกัน บางครั้งอาจพบปอดอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นด้วย[1] ปัจจุบันจำแนกโรคปอดอักเสบตามแหล่งพื้นที่สภาพแวดล้อมที่เกิดปอดอักเสบ ได้แก่ ปอดอักเสบในชุมชน (Community - Acquired Pneumonia : CAP) ซึ่งเป็นภาวะปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อภายนอกโรงพยาบาลไม่รวมปอดอักเสบที่เกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ และปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Nosocomial Pneumonia หรือ Hospital-Acquired Pneumonia : HAP) เป็นปอดอักเสบจากการติดเชื้อที่เกิดภายหลังจากผู้ป่วยเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมง[1] ข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 ทั่วประเทศรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวน 215,951 ราย เสียชีวิต 486 ราย กลุ่มอายุ 0-4 ปี มีอัตราป่วยสูงสุดรองลงมา คือ กลุ่มอายุ 65 ปี ขึ้นไป[2] ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี และมีภูมิต้านทานต่ำมักจะมีการติดเชื้อที่รุนแรง ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตสูง[3,4] และรายงานในสถานการดูแลผู้สูงวัย (Nursing Home) ของสหรัฐอเมริกา พบว่าภาวะปอดอักเสบเป็นสาเหตุ อันดับที่ 3 ที่ทำให้ผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในปอดอักเสบ รองลงมา คือ การติดเชื้อในกระแสเลือด หนองในโพรงเยื่อหุ้มปอดและเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานร่างกายต่ำมีการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการต้านทานเชื้อโรคและสร้างภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ในผู้สูงอายุเสื่อมลง นำไปสู่การติดเชื้อได้ง่าย[5] ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้บ่อย และในผู้สูงอายุอาการ อาการแสดงไม่ชัดเจน หรือไม่มีอาการเนื่องจากความรู้สึกตัวที่เสื่อมถอยลง อาจมีโรคอื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอักเสบได้อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยทุกคนมีวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองที่ถูกต้องและรู้ถึงวิธีการป้องกันโรคปอดอักเสบก็จะลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดอักเสบลงได้ ดังนั้นการให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เช่น ออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารจะช่วยลดอาการสำลักได้ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดในช่วงที่มีไข้หวัดและไข้หวัดใหญ่ระบาด หลีกเลี่ยงการใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่นเป็นประจำเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ไม่สูบบุหรี่ ไม่เข้าใกล้ควันบุหรี่ ควันไฟ หรือควันจากท่อรถยนต์ ฝึกบริหารปอดเพื่อให้ปอดแข็งแรง รวมทั้งการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ทุกปี สิ่งเหล่าจะช่วยป้องกันการเกิดโรคและช่วยลดความรุนแรงเมื่อเกิดโรคปอดอักเสบลงได้[1,6,7,8]

โรงพยาบาลสุวรรณภูมิเป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุกเพศ อายุ 15 ปี ขึ้นไปที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางอากาศ ปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 11,932 คน, 12,686 คน ละ 13,446 คน ตามลำดับ ในหอผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2566 พบว่า โรค อันดับแรกของหอผู้ป่วย คือ 1.ปอดอักเสบ(Pneumonia) 2.ไข้หวัดใหญ่ (Influenza) 3.ไข้หวัด RSV (Respiratory Syncytial Virus : RSV) 4.โรคงูสวัด (Disseminated Herpes Zoster) 5.โรคอีสุกอีใส(Chicken Pox) พบว่าผู้ป่วยที่มาด้วยโรคติดเชื้อเหล่านี้มักมีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคปอดอักเสบร่วมด้วย และเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบ ปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 1,922 คน, 2204 คน และ 1,781 คน ตามลำดับ อาจส่งผลให้การรักษาเป็นไปอย่างยากลำบากและผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษา ฟื้นฟูสภาพร่างกาย การให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบขึ้นเพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลมีแนวทางการปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน

วัตถุประสงค์

พัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบจากการนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบจากการนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ประชากรกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติในหอผู้ป่วย จำนวน 34 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ระยะการดำเนินระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์ ถึง เดือน เมษายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) คือศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการจำนวนทั้งหมด จากสูตร

$$n = \frac{N}{1+ Ne^2}$$

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

$$n = \frac{40}{1.10}$$

n = 36.3636 คน

n ≈ 36 คน

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนในการศึกษาได้จำนวน 36 คน จากจำนวนพยาบาลที่เข้าเกณฑ์ 40 คน เนื่องจากมีบุคลากรลาป่วยและลาพักผ่อน 2 คน ดังนั้นขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 34 คน

ประชากรกลุ่มที่ 1: พยาบาลวิชาชีพ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. พยาบาลวิชาชีพ สังกัดโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

2. ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

3. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี

4. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

2. ไม่ยินดีและสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย หรืออยู่ในระยะลาคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการประยุกต์ ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วย เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินอาการโรคปอดอักเสบของอภิสิทธิ์ ตามสัตย์[6] ประกอบด้วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของพยาบาล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ประสบการณ์การทำงานทั้งหมด ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ ฝึกอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ แบบข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ การปฏิบัติทุกครั้ง การปฏิบัติบางครั้งและการไม่ปฏิบัติ การให้คะแนนการปฏิบัติ ซึ่งการปฏิบัติทุกครั้งและการปฏิบัติบางครั้งให้ 1 และ 2 คะแนนตามลำดับ ไม่ปฏิบัติจะไม่ได้ให้คะแนน แบ่งระดับการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติในระดับดีประกอบด้วยข้อมูลด้านการปฏิบัติการพยาบาล 4 กิจกรรม คือ

1.การทำความสะอาดมือ 5 ข้อ

2.การดูแลช่องปากและฟัน 5 ข้อ

3.การดูดเสมหะ 11 ข้อ

4.การให้อาหารทางสายให้อาหาร 8 ข้อ

ข้อมูลแบบสอบถามคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วย การให้คะแนนเห็นด้วย 3 คะแนนและไม่แน่ใจ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน แบ่งระดับอุปสรรคเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลางและระดับน้อย ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านสิ่งสนับสนุน ด้านการบริหารจัดการ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการปฏิบัติ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรที่ศึกษา โดยการนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่HE 2567-12-27-096

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความร่วมมือถึงหอผู้ป่วย เพื่อขออนุญาตให้หัวหน้าหอผู้ป่วยในการแจกเอกสารและอธิบายแบบสอบถามพร้อมเอกสารชี้แจงให้กับกลุ่มตัวอย่างการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการดำเนินตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ขอหนังสือผ่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตดำเนินการวิจัย 2) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย 3) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยตามแผนงานที่วางไว้ โดยกำหนดขอรับแบบสอบถามคืนด้วยวิธีการเก็บใส่ซองสีน้ำตาลทึบ พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล จำนวน 34 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูลและการประมวลผลข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบของพยาบาลวิชาชีพเป็นแบบสอบถามรายข้อและรายด้านนั้นได้วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

2. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบและสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ วิเคราะห์ด้วยสถิติหาความสัมพันธ์ของข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง นำมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำมาลงรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูลลงตามรหัสข้อมูลในโปรแกรม Excel แล้วตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หากพบว่ามีข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตรงกันจะต้องนำข้อมูลไปตรวจสอบกับต้นฉบับและแก้ไขให้ถูกต้องต่อไป

ผลการศึกษา

ข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการ

การคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.00 ช่วงอายุส่วนใหญ่ ≥ 70 ปี ร้อยละ 40.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.00 การศึกษาจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 การวินิจฉัยโรคหลักที่พบมากที่สุด คือ Congestive heart failure ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.00 ได้รับยาปฏิชีวนะก่อนนอนรักษา ร้อยละ 20.00 ได้รับยาปฏิชีวนะขณะนอนรักษา ร้อยละ 45.00 ได้รับออกซิเจน ร้อยละ 35.00 Chest X-ray ผิดปกติแรกรับ ร้อยละ 10.00 ได้รับการตรวจ Covid-19 test ร้อยละ 25.00 ผล Covid-19 Antigen test ปกติ ร้อยละ 100.00

ข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเป็นเพศ

หญิง ร้อยละ 97.06 ช่วงอายุส่วนใหญ่ 22-29 ปี ร้อยละ 52.94 ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิอยู่ช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 35.29 ระดับการศึกษาจบปริญญาตรีและเทียบเท่า ร้อยละ 100.0 ประสบการณ์ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ร้อยละ 100.0 จำนวนครั้งผ่านการอบรม ร้อยละ 75.56

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบ

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบพบว่าภาพรวมการปฏิบัติทุกด้าน ร้อยละ 91.38 อยู่ในระดับดีมาก ส่วนการปฏิบัติที่ปฏิบัติได้สูงสุด ได้แก่ การให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 98.89 การทำความสะอาดมือ ร้อยละ 94.12 การดูดเสมหะ ร้อยละ 89.04 การดูแลความสะอาดปากและฟัน ร้อยละ 81.76อยู่ในระดับดีมาก

จากข้อมูลการปฏิบัติการดูแลความสะอาดปากและฟัน พบว่าขณะทำความสะอาดช่องปากจัดให้นอนหัวสูงไม่น้อยกว่า 30 องศา ร้อยละ 85.29 แปรงฟันและ/หรือบ้วนปากวันละ 3-4 ครั้ง/วัน ร้อยละ 58.82 ดูดน้ำลายปากก่อนดูดเสมหะในท่อในรายที่ใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 76.47 หลังใช้แล้วอุปกรณ์ทิ้งสายในภาชนะที่จัดไว้ทุกครั้ง ร้อยละ 94.12 อุปกรณ์ที่ใช้ต้องสะอาดและแห้งทุกครั้งก่อนนำมาใช้ ร้อยละ 94.12

จากข้อมูลการปฏิบัติการดูดเสมหะ โดยประเมินปอดผู้ป่วยก่อนการดูดเสมหะทุกครั้ง ร้อยละ 76.47 ล้างมือด้วยวิธี Hygienic hand washing ก่อนและหลังการดูดเสมหะ ร้อยละ 97.06 ดูดเสมหะหลังการทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 82.35 ปรับแรงดัน 80 – 120 มิลลิเมตรปรอท ในการดูดเสมหะ ไม่ควรเกิน 150 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 97.06 ดูดเสมหะผู้ป่วยในท่านอนหงาย ศีรษะสูง 15 องศา ร้อยละ 85.29 ดูดเสมหะผู้ป่วยก่อนให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 91.18 ตรวจ Cuff ก่อนดูดเสมหะผู้ป่วย ร้อยละ 73.53 ไม่หยอดน้ำเกลือละลายเสมหะทุกครั้ง ควรหยดเมื่อเสมหะเหนียวดูดลำบาก ร้อยละ 85.29 ประเมิน บันทึกลักษณะสีของเสมหะในแบบบันทึกทางการพยาบาล ร้อยละ 97.06 เมื่อดูดเสมหะเสร็จให้ปลดสายดูดเสมหะใส่ถังขยะติดเชื้อ ร้อยละ 97.06 ใช้สำลีแอลกอฮอล์เช็ด70% เช็ดอุปกรณ์ก่อนและหลังดูดเสมหะ ร้อยละ 97.06

จากข้อมูลการปฏิบัติการทำความสะอาดมือ พบว่าล้างมือ/Hand rubก่อน–ล้างมือหลังสัมผัสสิ่งคัดหลั่งแม้ว่าสวมถุงมือร้อยละ 91.18 ใช้ Alcohol Hand rub มือก่อนสัมผัสหรือทำกิจกรรมพยาบาลรายต่อไปร้อยละ 100.00 ล้างมือ Alcohol Hand rub ก่อน-หลังเทน้ำปัสสาวะร้อยละ 97.06 ล้างมือ Alcohol Hand rub ก่อน-หลังดูดเสมหะ ร้อยละ 100.00 ล้างมือ Alcohol Hand rub ก่อน-หลังพ่นยา ร้อยละ 97.06

จากข้อมูลการปฏิบัติการให้อาหารทางสายยาง พบว่าการจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา เมื่อต้องให้อาหาร ร้อยละ 100.00 การทำความสะอาดมือด้วยวิธี Normal hand hygienic ก่อนและหลังการให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 100.00 การดูดเสมหะก่อนให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 97.06 การประเมินปริมาณอาหารทุกครั้งก่อนให้อาหาร ถ้าเหลือค้างให้เลื่อนให้อาหารไปก่อน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 100.00 การค่อยๆปล่อยให้อาหารไหลช้าช้าไม่ใช้แรงดันและเร็วจนเกินไป ร้อยละ 100.00 หากผู้ป่วยไอระหว่างการให้อาหารต้องหยุดให้อาหารจนกว่าผู้ป่วยจะหยุดอาการไอ ร้อยละ 100.00 จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูงอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หลังให้อาหาร ร้อยละ 100.00 หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะหลังให้อาหาร 1 ชั่วโมง ร้อยละ 91.67 เช็ดด้วย70%Alcohol ปลายสายยางหลังให้อาหารเสร็จทุกครั้ง ร้อยละ 94.12

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

จากข้อมูลสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พบความเข้าใจและพิทักษ์สิทธิการรักษาของผู้ป่วยร้อยละ 100.00 การพยาบาลด้วยความเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจและเอื้ออาทร ร้อยละ 100.00 ให้ข้อมูลและความจำเป็นในการดูแลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจ

เกี่ยวกับการรักษา ร้อยละ 97.06 ประเมินปัญหาในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เช่น การหายใจหายใจหอบเหนื่อยและการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเป็นต้น ร้อยละ 97.06 วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 94.12 ประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะดูแลในหอผู้ป่วย ร้อยละ94.12 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ (O2Sat มากกว่า 95%) ร้อยละ 100.00 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและมีการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเตรียมความพร้อมเรื่องอุปกรณ์เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ร้อยละ 100.00 สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจ การสำลัก การเกิดแผลกดทับ ข้อติด ร้อยละ 88.24 สามารถประเมินอาการภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น ไข้สูง เสมหะสีขุ่น ร้อยละ 97.06 สามารถจัดการและตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและญาติเช่น คลายความวิตกกังวล ความปวดและการจัดการการสื่อสารของผู้ป่วยได้ ร้อยละ 94.12 สามารถเตรียมความพร้อมของเครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 97.06 ท่านยอมรับและรับฟังเมื่อผู้ป่วย ญาติและทีมสุขภาพแสดงความคิดเห็น ร้อยละ 94.12 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 4 กิจกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100.00 จำนวนครั้งผ่านการอบรม ร้อยละ 75.56 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการได้รับความรู้ทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคปอดอักเสบเพิ่มขึ้น[7] การมีความรู้ในการป้องกันโรคปอดอักเสบจึงมีความสำคัญในการให้การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรม พบว่าที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การปฏิบัติการดูแลความสะอาดปากและฟัน พบว่าขณะทำความสะอาดช่องปากจัดให้นอนหัวสูงไม่น้อยกว่า 30 องศา ร้อยละ 85.29 แปรงฟันและ/หรือบ้วนปากวันละ 3-4 ครั้ง/วัน ร้อยละ 58.82 ดูดน้ำลายปากก่อนดูดเสมหะในรายที่ใส่ท่อ ร้อยละ 76.47 หลังใช้แล้วอุปกรณ์ทิ้งสายในภาชนะที่จัดไว้ทุกครั้ง ร้อยละ 94.12 อุปกรณ์ที่ใช้ต้องสะอาดและแห้งทุกครั้งก่อนนำมาใช้ ร้อยละ 94.12 ส่วนการปฏิบัติที่ปฏิบัติได้สูงสุด ได้แก่ การให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 98.89 การทำความสะอาดมือ ร้อยละ 94.12 การทำความสะอาดมือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส ซึ่งเป็นวิธีที่ทั่วโลกยอมรับว่าลดการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ การศึกษาของกำธร มาลาธรรม[8] จากข้อมูลสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ที่ยังพบว่ายังต้องมีการพัฒนาเพิ่ม ให้ข้อมูลและความจำเป็นในการดูแลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ร้อยละ 97.06 ประเมินปัญหาในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เช่น การหายใจ หายใจหอบเหนื่อยและการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเป็นต้น ร้อยละ 97.06 วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 94.12 ประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะดูแลในหอผู้ป่วย ร้อยละ94.12 สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจ การสำลัก การเกิดแผลกดทับ ข้อติด ร้อยละ 88.24 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 32.33 ทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยขาดทักษะในการคัดกรองดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 35.56 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุส่วนใหญ่ 26-30 ปี ร้อยละ 41.11 ส่วนประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลอยู่ช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 47.78 การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยทำให้ขาดทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยมีผลต่อการปฏิบัติ ดังข้อมูลการศึกษาวิจัยพบว่าการให้เพิ่มพูนความรู้และทักษะ การปฏิบัติเรื่องการป้องกันปอดอักเสบแก่บุคคลากรที่ดูแลผู้ป่วย พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบได้ ร้อยละ 50

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.การปฏิบัติในการป้องกันโรคปอดอักเสบควรได้รับการแก้ไข ออกแบบแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจน ควรมีการแก้ไขในเชิงกำหนดนโยบายและทีมสหวิชาชีพร่วมกันในการประเมินสภาพผู้ป่วยได้เร็วขึ้น

2.การปฏิบัติในการป้องกันโรคปอดอักเสบควรได้รับการแก้ไข ที่ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขเร่งด่วนได้แก่ การทำความสะอาดช่องปากและฟัน โดยมุ่งเน้นการนำเสนอนโยบายแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและได้ผ่านการรับรองจากท่านผู้บริหาร กำหนดนิเทศ ติดตามและประเมินทุกเดือนรายไตรมาส

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคปอดอักเสบของพยาบาลวิชาชีพ

2. ศึกษาเพื่อค้นหาแนวทางหรือกลยุทธ์ในการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคปอดอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่อนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูล ขอบคุณกลุ่มงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เป็นส่วนสำคัญที่จะข้อมูลสนับสนุนและตัวแทนบุคลากรพยาบาลทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับการจัดทำงานวิจัยครั้งนี้จนเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบคุณบิดาแลครอบครัวที่คอยสนับสนุนให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ชลาลัย คล้ายพิมพ. (2563). ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตใน 48 ชั่วโมงของผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วานสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต. ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2563; 92-99.
2. ปองนุช บุญยไพศาลเจริญ. (2562). สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาลสิงห์บุรี. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. ปีที่ 28ฉบับที่ 1 ม.ค. – มิ.ย. 2562; 43-54.
3. นงณภัทร รุ่งเนย. (2560). การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ วิชาการสถาบันพระบรมราชชนก
4. สุณิตา ทองบ่อ1, ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท. (2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลยโสธร. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. yasothon.moph.go.th. 2 มกราคม 2567; 1-15.
5. อุ่นเรือน กลิ่นขจร, สุพรรษา วรมาล. (2563). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2563.
6. อภิสิทธิ์ ตามสัตย์. (2565). การประเมินความรุนแรงของอาการโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยอายุรกรรม. วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565; หน้า 483-493
7. Grief SN, Loza JK.(2018) Guidelines for the Evaluation and Treatment of Pneumonia. Prim Care. 2018 Sep;45(3):485-503. doi: 10.1016/j.pop.2018.04.001. PMID: 30115336; PMCID: PMC7112285.
8. กำธร มาลาธรรม (2560) การพัฒนารูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยากลุ่ม Carbapenem Resisteance Enterobacteriaceae ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารสถานีป้องกันและควบคุมโรคเขตเมือง ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (2021): กันยายน 2563 - กุมภาพันธ์ 2564

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development of a nursing care model for preventing hypotension in pregnant women undergoing cesarean section under spinal anesthesia At Phonthong Hospital, Roi Et Province.

(Received: September 17,2025 ; Revised: September 24,2025 ; Accepted: September 26,2025)

อรทัย ไชยสุข[1] จุฑามาศ จวนสาง[1] ฐาปริมนต์ วงศ์รัตนจิรากุล[2]
Auratai Chaiyasook[1] Jutamart Juansarng[1] Thaparimont Wongratanajirakul[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ.2567 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ.2567 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง จำนวน 31 ราย เครื่องมือใช้แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสัมภาษณ์ การประชุมระดมสมองและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา เปรียบเทียบความดันโลหิตก่อนและหลังให้การระงับความรู้สึก โดยใช้ สถิติ Pair t test

ผลการศึกษา รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการปรับปรุงแบบบริการงานวิสัญญี มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง พบว่าอุบัติการณ์ความดันโลหิตต่ำลดลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและความพึงพอใจในแนวปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับดีมาก

คำสำคัญ : การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์

Abstract

This research aimed to develop a nursing model to prevent hypotension in pregnant women who underwent cesarean section under spinal anesthesia and to evaluate the results of using the developed model. This research was an action research conducted from January 2024 to August 2024. The sample group consisted of 31 pregnant women who underwent a cesarean section under spinal anesthesia. The instruments used were an interview form, a treatment information recording form, and a satisfaction questionnaire. Data were collected through interviews, brainstorming sessions, and group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis. Blood pressure was compared before and after anesthesia using the Pair t test.

Results: The developed model was an improvement of the anesthesia service model. It included nursing practice guidelines for the prevention of low blood pressure in pregnant women who underwent abdominal cesarean section under spinal anesthesia. The results showed that the incidence of low blood pressure was reduced, there were no complications from spinal anesthesia, and satisfaction with the nursing practice guidelines was at a very good level.

Keywords: Spinal anesthesia, Hypotension in pregnancy

[1] งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด
[2] งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดมีอัตราสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าบราซิลสูงเกือบร้อยละ 50 สหรัฐอเมริกาและออสเตรเลียร้อยละ 30-40[1] การศึกษาและการประมวลผลจากองค์กรอนามัยโลก (World Health Organization :WHO) พบว่าการผ่าตัดคลอดนั้นแนะนำที่ 10% - 15% ของจำนวนมารดาที่คลอด[2] อัตราที่สูงกว่านี้นับเป็นการผ่าตัดที่เกินความจำเป็น ซึ่งการผ่าคลอด (Caesarean Section) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อช่วยชีวิตมารดาและทารกในกรณีที่มารดาไม่สามารถคลอดธรรมชาติได้ ทั้งนี้การผ่าคลอดเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยง และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแม่และทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น การติดเชื้อ การสูญเสียเลือด ภาวะรกฝังลึกในการตั้งครรภ์ภายหลัง การลดความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงทำให้ภูมิคุ้มกันของทารกบางส่วนอ่อนแอลง การศึกษาในประเทศไทยพบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดในสถานพยาบาลของรัฐ ในปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์สูง ประมาณร้อยละ 30-40 และยังมีแนวโน้มสูงขึ้นอีกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารก อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น จากสถิติการผ่าตัดคลอดในปี พ.ศ.2561 พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดคิดเป็นร้อยละ 36.00 ปี พ.ศ.2562 ร้อยละ 37.38 ปี พ.ศ.2563 ร้อยละ 37.73 ปี พ.ศ.2564 ร้อยละ 38.63 และปี พ.ศ.2565 ร้อยละ 38.80 ตามลำดับ[3]

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Caesarean Section) มีวิธีการระงับความรู้สึก 2 วิธีคือ การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General anesthesia) และการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal anesthesia)[4] โดยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังเป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด เพราะสามารถทำได้ง่าย รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาผลของยาระงับความรู้สึกต่อทารก ออกฤทธิ์ระงับความรู้สึกเร็ว อีกทั้งยังมีประสิทธิภาพในการระงับปวด ทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ดี ทำให้ต้องการยาแก้ปวด หลังผ่าตัดลดลงและขณะผ่าตัดมารดายังรู้สึกตัว ทำให้ได้ใกล้ชิดทารกขณะคลอดเป็นการสร้างสายสัมพันธ์อันดีระหว่างมารดาและทารก ช่วยให้มารดาฟื้นตัวเร็วขึ้น ขณะเดียวกันภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดของการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดคือภาวะความดันโลหิต พบมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 53-80 เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา คือมดลูกที่ขยายใหญ่อาจกด Inferior Vena Cava (IVC) หรือเส้นเลือดใหญ่ส่วนล่าง (Aorta) ถ้ามารดาอยู่ในท่านอนหงาย Inferior Vena Cava จะถูกกดทับ ทำให้เลือดที่ไหลกลับไปหัวใจลดลง มีผลต่อ Stroke volume ลดลง มีความดันเลือดต่ำกว่าปกติเกิดขึ้น เรียกว่า “Supine Hypotensive Syndrome” หรือ Aorta Caval Occlusion Syndrome”[4]

นอกจากนี้แล้วการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนและหัวใจ โดยขัดขวางการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ทำให้หลอดเลือดขยายและเลือดมาสะสมบริเวณขา ส่งผลให้เลือดไหลกลับหัวใจน้อยลง ร่วมกับแรงต้านทานของหลอดเลือดปลายทางลดลง ทำให้ความดันเลือดต่ำ ระดับการชาที่สูงกว่า T4 เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะความดันเลือดต่ำ ซึ่งอธิบายทางสรีรวิทยา ได้คือ ยิ่งระดับการชาสูงขึ้นเท่าใด การปิดกั้นการ ทำงานของประสาทอัตโนมัติ Sympathetic จะถูก ยับยั้งสูงกว่าระดับการชา 2-6 ระดับทำให้เกิดการ ขยายตัวของหลอดเลือดมาก ร่วมกับระดับ T1-T4 เป็นตำแหน่งของ Cardio accelerate nerve fiber และ Chronotropic Effects ส่งผลทำให้เกิดภาวะความดันเลือดต่ำมากและรุนแรง ภาวะความดันโลหิตต่ำหมายถึงภาวะที่ค่าความดันโลหิต Systolic ลดลงต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือลดลงจากเดิม ร้อยละ 20 ของค่าความดันโลหิตปกติก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง[5] ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกายไม่เพียงพอ เซลล์ต่างๆ ได้ รับออกซิเจนลดลง ทำให้ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยน ไป

โดยในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย สับสน หงุดหงิด และมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป หากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เนื้อเยื่อของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เช่น สมอง หัวใจ ไต และอวัยวะภายในระบบทางเดินอาหารขาดออกซิเจนจนไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย[6]

โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 จำนวน 150 เตียง เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายรองรับผู้รับบริการจากโรงพยาบาลเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลเมยวดี โรงพยาบาลโพธิ์ชัย และโรงพยาบาลหนองพอก จากสถิติหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญี โรงพยาบาลโพนทองมีผู้มารับการผ่าตัดคลอด ตั้งแต่เดือนกันยายน 2565 ถึงเดือนตุลาคม 2566 จำนวน 545 ราย ผ่าตัดคลอดให้ยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาเข้าทางช่องน้ำไขสันหลังจำนวน 530 ราย (ร้อยละ 97.24) พบมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัดจำนวน 407 ราย (ร้อยละ 76.79) ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของภาวะแทรกซ้อน ขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังทั้งหมด เป็นผู้ป่วย American association of Anesthesiologist (ASA) หมายถึง การจำแนกผู้ป่วยออกเป็นระดับต่างๆตามสภาพผู้ป่วยปัญหาและโรคที่เป็นอยู่ด้วย ระดับ 2 ในฐานะวิสัญญีพยาบาลจึงควรมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลระยะก่อนระยะให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังระงับความรู้สึก เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัดและลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเช่น หัวใจเต้นช้า วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน หรือภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นในขณะนั้น และให้ผู้รับบริการปลอดภัยและได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ.2567 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ.2567 ดำเนินการ 3 ระยะ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาความเสี่ยง ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง สถานการณ์ ปัญหา ความเสี่ยง ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ปี 2566 จำนวน 545 ราย ผ่าตัดคลอดให้ยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาเข้าทางช่องน้ำไขสันหลังจำนวน 530 ราย (ร้อยละ 97.24) พบมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัดจำนวน 407 ราย (ร้อยละ 76.79) ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของภาวะแทรกซ้อน ขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังทั้งหมด ดำเนินการช่วงเดือน มกราคม พ.ศ. 2567

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง นำกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบเข้ามาประยุกต์ใช้ ได้แก่ (1) ข้อมูลนำเข้า (input) เป็นข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวางแผนออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (2)

กระบวนการทำงาน (Process) และ (3) ผลผลิต (output) วัดจากตัวชี้วัดที่กำหนดตามแบบจัดเก็บตัวชี้วัด การทดสอบประสิทธิผลของการใช้รูปแบบด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยใช้ 4 ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflection) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง จำนวน 31 ราย ผู้ร่วมวิจัยเป็นวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 8 ราย หลังจากนั้นนำรูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้นปรึกษาและผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จนได้ฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ดำเนินการช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ประชุมระดมสมองโดยนำข้อคำถามปลายเปิดตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบเข้ามาประยุกต์ใช้ ได้แก่ (1) ข้อมูลนำเข้า (input) เป็นข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวางแผนออกแบบและพัฒนารูปแบบการการพยาบาลจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (2) กระบวนการทำงาน (Process) และ (3) ผลผลิต (output) วัดจากตัวชี้วัดที่กำหนดตามแบบจัดเก็บตัวชี้วัดนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นปรึกษาและผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จนได้ฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) การนำรูปแบบที่ได้ไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ในระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก ขณะให้การระงับความรู้สึก และหลังให้การระงับความรู้สึก เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ แบบประเมินทักษะในการดูแลในการใช้รูปแบบการพยาบาล และแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) ติดตาม สังเกตจากกระบวนการและทดลองใช้รูปแบบการให้บริการวิสัญญีและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 Reflection หลังจากนำรูปแบบไปใช้

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล สรุปผลการใช้การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

เครื่องมือวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล แบบประเมินทักษะในการดูแลในการใช้รูปแบบการพยาบาล และแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา เปรียบเทียบความดันโลหิตก่อนและหลังให้การระงับความรู้สึก โดยใช้สถิติ Pair t - test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE 2567-04-26-034 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21 – 30 ปี ร้อยละ 58.10 ($\bar{x}$ = 26.87, SD 5.73) มีน้ำหนักส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 71 – 80 กิโลกรัม และ 81 – 90 กิโลกรัม ร้อยละ 29.03 ($\bar{x}$ = 81.36, SD 12.96) มีส่วนสูงส่วนใหญ่ ≥ 161 เซนติเมตร ร้อยละ 48.39 ($\bar{x}$ = 159.58, SD 5.14) มี BMI ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 26 – 30 และ 31 – 35 ร้อยละ 29.03 ($\bar{x}$ = 31.16,

SD 7.96) หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.10 ASA physical status ส่วนใหญ่ ASA class II E ร้อยละ 64.51 ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ไม่เคยผ่านการคลอดและไม่เคยแท้ง ร้อยละ 48.39 ร้อยละ 54.84 และ ร้อยละ 77.42 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ร้อยละ 45.16 ความเข้มข้นของเลือดก่อนผ่าตัด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 38 – 40 vol% ร้อยละ 41.94 ระยะเวลาการงดน้ำงดอาหาร ส่วนใหญ่ งดน้ำงดอาหาร ≤ 8 ชั่วโมง ร้อยละ 41.94 และประวัติการได้รับการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการได้รับการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ร้อยละ 58.06

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง พบว่า การได้รับสารน้ำก่อนให้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ส่วนใหญ่ไม่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำก่อนให้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ร้อยละ 80.64 ปริมาณสารน้ำที่ได้รับใน Intra Operation ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 601 – 900 ml ร้อยละ 45.16 ปริมาณชา ที่ได้รับส่วนใหญ่ 2 ml ร้อยละ 87.10 การหนุนสะโพก ส่วนใหญ่ได้รับการหนุนสะโพกร้อยละ 100.00 ท่าการบล็อกหลัง ส่วนใหญ่จัดท่านอนตะแคง ร้อยละ 87.10 ระดับการชา ส่วนใหญ่ชาระดับ T4 ร้อยละ 90.32 ระยะเวลาการผ่าตัด ส่วนใหญ่ระยะเวลาการผ่าตัดอยู่ในช่วง 31 – 40 นาที ร้อยละ 45.16 Urine out put ส่วนใหญ่ ปริมาณ urine ออกอยู่ในช่วง 50 - 100 ml ร้อยละ 64.51 ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด ส่วนใหญ่เสียเลือดอยู่ในช่วง 200 – 300 ml ร้อยละ 45.16 การเกิด Hypotension ส่วนใหญ่ไม่เกิด Hypotension ร้อยละ 67.74

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ

ผลการวิเคราะห์ การเปรียบเทียบความดัน Systolic ก่อนและหลัง spinal block พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ การเปรียบเทียบความดัน Diastolic ก่อนและหลัง spinal block พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์ การเปรียบเทียบความดัน Mean Arterial Pressure (MAP) ก่อนและหลัง spinal block พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์ การเปรียบเทียบการให้ยาตีบหลอดเลือดก่อนและหลัง spinal block พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ได้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความดันโลหิต Systolic ก่อนและหลัง spinal block

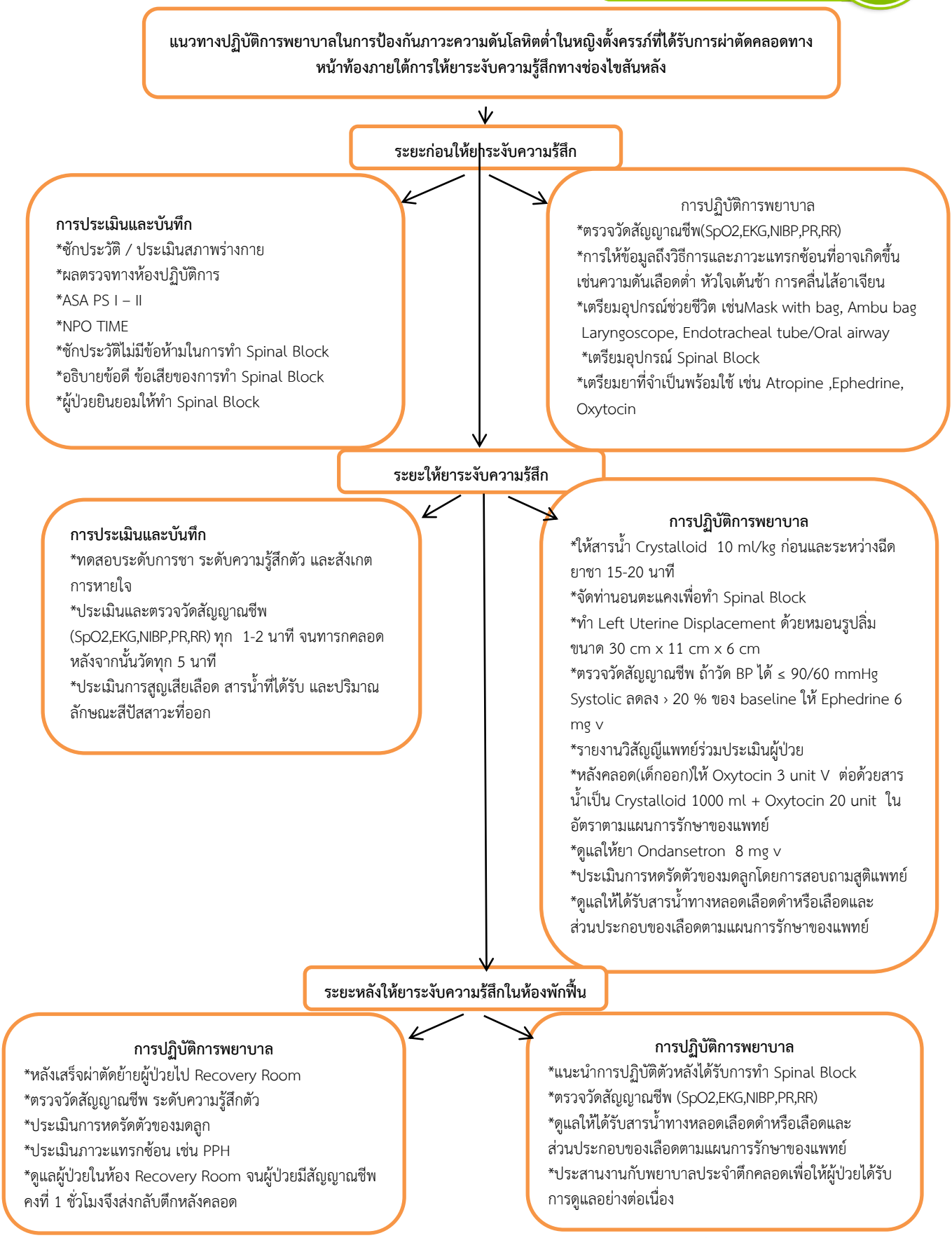
ความดันโลหิต	$\overline{x}$	SD	t	p
Systolic ก่อน SB	142.61	13.16	6.797	.000 *
Systolic หลัง SB	126.68	15.66		

* p < .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความดันโลหิต Diastolic ก่อนและหลัง spinal block

ความดันโลหิต	$\overline{x}$	SD	t	p
Diastolic ก่อนSB	84.97	9.663	5.247	.000 *
Diastolic หลัง SB	74.19	11.315		

* p < .05



ภาพประกอบ 1 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบ Mean Arterial Pressure (MAP) ก่อนและหลัง spinal block

ความดันโลหิต	$\overline{x}$	SD	t	p
MAP ก่อนผ่าตัด	101.03	11.822	5.805	.000 *
MAP หลังผ่าตัด	89.81	11.473		

* p < .05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการให้ยาตีบหลอดเลือดก่อนและหลัง spinal block

การให้ยาตีบหลอดเลือด	$\overline{x}$	SD	t	p
การให้ยาตีบหลอดเลือดทันทีหลังSB	.58	3.233	-.571	.572
การให้ยาตีบหลอดเลือดหลังSB 10นาที	1.16	4.495		

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบรูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังแบบเดิมกับพัฒนาใหม่

รูปแบบบริการ	แบบเดิม	แบบพัฒนาใหม่	ผลลัพธ์จากการพัฒนา
วิธีการให้สารน้ำ	วิธีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็วก่อนฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Preload) ด้วย Crystalloid	วิธีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็วขณะฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Coload) ด้วย Crystalloid	หญิงตั้งครรภ์ได้รับปริมาณสารน้ำที่เพียงพอลดความดันโลหิตขณะผ่าตัด
ปริมาณการให้สารน้ำ	ปริมาณสารน้ำที่ได้รับไม่แน่นอน	ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ 10 ml /kg	หญิงตั้งครรภ์ได้รับปริมาณสารน้ำที่เพียงพอ
ระยะเวลาการให้สารน้ำ	ระยะเวลาการให้สารน้ำไม่แน่นอน	ระยะเวลาการให้สารน้ำภายใน 20 นาที	หญิงตั้งครรภ์ได้รับสารน้ำตามเวลา
การหนุนสะโพก	การหนุนสะโพกด้วยหมอนขนาดเท่าขวดน้ำเกลือควบคุมองศาไม่ได้	การหนุนสะโพกขวาด้วยหมอนรูปลิ่มที่ประดิษฐ์ขึ้นเพื่อควบคุมองศาได้คงที่	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการหนุนสะโพกด้วยหมอนที่รองรับสะโพกที่เหมาะสม

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพยาบาล

ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล ในการใช้รูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง สามารถปฏิบัติได้จริง อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{x}$ =4.62, SD=0.51) สะดวกในการนำไปใช้ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{x}$=4.75, SD=0.46) ใช้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน/วิธีปฏิบัติชัดเจน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{x}$=4.87, SD=0.35) ใช้ได้ผลดีในการลดความดันโลหิตต่ำ อยู่ในระดับมาก ($\overline{x}$=4.37, SD=0.51) ความพึงพอใจรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{x}$=4.62, SD=0.51)

สรุปผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา ความเสี่ยง ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ปี 2566 จำนวน 545 ราย ผ่าตัดคลอดให้ยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาเข้าทางช่องน้ำไขสันหลังจำนวน 530 ราย (ร้อยละ 97.24) พบมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัดจำนวน 407 ราย (ร้อยละ 76.79) ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังทั้งหมด

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลโพน

ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าสิ่งที่ได้จากการพัฒนารูปแบบ คือ

2.1 การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ลดลง

2.2 ได้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าหลังจากได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังมีภาวะความดันโลหิตลดลง การผ่าตัดราบรื่น ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังให้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง หญิงตั้งครรภ์พึงพอใจในรูปแบบบริการ

4. ความพึงใจของวิสัญญีพยาบาลในการใช้รูปแบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{x}$=4.62, SD=0.51)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผลลัพธ์ของรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังการเปรียบเทียบความดัน Systolic ก่อนและหลัง spinal block พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความดัน Diastolic ก่อนและหลัง spinal block พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 และการเปรียบเทียบความดัน Mean Arterial Pressure (MAP) ก่อนและหลัง spinal block พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ความดันเลือดลดลง หลังการฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง เกิดจากการขยายของหลอดเลือดแดงและดำ ทำให้เลือดคั่งอยู่ใน ร่างกายส่วนที่ถูก block เลือดไหลกลับสู่หัวใจลดลง cardiac output ต่ำลง ความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับระดับที่เส้นประสาทซิมพาเธติคถูกยับยั้ง โดยทั่วไปการยับยั้งประสาทซิมพาเธติคจะสูงกว่าระดับการชา ประมาณ 2 ระดับ และความดันเลือดจะตกได้มากถ้าดมยาสลบร่วมด้วย แก้ไขโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำปริมาณเพียงพอก่อนทำ spinal block และให้เพิ่มอีก ถ้าความดันเลือดต่ำหลังทำ spinal block อาจให้สารน้ำ crystalloid 10-20 มล./กก. หรือให้ colloid แทนโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำปริมาณมากในเวลาจำกัด จะช่วยให้ลดอาการความดันโลหิตต่ำหลังให้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง[7,8]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องนี้สำหรับการนิเทศแก่วิสัญญีพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่

2. ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ไปเผยแพร่กับโรงพยาบาลในขนาด M2 เหมือนกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเปรียบเทียบปริมาณสารน้ำที่ควรได้รับเพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

เอกสารอ้างอิง

1.สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย ,2566. กรมอนามัยหนุนคลอดธรรมชาติ ย้ำการผ่าตัดคลอดควรเป็นไปตามข้อบ่งชี้หลังพบอัตราการผ่าตัดคลอดของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น สื่อมัลติมีเดีย กรมอนามัย (วันที่อ้างอิงถึง 30 พฤศจิกายน 2566).ที่มา: https://mutimedia.anamai.moph.go.th.//21082566

2,โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพฉบับที่ 139 ; 2564 แนวโน้มการผ่าตัดคลอดในไทยเพิ่มสูง:ถึงเวลาต้องคุยอย่างจริงจังแล้วหรือไม่ สื่อมัลติมีเดีย HITAP (วันที่อ้างอิงถึง 30 พฤศจิกายน 2566).ที่มา: https://www.hitap.net/documents/184063

3.รายงาน Service Plan สาขาแม่และเด็ก กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข,2566 สื่อมัลติมีเดีย ที่มา : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

4.กำแหง วัชรักษะ. Anesthesia and perioperative care คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:พี.เอ. ลีพวิ่ง จำกัด,2560. หน้า 301-311

5.กฤษณา รักษามณี. Ready for Crisis in Anesthesia พร้อมเสมอเมื่อเจอวิกฤตทางวิสัญญี พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:พริ้นท์เอเบิ้ล ,2565.หน้า 89-108

6.ภาสกร สวัสดิรักษ์.วิสัญญีตามสมัย เล่ม 1 Update in Anesthesia I พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:พี.เอ. ลีพวิ่ง จำกัด,2566. หน้า 165-182

7.เบญจมาศ เกียรติเกษมศาสตร์.ก้าวไกลวิสัญญี 4.0 ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: ธนาเพลส จำกัด,2562. หน้า 291 - 316

8.น้ำทิพย์ ไตรยสุนันท์. ตำราวิสัญญีพื้นฐานและหน่วยงานปฏิบัติ คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:พี.เอ. ลีพวิ่ง จำกัด,2560. หน้า 129-155

กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

The discharge process in the male inpatient department at Khao Wong Hospital, Kalasin Province.

(Received: August 3,2025 ; Revised: August 24,2025 ; Accepted: August 25,2025)

นงนุช ศรีวะโสม[1]
Nongnuch Sriwasom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย 2) ศึกษากระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย และ 3) ศึกษาผลของการใช้กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ปรับปรุงแล้วต่อเวลามาตรฐานและความพึงพอใจของผู้ป่วย การดำเนินการแบ่งเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย การเตรียมการ การศึกษาสถานการณ์ การปรับปรุงกระบวนการ และการศึกษาผลหลังปรับปรุง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบริการจำหน่ายก่อนการปรับปรุง 107 ราย และหลังการปรับปรุง 107 ราย รวม 214 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แผนภูมิการไหลของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย แบบวิเคราะห์คุณค่าของกิจกรรม แบบวิเคราะห์ความสูญเปล่าด้วยเทคนิค 7 Wastes แบบวิเคราะห์ปัญหาด้วยเทคนิค 5W1H แบบวิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอแนะด้วยเทคนิค ECRS นาฬิกาดิจิทัลสำหรับจับเวลา แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบบันทึกเวลา และแบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Independent samples t-test

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชายที่ได้รับการปรับปรุงโดยแนวคิดลีนมี 10 กิจกรรมหลักและ 33 กิจกรรมย่อย ซึ่งลดลงจากกระบวนการเดิมที่มี 74 กิจกรรมย่อย คิดเป็นการลดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นร้อยละ 55.41 เวลามาตรฐานที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายหลังการปรับปรุงเท่ากับ 66.45 นาที ลดลงจากเวลามาตรฐานก่อนการปรับปรุง 122.85 นาที คิดเป็นการลดเวลาร้อยละ 45.91 ระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยหลังการปรับปรุงเพิ่มขึ้นจากก่อนการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -52.93$, $p < 0.001$)

คำสำคัญ กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยใน การปรับปรุงกระบวนการ

Abstract

This action research aimed to 1) study the current situation of the patient discharge process in the male inpatient department 2) examine the patient discharge process in the male inpatient department and 3) evaluate the effects of the improved patient discharge process on standard time and patient satisfaction. The study was conducted in four phases preparation, situation analysis, process improvement, and post-improvement evaluation. The sample consisted of 214 patients who received discharge services 107 patients before improvement and 107 patients after improvement. Research instruments included patient discharge process flowcharts, activity value analysis forms, waste analysis using the 7 Wastes technique, problem analysis using the 5W1H technique, analysis and recommendation forms using the ECRS technique, digital stopwatches for time measurement, patient data recording forms, time recording forms, and patient satisfaction questionnaires. Data analysis employed descriptive statistics and Independent samples t-test

The results revealed that the improved patient discharge process in the male inpatient department using Lean concepts consisted of 10 main activities and 33 sub-activities, reduced from the original process, which had 74 sub-activities, representing a 55.41% reduction in unnecessary activities. The standard time for the discharge process after improvement was 66.45 minutes, decreased from 122.85 minutes before

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

improvement, representing a 45.91% time reduction. Overall patient satisfaction significantly increased after the improvement compared to before it ($t = -52.93$, $p < 0.001$)

Keywords: Patient Discharge Process, Inpatient Department, Process Improvement

บทนำ

แผนกผู้ป่วยในหรือหอผู้ป่วยใน (ward) เป็นสถานที่สำหรับผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่ได้มาตรฐานและปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง ตามสภาพความเจ็บป่วยของแต่ละราย นอกจากนี้ ผู้ป่วยและญาติจะได้รับคำแนะนำ คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้[1] ในปี พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมีอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยในร้อยละ 65.8 สำหรับระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้าพักเท่ากับ 4 วัน[2] สืบเนื่องจากปัญหาด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยมีนโยบายที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น เพื่อลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และควบคุมค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล[3] นำไปสู่นโยบายการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) ดังนั้นโรงพยาบาลจึงให้ความสำคัญ และส่งเสริมให้มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมากขึ้น[4]

การจำหน่ายผู้ป่วยเป็นบริการสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งถือเป็นสิทธิทางสุขภาพที่ผู้ป่วยทุกคนพึงได้รับอย่างเท่าเทียม ในประเทศไทยได้มีการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและบรรจุให้เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลังออกจากโรงพยาบาล[5] อย่างไรก็ตาม การจำหน่ายผู้ป่วยที่ขาดประสิทธิภาพก่อให้เกิดปัญหาสำคัญคือ การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลล่าช้าส่งผลให้การบริหารจัดการเตียงไม่มีประสิทธิภาพและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รวมถึงนำมาซึ่งข้อร้องเรียนและความไม่พึงพอใจจากผู้รับบริการ สาเหตุของปัญหาเกิดจากหลายปัจจัย อาทิ บุคลากรพยาบาลมีภาระงานมากจนขาดการติดตามและกระตุ้นให้มีการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการสื่อสารทางภาษาและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวหลังได้รับคำแนะนำ อีกทั้งกระบวนการจำหน่ายมีขั้นตอนมากและต้องใช้เวลาในการบันทึกข้อมูล[6] ด้วยเหตุนี้โรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติหรือกระบวนการที่ดีเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการจำหน่ายผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การบริการที่มีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

แนวคิดลีนเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณค่าให้กับลูกค้าและการส่งมอบบริการที่รวดเร็ว โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการทำงานที่คล่องตัวและลดความสูญเสียให้เหลือเพียงเนื้อแท้ในการทำงาน ซึ่งแนวคิดนี้ประกอบด้วย 5 หลักการสำคัญ ได้แก่ การระบุคุณค่าของสินค้าหรือบริการ, การบ่งชี้สายธารคุณค่า, การไหล, ระบบดึง และความสมบูรณ์แบบ[7] การนำไปประยุกต์ใช้ก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ ทั้งด้านความปลอดภัยที่เพิ่มขึ้น คุณภาพการบริการที่ดีขึ้น ระยะเวลาการให้บริการที่รวดเร็วขึ้น การใช้ทรัพยากรที่ลดลง รวมถึงความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของฟูเอนเตสที่พบว่า การนำแนวคิดลีนมาใช้ในการจำหน่ายผู้ป่วยช่วยปรับปรุงกระบวนการสื่อสารและการจัดระเบียบแนวปฏิบัติ ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น[8] นอกจากนี้การศึกษาของ เพมเบิร์ต-การ์เซีย ยังแสดงให้เห็นว่า การนำแนวคิดลีนไปปฏิบัติในศูนย์การแพทย์วิชาการของเม็กซิโกสามารถลดเวลาจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก

โรงพยาบาลจาก 6 ชั่วโมงเหลือเพียง 3 ชั่วโมง โดยสามารถลดกิจกรรมที่ไม่สร้างมูลค่าเพิ่มได้ร้อยละ 57 กำจัดข้อผิดพลาดได้ร้อยละ 70 และที่สำคัญคือสามารถเพิ่มขีดความสามารถได้ร้อยละ 2 ต่อปีโดยไม่จำเป็นต้องลงทุนเพิ่มเติม[9]

โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ที่เปิดให้บริการทั้งแผนกผู้ป่วยในชายและหญิง โดยแผนกผู้ป่วยในชายเปิดรับเฉพาะผู้ป่วยชายที่มีอายุตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป มีจำนวน 30 เตียง จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยพบว่าในช่วงปี 2564-2566 มีอัตราครองเตียงร้อยละ 74.32 ,96.27 และ 92.74 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้าพักเท่ากับ 4.43 , 3.65 และ 3.13 วัน ตามลำดับ[10] จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยมีความล่าช้าทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยกลับบ้านในเวรเช้าไม่ทัน, ผู้ป่วยและญาติต้องเสียเวลารอจนเกิดความไม่พอใจ, ผู้ป่วยที่มีบ้านอยู่ไกลบางรายไม่สามารถเดินทางกลับบ้านได้ทันทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลต่อ ซึ่งต้องเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ความล่าช้าดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อการรับผู้ป่วยรายใหม่ เนื่องจากไม่มีเตียงว่าง ทำให้ผู้ป่วยต้องรอที่ห้องฉุกเฉิน และในบางครั้งจำเป็นต้องจัดเตียงเสริมในบริเวณที่พักญาติ ก่อให้เกิดความแออัดภายในหอผู้ป่วย รวมถึงส่งผลต่อคุณภาพการบริการ โดยเฉพาะการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการรักษาต่อเนื่องที่บ้านหลังออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากพยาบาลมีเวลาไม่เพียงพอในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนากระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งการศึกษานี้มุ่งเน้นปรับปรุงจุดบกพร่อง และการกำจัดความสูญเปล่าในขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดำเนินการจำหน่ายผู้ป่วยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษากระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ 3. เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 - พฤษภาคม 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการ (ธันวาคม 2567)

1. ขออนุญาตและประสานงานผู้บริหารโรงพยาบาล

2. คัดเลือกทีมวิจัย 17 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่การบัญชี ผู้ช่วยเหลือคนไข้

3. พัฒนาเครื่องมือวิจัยและทดสอบความเที่ยงตรง

ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ (ธันวาคม 2567 - มกราคม 2568)

1. วิเคราะห์และทำแผนผังกระบวนการ (Process Mapping) ทั้ง 10 กิจกรรมหลัก

2. จับเวลาการปฏิบัติงานและคำนวณเวลาเฉลี่ย/เวลามาตรฐาน

3. เก็บข้อมูลความพึงพอใจผู้ป่วยและวิเคราะห์ข้อมูล

4. สรุปและนำเสนอผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน

ระยะที่ 3 การปรับปรุงกระบวนการ (กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2568)

1. จัดประชุมทีมวิจัยเพื่อร่วมกันจำแนกกิจกรรมทั้งหมด โดยแบ่งเป็น 3 ประเภทตามคุณค่าที่ให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ กิจกรรมที่เพิ่มคุณค่า, กิจกรรมที่จำเป็นทางธุรกิจแต่ไม่เพิ่มคุณค่า และกิจกรรมที่ไม่เพิ่มคุณค่า

2. วิเคราะห์กิจกรรมที่เกิดความสูญเปล่าโดยจำแนกประเภทความสูญเปล่าตามหลักการ Lean Management และวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหาในแต่ละประเภท

3. วิเคราะห์ปัญหาหลัก โดยใช้เทคนิค 5W1H

4. ปรับปรุงกระบวนการด้วยเทคนิค ECRS

5. นำระบบ HosMerge แบบไร้กระดาษมาใช้แทนระบบเอกสารเดิม จัดตั้งจุดรับยากลับบ้านในหอผู้ป่วยในเพื่อลดการเดินทางของญาติ พัฒนาระบบ Round Ward ร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล

6. ทดลองใช้กระบวนการใหม่และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 4 การศึกษาผลหลังปรับปรุง (เมษายน - พฤษภาคม 2568)

1. ดำเนินการจับเวลาการปฏิบัติงานในกระบวนการใหม่ทั้ง 10 กิจกรรมหลักเพื่อวิเคราะห์เวลามาตรฐานและเวลาเฉลี่ยของแต่ละกิจกรรมที่ลดลง

2. เก็บข้อมูลความพึงพอใจผู้ป่วยด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

3. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานและทดสอบความแตกต่างทางสถิติ

4. ประเมินการบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยและวิเคราะห์ประโยชน์ที่ได้รับจากการปรับปรุงในด้านการลดเวลา และการเพิ่มความพึงพอใจ

5. จัดประชุมสรุปผลกับทีมวิจัยและผู้บริหารเพื่อเสนอแนะแนวทางการนำไปใช้ในแผนกอื่นและวางแผนการติดตามผลระยะยาว รวมทั้งจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับบริการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลหลักที่ได้รับบริการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยแบ่งเป็นก่อนการปรับปรุง 107 ราย และหลังการปรับปรุง 107 ราย รวม 214 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนภูมิการไหลของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย, วิเคราะห์คุณค่าของกิจกรรม, แบบฟอร์มวิเคราะห์ความสูญเปล่าด้วยเทคนิค 7 Wastes, แบบฟอร์มวิเคราะห์ปัญหาด้วยเทคนิค 5W1H, แบบฟอร์มวิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอแนะด้วยเทคนิค ECRS และนาฬิกาดิจิทัลที่ใช้ในการจับเวลา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่าย แบบบันทึกเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการจำหน่ายผู้ป่วย

ทั้งนี้เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยที่แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการจำหน่ายผู้ป่วยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (α) = 0.83 การตรวจสอบความแม่นยำของการบันทึกเวลา และการตรวจสอบความถูกต้องของนาฬิกาดิจิทัลที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 2 เรือน ซึ่งมีความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 2 วินาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เวลามาตรฐานของกิจกรรม และความพึงพอใจของผู้ป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการปรับปรุงใช้สถิติอนุมาน Independent

samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมงานวิจัยการศึกษา

กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

การศึกษาสถานการณ์การจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชายก่อนการปรับปรุงพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยกลางคน อายุ 40-59 ปี (ร้อยละ 39.25) มีอายุเฉลี่ย 52.3 ปี โดยมักป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 14.95) โรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 14.02) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 12.15) ตามลำดับ ผู้ป่วยเหล่านี้มีระยะเวลาการรักษาตัวเฉลี่ย 2.91 วัน การจำหน่ายในช่วงเช้า (ร้อยละ 58.88) ในสถานะหายเป็นปกติ (ร้อยละ 73.83) ในด้านกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยมีความซับซ้อน ประกอบด้วย 10 กิจกรรมหลักและ 74 กิจกรรมย่อย ซึ่งมีบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่การบัญชี และผู้ช่วยเหลือคนไข้ กระบวนการทั้งหมดใช้เวลามาตรฐานรวม 122.85 นาที โดยกิจกรรมที่ใช้เวลามากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การจัดเตรียมยากลับบ้าน (22.73 นาที) การประเมินผู้ป่วยและให้สุขศึกษา (17.49 นาที) และการคิดค่ารักษาพยาบาลและชำระเงิน (17.02 นาที) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการจำหน่ายโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 2.43, S.D. = 0.318) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการเตรียมผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย ($\bar{X}$ = 2.67, S.D. = 0.877) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดต่อการคิดค่ารักษาพยาบาลและการชำระเงิน ($\bar{X}$ = 2.20, S.D. = 0.745) ตลอดจนการจัดเตรียมยากลับบ้าน ($\bar{X}$ = 2.23, S.D. = 0.772) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ใช้เวลานานที่สุดในกระบวนการ

การวิเคราะห์กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยทั้งหมด 74 กิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่เพิ่มคุณค่า 26 กิจกรรม กิจกรรมที่เป็นความจำเป็นทางธุรกิจแต่ไม่เพิ่มคุณค่า 27 กิจกรรม และกิจกรรมที่ไม่เพิ่มคุณค่า 21 กิจกรรม โดยกิจกรรมการส่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลมีสัดส่วนของกิจกรรมเพิ่มคุณค่ามากที่สุด (ร้อยละ 57.14) ในขณะที่การตรวจสอบและรับคำสั่งแพทย์มีสัดส่วนของกิจกรรมไม่เพิ่มคุณค่าสูงสุด (ร้อยละ 66.67) ความสูญเปล่าประเภทการประมวลผลเกินและข้อบกพร่องมีจำนวนมากที่สุด ซึ่งเกิดจากการตรวจสอบซ้ำซ้อนหลายขั้นตอน ประกอบกับการวิเคราะห์ปัญหาด้วยเทคนิค 5W1H ระบุปัญหาหลัก 8 ประการ ได้แก่ กระบวนการมีขั้นตอนซ้ำซ้อน การใช้ระบบแฟ้มประวัติเป็นระบบกระดาษ ญาติต้องเดินทางไปหลายจุดบริการ การรอคอยในหลายจุด การตรวจสอบซ้ำหลายครั้ง การประสานงานระหว่างทีม การจัดเก็บ การค้นหาแฟ้มประวัติไม่มีประสิทธิภาพ และการใช้ทรัพยากรไม่เหมาะสม การปรับปรุงกระบวนการด้วยเทคนิค ECRS นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงกิจกรรมย่อยในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนการปรับปรุงและหลังการปรับปรุง

พบว่า กิจกรรมย่อยของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยหลังปรับปรุงมีกิจกรรมลดลงจากก่อนการปรับปรุง (จาก 74 เป็น 33 กิจกรรม) เมื่อพิจารณารายกิจกรรมหลักแล้ว กิจกรรมที่มีการลดจำนวนกิจกรรมย่อยมากที่สุดได้แก่ การจัดเตรียมยากลับบ้าน (จาก 11 เป็น 3 กิจกรรม) การทำหัตถการก่อนจำหน่าย (จาก 8 เป็น 3 กิจกรรม) การส่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (จาก 7 เป็น 3 กิจกรรม) การคิดค่ารักษาพยาบาลและการชำระเงิน (จาก 10 เป็น 5 กิจกรรม) และการยื่นเอกสารและเตรียมการจำหน่าย (จาก 8 เป็น 3 กิจกรรม) ส่วนกิจกรรมที่มีการลดจำนวนปานกลาง ประกอบด้วย การสั่งจำหน่ายและการสั่งยา (จาก

6 เป็น 3 กิจกรรม) การตรวจสอบและรับคำสั่งแพทย์ (จาก 6 เป็น 2 กิจกรรม) การเตรียมเอกสารทางการแพทย์ (จาก 6 เป็น 4 กิจกรรม) การประเมินผู้ป่วยและให้สุขศึกษา (จาก 7 เป็น 4 กิจกรรม) และการเตรียมผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย (จาก 5 เป็น 3 กิจกรรม) ขณะที่ลักษณะการปรับปรุงหลักประกอบด้วยการใช้ระบบ HosMerge แบบ paperless เพื่อลดขั้นตอนการจัดการเอกสาร การรวมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกันเข้าด้วยกัน (เช่น การรวมการประเมินสภาพและการประเมินสัญญาณชีพ) การจัดตั้งจุดรับยากลับบ้านในหอผู้ป่วยในเพื่อลดการเดินทางของญาติ และการทำ Round Ward ร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร

การประเมินผลการใช้กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยหลังการปรับปรุงพบว่า เวลามาตรฐานของกระบวนการทั้งหมดลดลงจาก 122.85 นาที เป็น 66.45 นาที (ลดลง 56.40 นาที) โดยกิจกรรมการจัดเตรียมยากลับบ้านมีการลดเวลามากที่สุด โดยลดลงจาก 22.73 นาที เป็น 9.27 นาที (ลดลง 13.46 นาที) รองลงมาคือการคิดค่ารักษาพยาบาลและการชำระเงิน (ลดลง 7.75 นาที) การทำหัตถการก่อนจำหน่าย (ลดลง 6.43 นาที) และการยื่นเอกสารและเตรียมการจำหน่าย (ลดลง 6.33 นาที) ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยต่อบริการจำหน่ายผู้ป่วยหลังการปรับปรุงเพิ่มขึ้นจากก่อนการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -52.93$, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายกิจกรรมแล้ว ทุกกิจกรรมมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การคิดค่ารักษาและการชำระเงินและการยื่นเอกสารและเตรียมการจำหน่าย (Mean Difference = 2.25 เท่ากัน) การจัดเตรียมยากลับบ้าน (Mean Difference = 2.24) การประเมินผู้ป่วยและให้สุขศึกษา (Mean Difference = 2.21) การสั่งจำหน่ายและการสั่งยา และการเตรียมเอกสารทางการแพทย์ (Mean Difference = 2.05 เท่ากัน) การตรวจสอบและรับคำสั่งแพทย์ (Mean Difference = 1.89) การส่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Mean Difference = 1.87) การทำหัตถการก่อนจำหน่าย (Mean Difference = 1.86) และการเตรียมผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย (Mean Difference = 1.65) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษากระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการปรับปรุงมีความใกล้เคียงกัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี และช่วงอายุ 60-74 ปี สำหรับกลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขหลักของประเทศ นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการรักษาตัวสั้น 2-3 วัน และมีผลการรักษาที่ดีโดยหายเป็นปกติหรือดีขึ้น โดยการจำหน่ายส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงเช้า เวลา 06:01-12:00 น. ความคล้ายคลึงกันของลักษณะผู้ป่วยในทั้งสองช่วงเวลานี้มีสาเหตุมาจากการที่เป็นการศึกษาในแผนกเดียวกันของโรงพยาบาลระดับอำเภอ ซึ่งมีพื้นที่บริการและประชากรกลุ่มเป้าหมายคงที่ ประกอบกับระยะเวลาการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน (6 เดือน) จึงทำให้รูปแบบการเจ็บป่วยและลักษณะผู้มารับบริการไม่แตกต่างกันมาก ลักษณะเหล่านี้จึงช่วยให้การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการปรับปรุงกระบวนการมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนการปรับปรุงมีกิจกรรม 74 รายการ ใช้เวลารวม 122.85 นาที โดยมีกิจกรรมที่ไม่เพิ่มคุณค่าถึง 21 กิจกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากความสูญเปล่าประเภทการประมวลผลเกินและข้อบกพร่องต่างๆ เมื่อพิจารณากิจกรรมหลักที่ใช้เวลามากที่สุดคือการจัดเตรียมยากลับบ้าน (22.73 นาที) รองลงมาคือการประเมินผู้ป่วยและให้สุขศึกษา (17.49 นาที) และการคิดค่ารักษาพยาบาลและการชำระ

เงิน (17.02 นาที) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีของโวแมคและโจนส์ที่ระบุว่าความสูญเปล่าในระบบลีนเกิดจากกิจกรรมที่ไม่เพิ่มคุณค่าต่อลูกค้า โดยเฉพาะการประมวลผลเกินและข้อบกพร่องที่เป็นสาเหตุหลักของความล่าช้าและการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ[7] นอกจากปัญหาด้านเวลาแล้วยังพบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการจำหน่ายอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.43, S.D=0.318) โดยกิจกรรมที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือการคิดค่ารักษาพยาบาลและการชำระเงิน ($\bar{X}$=2.20, S.D=0.745) และการจัดเตรียมยากลับบ้าน ($\bar{X}$=2.23, S.D=0.772) สิ่งนี้แสดงถึงผลกระทบจากความไม่มีประสิทธิภาพของกระบวนการต่อประสบการณ์ผู้ป่วย สอดคล้องกับทฤษฎี Service Quality ของพาราซูรามันและคณะที่ระบุความตอบสนองอย่างรวดเร็ว (Responsiveness) เป็นมิติสำคัญของคุณภาพบริการ[11]

กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยหลังการปรับปรุงประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 10 รายการ และกิจกรรมย่อย 33 รายการ ลดลงจากเดิม 74 รายการ เนื่องจากมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือของลีนอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การวิเคราะห์คุณค่าของกิจกรรม การวิเคราะห์ความสูญเปล่าในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย (7 Wastes) การวิเคราะห์ปัญหาของกิจกรรมในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยด้วยเทคนิค 5W1H และการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยด้วยเทคนิค ECRS ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยที่สำคัญคือการนำระบบ HosMerge (paperless) มาใช้แทนระบบแฟ้มประวัติกระดาษ การรวมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน การจัดตั้งจุดรับยากลับบ้านในหอผู้ป่วยใน และการทำ Round Ward ร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล การปรับปรุงเหล่านี้การสอดคล้องกับแนวคิด Digital Transformation, One-Stop Service และ Multidisciplinary Team ที่เน้นการลดการเคลื่อนย้ายและเพิ่มการประสานงาน ซึ่งลีนและคณะได้สนับสนุนการใช้หลักการโตโยต้าในการปรับปรุงระบบสุขภาพ โดยพบว่าการลดขั้นตอนและเพิ่มการไหลต่อเนื่องช่วยลดเวลาและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการได้อย่างชัดเจน[12]

การใช้กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยหลังการปรับปรุงสามารถลดเวลาในการดำเนินการจำหน่ายผู้ป่วยจาก 122.85 นาที เป็น 66.45 นาที (ลดลง 56.40 นาที) ทั้งนี้เนื่องจากมีการขจัดกิจกรรมที่สร้างความสูญเปล่าได้ 23 กิจกรรม โดยเฉพาะการลดเวลาในการจัดเตรียมยากลับบ้าน การทำหัตถการก่อนจำหน่าย และการส่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การปรับปรุงกิจกรรมสำคัญเหล่านี้สามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อระบบโดยรวมได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา ผลรุ่ง และคณะที่ลดเวลาจำหน่ายผู้ป่วยจาก 247.00 นาที เป็น 56.13 นาที[13] และการศึกษาของพุทธสิริ เชื้อสกุล และคณะที่ลดเวลาจาก 135.02 นาที เป็น 43.47 นาที[14] ความสอดคล้องนี้จึงยืนยันความน่าเชื่อถือของการประยุกต์ใช้แนวคิดลีนในบริบทของโรงพยาบาลในประเทศไทยเป็นอย่างดี

นอกจากนี้ ความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยภาพรวมยังเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย ($\bar{X}$=2.43, S.D=0.318) เป็นระดับมาก ($\bar{X}$=4.46, S.D=0.238) อีกด้วย กิจกรรมที่ผู้ป่วยมีการปรับปรุงความพึงพอใจมากที่สุดคือการคิดค่ารักษาและการชำระเงินและการยื่นเอกสารและเตรียมการจำหน่าย ซึ่งเดิมเป็นจุดที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจน้อยที่สุด ผลการศึกษานี้ยังได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยระดับสากลหลายชิ้น โดยเฉพาะการศึกษาของเซเปดา-ลูโกและคณะที่พบว่า การใช้ลีนเฮลท์แคร์ช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลใน 16 จาก 23 การศึกษา และเพิ่มประสิทธิภาพการจำหน่ายผู้ป่วยใน 8 จาก 9 การศึกษา ในทำนองเดียวกันการศึกษาของลีนและคณะได้สนับสนุนการใช้หลักการโตโยต้าในการปรับปรุงระบบสุขภาพ โดยพบว่าการลดขั้นตอนและเพิ่มการไหลต่อเนื่องช่วยลดเวลาและเพิ่มประสิทธิภาพ[12] นอกจากนี้

การศึกษาของฮาราฮาปและคณะ ยังพบว่าการลดความสูญเปล่าทุกประเภทส่งผลต่อความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการลดเวลารอคอย (p = 0.012) และการเคลื่อนย้าย (p = 0.011)[16]

การประยุกต์ใช้แนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ในครั้งนี้ สามารถลดเวลาในการจำหน่ายผู้ป่วยและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยจากระดับน้อยเป็นระดับมาก แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาติดตาม 6 เดือน และขอบเขตที่จำกัดในแผนกเดียว ส่งผลให้ความยั่งยืนของการปรับปรุงและความสามารถในการขยายผลยังต้องมีการติดตามผลในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1.1 นำเครื่องมือลีนไปใช้ในแผนกผู้ป่วยในหญิงและแผนกอื่นๆ เนื่องจากสามารถลดเวลาจำหน่ายและเพิ่มความพึงพอใจจากระดับน้อยเป็นระดับมาก

1.2 ขยายระบบ HosMerge แบบไร้กระดาษและจัดตั้งจุดบริการแบบ One-Stop Service ในแผนกต่างๆ เพื่อลดการเคลื่อนย้ายของผู้ป่วยและญาติ

1.3 ส่งเสริมการทำ Round Ward ร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลทุกแผนก และสร้างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

1.4 กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน เพื่อสร้างวัฒนธรรมการปรับปรุงอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาในแผนกผู้ป่วยในหญิงและแผนกอื่นๆ เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในบริบทที่แตกต่างและเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างแผนก

2.2 ติดตามอย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลกระทบระยะยาว

2.3 ศึกษาต้นทุนการให้บริการและผลตอบแทนทางเศรษฐศาสตร์ รวมทั้งผลกระทบต่ออัตราการหมุนเวียนเตียงและจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการได้เพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ สำหรับการสนับสนุนด้านข้อมูลและสถานที่ในการดำเนินการศึกษา ขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2558). คู่มือการออกแบบอาคารสถานบริการสุขภาพและสภาพแวดล้อม: หอผู้ป่วยใน [Internet]. 2558 [cited 2025 Aug 3]. Available from: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-11-16--169.pdf

2.สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2566). การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2565. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2566.

3.Zhao EJ, Yeluru A, Manjunath L, Zhong LR, Hsu HT, Lee CK, et al.(2018). A long wait: barriers to discharge for long length of stay patients. Postgrad Med J. 2018;94(1116):546-50. doi: 10.1136/postgradmedj-2018-135815.

4.Patel H, Yirdaw E, Yu A, Slater L, Perica K, Pierce RG, et al.(2019). Improving early discharge using a team-based structure for discharge multidisciplinary rounds. Prof Case Manag. 2019;24(2):83-89. doi: 10.1097/NCM.0000000000000318.

5.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).(2564). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. กรุงเทพฯ: ก.การพิมพ์เทียนกวง; 2564.

6.บานเย็น ไชยรินทร์, ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์, สมใจ ศิระกมล.(2563). การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร. 2563;47(3):389-399.

7.Womack JP, Jones DT.(2003). Lean thinking: Banish waste and create wealth in your corporation. New York: Simon & Schuster; 2003.

8.Fuentes L, Gardim L, Silva T, Moura A, Bernardes A. Applying Lean Healthcare in the hospitalization and patient discharge process: an integrative review. Rev Bras Enferm. 2023;76. doi: 10.1590/0034-7167-2022-0751.

9.Peimbert-García R, Gutiérrez-Mendoza L, García-Reyes H. Applying Lean Healthcare to Improve the Discharge Process in a Mexican Academic Medical Center. Sustainability. 2021. doi: 10.3390/su131910911.

10.งานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย. ระบบฐานข้อมูลแผนกผู้ป่วยในชาย. โรงพยาบาลเขาวง; 2567.

11.Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. J Mark. 1985;49(4):41-50.

12.Lin CC, Shen JH, Chen SF, Chen HM, Huang HM. Developing a Cost-Effective Surgical Scheduling System Applying Lean Thinking and Toyota's Methods for Surgery-Related Big Data for Improved Data Use in Hospitals: User-Centered Design Approach. JMIR Form Res. 2024;8:e52185.

13.ลัดดา ผลรุ่ง. การประยุกต์แนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.

14.พุทธสิริ เชื้อสกุล, ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์, อรอนงค์ วิชัยคำ. การประยุกต์แนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. พยาบาลสาร. 2563;47(2):427-439.

15.Zepeda-Lugo C, Tlapa D, Baez-Lopez Y, Limon-Romero J, Ontiveros S, Perez-Sanchez A, et al. Assessing the Impact of Lean Healthcare on Inpatient Care: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(15):5609. doi: 10.3390/ijerph17155609.

16.Harahap ATJ, Ginting CN, Nasution AN, Amansyah A. The effect of lean approach on hospital service quality and inpatient satisfaction. Unnes J Public Health. 2023;12(1):12-20.

การประเมินคุณภาพน้ำบาดาลในพื้นที่อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ด้วยดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล

Assessment of Groundwater Quality in Phanom Sarakham District, Chachoengsao Province, Using Groundwater Quality Index.

(Received: August 14,2025 ; Revised: August 23,2025 ; Accepted: August 24,2025)

จุฑามาศ คำแก้ว[1] คณิตา ตังคณานุรักษ์[2] และ วัชรพงษ์ วาระรัมย์[2]
Jutamas Kamkaew[1], Kanita Tungkananuruk[2] and Watcharapong Wararam[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางเคมี และคุณลักษณะที่เป็นพิษ ของน้ำบาดาล ในพื้นที่ตำบลบ้านซ่อง และตำบลท่าถ่าน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา และประเมินคุณภาพน้ำบาดาลด้วยดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล (Groundwater Quality Index; GWQI) จำนวนทั้งสิ้น 16 พารามิเตอร์ ตามมาตรฐานคุณภาพน้ำบาดาลที่จะใช้บริโภคได้ และมาตรฐานคุณภาพน้ำใต้ดิน โดยดำเนินการเก็บตัวอย่างในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัยพบว่า ตัวอย่างน้ำบาดาล จำนวนทั้งสิ้น 32 ตัวอย่าง มีคุณลักษณะทางเคมีเมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน คุณภาพน้ำบาดาลมีค่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 14 ตัวอย่าง พบค่า เหล็ก (Fe) 1.1 ± 0.0 – 690 ± 17.0 mg/L ฟลูออไรด์ (F^-) 1.4 ± 0.1 – 1.8 ± 0.1 mg/L ไนเตรท (NO_3^-) 47 ± 3 – 110 ± 10 mg/L และแมงกานีส (Mn) 0.6 ± 0.1 – 8.2 ± 0.1 mg/L มีคุณลักษณะที่เป็นพิษเมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน คุณภาพน้ำบาดาลมีค่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 1 ตัวอย่าง พบค่า นิกเกิล (Ni) 0.0280±0.0007 mg/l และประเมินคุณภาพน้ำบาดาลด้วยดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล (GWQI) ตัวอย่างน้ำบาดาลส่วนใหญ่ จำนวน 30 ตัวอย่าง มีคุณภาพที่ดีมากเหมาะสำหรับการบริโภค โดยมีค่า GWQI อยู่ระหว่าง 0.04 – 21.67 อย่างไรก็ตาม มีหนึ่งตัวอย่างที่มีคุณภาพดี (GWQI = 32.34) และอีกหนึ่งตัวอย่างมีคุณภาพไม่ดี (GWQI = 59.30)

คำสำคัญ: การประเมินคุณภาพน้ำบาดาล, ดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล, อำเภอพนมสารคาม

Abstract

This research is a survey-based study aimed at investigating the chemical and toxic characteristics of groundwater in Ban Song and Tha Than subdistricts, Phanom Sarakham district, Chachoengsao province. It also seeks to assess groundwater quality using the Groundwater Quality Index (GWQI) across 16 parameters, in accordance with the standards for potable groundwater quality and groundwater quality. Sampling was conducted in March 2023.

The findings indicated that, among the 32 groundwater samples analyzed, 14 samples exhibited chemical characteristics exceeding the standards. Detected concentrations were in the ranges of Fe 1.1 ± 0.0 – 690 ± 17.0 mg/L, F^- 1.4 ± 0.1 – 1.8 ± 0.1 mg/L, NO_3^- 47 ± 3 – 110 ± 10 mg/L, and Mn 0.6 ± 0.1 – 8.2 ± 0.1 mg/L. Regarding toxic characteristics, one sample exceeded the standards, with Ni detected at 0.0280 ± 0.0007 mg/L. Groundwater quality assessment using the Groundwater Quality Index (GWQI) revealed that the majority of the samples (n = 30) were classified as having very good quality, suitable for consumption, with GWQI values ranging from 0.04 to 21.67. However, one sample was classified as good quality (GWQI = 32.34), while another was classified as poor quality (GWQI = 59.30).

Keywords: Groundwater Quality Assessment, Groundwater Quality Index, Phanom Sarakham District

บทนำ

น้ำบาดาลเป็นแหล่งน้ำจืดหลักสำหรับประชากรทั่วโลกที่มีการใช้ในครัวเรือน การเกษตร และ

[1] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม คณะสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
[2] อาจารย์ประจำหลักสูตรสาขาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม คณะสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

อุตสาหกรรม ประมาณหนึ่งในสามของประชากรทั่วโลกที่ใช้น้ำบาดาลในการดื่ม น้ำบาดาลจึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญอย่างยิ่งในพื้นที่แห้งแล้ง และกึ่งแห้งแล้ง ซึ่งน้ำผิวดินและปริมาณน้ำฝนมีอยู่อย่างจำกัด[1] โดยทั่วไปน้ำบาดาลเป็นน้ำที่สะอาดปราศจากสารแขวนลอย แต่การปนเปื้อนด้วยน้ำที่มีคุณภาพด้อยกว่าทำให้คุณภาพน้ำบาดาลเปลี่ยนไป การปนเปื้อนมลสารในน้ำบาดาลมี 2 สาเหตุหลัก คือ การปนเปื้อนที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเป็นผลมาจากลักษณะทางธรณีวิทยาและอุทกธรณีวิทยา รวมถึงสภาพภูมิอากาศ[2] และเกิดจากกิจกรรมของมนุษย์ที่มีการนำน้ำบาดาลไปใช้ประโยชน์ ซึ่งการปนเปื้อนในเขตเมืองมีความเชื่อมโยงกับกิจกรรมของมนุษย์ เช่น การปล่อยน้ำเสียจากอุตสาหกรรม และน้ำชะขยะจากแหล่งฝังกลบ[3] ในขณะที่พื้นที่ชนบทการปนเปื้อนส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางการเกษตร มลสารที่ปนเปื้อน เช่น โลหะที่เป็นพิษ, สารประกอบไฮโดรคาร์บอน, สารปนเปื้อนอินทรีย์, ยาฆ่าแมลง และไมโครพลาสติก ก่อให้เกิดภัยคุกคามต่อสุขภาพมนุษย์ นิเวศวิทยา การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม มลพิษในน้ำบาดาลจึงกลายเป็นปัญหาระดับโลกที่น่ากังวล[4] แสดงให้เห็นว่าน้ำบาดาลมีความอ่อนไหวต่อการปนเปื้อนจากธรณีวิทยาของชั้นหินอุ้มน้ำ สภาพอากาศ และกิจกรรมมนุษย์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการปนเปื้อนในน้ำบาดาลส่งผลให้คุณภาพน้ำบาดาลเสื่อมลง จากรายงานสถานการณ์น้ำบาดาลประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2565[5] พบว่าคุณภาพน้ำบาดาลส่วนใหญ่มีคุณภาพดีอยู่ ในเกณฑ์มาตรฐานน้ำบาดาลที่ใช้บริโภคได้ตามพระราชบัญญัติน้ำบาดาล พ.ศ. 2520 ยกเว้นบางพื้นที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนสารอันตรายที่เป็นแหล่งทิ้งขยะชุมชน แหล่งรับกำจัดของเสียและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์จากอุตสาหกรรมกระจายตัวในหลายพื้นที่ทั่วประเทศไทย ตำบลบ้านซ่อง และตำบลท่าถ่าน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการปนเปื้อนมลสารจากการใช้ประโยชน์ที่ดินที่มีผลกระทบต่อแหล่งน้ำบาดาล ประกอบกับจังหวัดฉะเชิงเทราเป็นพื้นที่โครงการเขตพัฒนาพิเศษ ภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor; EEC) โดยผลักดันตามแผนยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจประเทศยุคอุตสาหกรรม 4.0 ที่มีจุดมุ่งหมายพัฒนาตลาดและฐานการผลิตของไทยสู่การกระจายสินค้า การบริการ รวมถึงการลงทุนและแรงงานได้อย่างเสรี

การประเมินคุณภาพน้ำบาดาลด้วยดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล (Groundwater Quality Index: GWQI) ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในหลายประเทศ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการสังเคราะห์ และแสดงผลข้อมูลคุณภาพน้ำ โดยใช้ประกอบการตัดสินใจด้านการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำอย่างเหมาะสม โดยบ่งชี้ถึงผลกระทบโดยรวมขององค์ประกอบ ทางเคมีต่อคุณภาพน้ำ เพื่อประเมินว่าแหล่งน้ำบาดาลนั้นมีความเหมาะสมต่อการอุปโภคและบริโภคหรือไม่ ในประเทศอินเดียมีการใช้คุณลักษณะทางกายภาพ และคุณลักษณะทางเคมีของน้ำบาดาลเปรียบเทียบกับมาตรฐานน้ำดื่มขององค์การอนามัยโลก (WHO) และสำนักงานมาตรฐานของอินเดียเพื่อประเมินคุณภาพน้ำสำหรับการบริโภค[6] ในขณะที่ประเทศโกตดิวัวร์ได้ใช้หลักเกณฑ์คล้ายกันโดยเน้นการเปรียบเทียบคุณลักษณะทางกายภาพ และทางเคมีกับมาตรฐาน WHO เช่นกัน[7] ส่วนในประเทศเคนยา การประเมินคุณภาพน้ำบาดาลมีความแตกต่างออกไป ซึ่งมีการนำคุณลักษณะทางเคมีร่วมกับคุณลักษณะทางแบคทีเรียมาใช้ประกอบการประเมินคุณภาพน้ำ ทั้งนี้ยังมีการอ้างอิงมาตรฐานน้ำดื่มของ WHO และสำนักงานมาตรฐานของเคนยา[8] แม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยจะยังไม่มีการกำหนดพารามิเตอร์เฉพาะสำหรับน้ำบาดาลในการนำมาประเมิน GWQI เหมือนกับ WQI สำหรับน้ำผิวดิน ได้มีการประเมินคุณภาพ น้ำบาดาล โดยนำคุณลักษณะทางกายภาพ และทางเคมีมาพิจารณาเปรียบเทียบกับมาตรฐานน้ำใต้ดินและน้ำแร่เพื่อการบริโภคตามที่หน่วยงานรัฐกำหนด[9]

จะเห็นได้ว่าแต่ละประเทศมีการประเมินคุณภาพน้ำบาดาลด้วย GWQI ที่มีการเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของแต่ละประเทศ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับค่าพื้นฐานของมลสารในน้ำบาดาลที่มีความแตกต่างกันตามลักษณะสภาพธรณีวิทยา ดังนั้น เพื่อให้การประเมินคุณภาพน้ำบาดาลในประเทศไทยมีความถูกต้องและเหมาะสม จึงควรพิจารณาการใช้ GWQI โดยอ้างอิงมาตรฐานจากหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่กำกับดูแลทรัพยากรน้ำบาดาล

ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงได้ศึกษาการประเมินคุณภาพน้ำบาดาลในพื้นที่ตำบลบ้านซ่อง และตำบลท่าถ่าน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจาก ในพื้นที่ดังกล่าวมีโอกาสเกิดการปนเปื้อนจากการใช้ประโยชน์ที่ดิน โดยนำพารามิเตอร์คุณลักษณะทางเคมีและคุณลักษณะที่เป็นพิษ เพื่อมาคำนวณค่าดัชนีคุณภาพน้ำบาดาลซึ่งเป็นตัวเลขที่บ่งชี้คุณภาพน้ำบาดาลว่าอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมต่อการอุปโภคและบริโภคมากน้อยเพียงใด เพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพของประชาชน ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและกำหนดมาตรการในการควบคุมมลพิษของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนส่งเสริมการบริหารจัดการและการใช้น้ำบาดาล อย่างเหมาะสม เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งน้ำบาดาลที่มีคุณภาพและปลอดภัยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางเคมี และคุณลักษณะ ที่เป็นพิษ ของน้ำบาดาลในพื้นที่ตำบลบ้านซ่อง และตำบลท่าถ่าน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. เพื่อประเมินคุณภาพน้ำบาดาลในพื้นที่ตำบลบ้านซ่อง และตำบลท่าถ่าน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ด้วยดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล

วิธีการวิจัย

1. พื้นที่การศึกษา

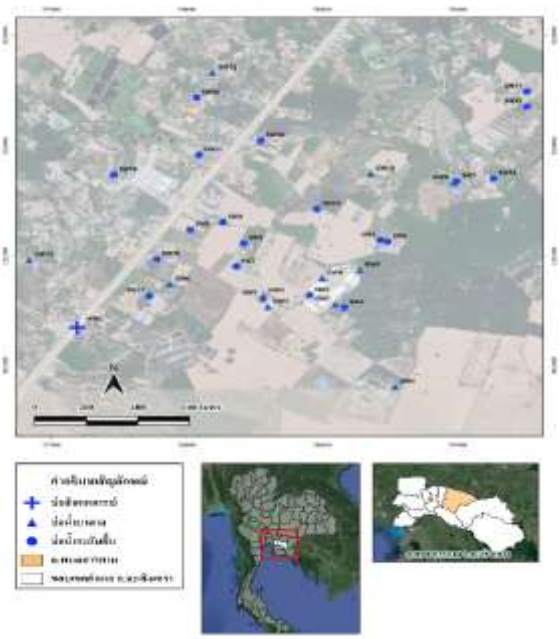
อำเภอพนมสารคาม เป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดฉะเชิงเทรา อยู่ห่างจากจังหวัดฉะเชิงเทราประมาณ 34 กิโลเมตร ลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มสลับกับที่ราบสูง มีภูเขาที่สำคัญคือ เขาดงยาง และมีคลองเพียงสายเดียวที่ไหลผ่าน คือ คลองท่าลาด (เดิมชื่อแม่น้ำพนมสารคาม) การใช้ประโยชน์ที่ดิน ส่วนใหญ่ใช้ในการประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม พื้นที่ดำเนินการศึกษาอยู่ระหว่างพิกัด 757500 E, 1524500 N ถึง 759000 E, 1523000 N ในระบบ UTM โซน 47P มีพื้นที่ 4 ตารางกิโลเมตร ครอบคลุมตำบลบ้านซ่อง และตำบลท่าถ่าน[10] ดังภาพที่ 1

2. การเก็บตัวอย่างน้ำบาดาล

ดำเนินการเก็บตัวอย่างน้ำบาดาลในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 32 ตัวอย่าง โดยวิธีการเก็บตัวอย่างน้ำบาดาลอ้างอิงตามประกาศ กรมทรัพยากรธรณี ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2542)[11] ในการศึกษาครั้งนี้จะเก็บตัวอย่างน้ำบาดาลหลังจากเริ่มสูบใช้ในวันที่เก็บตัวอย่างแล้วไม่น้อยกว่า 15 นาที การเก็บตัวอย่างน้ำเพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะทางเคมี ภาชนะที่ใส่ตัวอย่างน้ำเป็นขวดพลาสติกขนาด 1,000 มิลลิลิตร ล้างทั้งขวดและฝาด้วยน้ำที่จะบรรจุประมาณ 2 – 3 ครั้ง แล้วจึงบรรจุตัวอย่างน้ำให้เต็มปิดฝาให้สนิท และการเก็บตัวอย่างน้ำเพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะ ที่เป็นพิษ ภาชนะที่ใส่ตัวอย่างน้ำเป็นขวดพลาสติกขนาด 250 มิลลิลิตร ล้างทั้งขวดและฝาด้วยน้ำที่จะบรรจุประมาณ 2 – 3 ครั้ง แล้วจึงบรรจุตัวอย่างน้ำปริมาตร 240 มิลลิลิตร และเติมกรดไนตริกความเข้มข้น 1:1 จำนวน 1 มิลลิลิตร[12] เพื่อทำให้ตัวอย่างน้ำมีค่า pH < 2 ปิดฝาให้แน่น และเขย่าให้เข้ากันติดฉลากบนภาชนะเก็บตัวอย่าง โดยระบุหมาย เลขบ่อ พิกัด ความลึกของบ่อ ชื่อผู้เก็บตัวอย่าง วันที่เก็บตัวอย่าง และสารเคมีที่เติม เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะทางเคมี และคุณลักษณะที่เป็นพิษ ตามเกณฑ์มาตรฐานน้ำบาดาลที่จะใช้บริโภคได้ พ.ศ. 2551[13] และมาตรฐานน้ำใต้ดิน พ.ศ. 2543[14]

3. พารามิเตอร์ที่วิเคราะห์คุณภาพน้ำบาดาล

การวิเคราะห์คุณภาพน้ำบาดาลดำเนินการวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 2 คุณลักษณะ ได้แก่ คุณลักษณะทางเคมี จำนวน 10 พารามิเตอร์ และคุณลักษณะที่เป็นพิษ จำนวน 6 พารามิเตอร์ รวมทั้งสิ้น 16 พารามิเตอร์ ประกอบด้วย แคลเซียม (Ca) ทำการทดสอบด้วย EDTA titrimetric method โดยการไทเทรตด้วย 0.02N CDTA และใช้ Murexide เป็นอินดิเคเตอร์, แมกนีเซียม (Mg) ทำการทดสอบด้วยวิธีการคำนวณ, คลอไรด์ (Cl^-) ทำการทดสอบด้วย Argentometric method โดยการไทเทรตด้วย $AgNO_3$ และใช้ K_2CrO_4 เป็นอินดิเคเตอร์, ฟลูออไรด์ (F^-) ทำการทดสอบด้วย Ion Selective Electrode โดยใช้ Ion Analyzer รุ่น EA 940 (Orion, USA), ซัลเฟต (SO_4^{2-}) ทำการทดสอบด้วย Automated Methyl thymol blue method โดยใช้ Automated Wet Chemistry Analyzer รุ่น San^{++} Series (Skalar Analytical B.V. Breda, The Netherlands), ไนเตรท (NO_3^-) ทำการทดสอบด้วย Colorimetric Method โดยใช้ Automated Wet Chemistry Analyzer รุ่น San^{++} Series (Skalar Analytical B.V. Breda, The Netherlands), เหล็ก (Fe), แมงกานีส (Mn), ทองแดง (Cu) และสังกะสี (Zn) ทำการทดสอบด้วย Atomic Absorption Spectrometry โดยใช้ Atomic Absorption Spectrometer รุ่น 240FS AA (Varian, Australia) และสารหนู (As), แคดเมียม (Cd), โครเมียม (Cr), ปรอท (Hg), นิกเกิล (Ni) และตะกั่ว (Pb) ทำการทดสอบด้วย Inductive Coupled Plasma Mass Spectrometry โดยใช้ Inductive Coupled Plasma Mass Spectrometer รุ่น iCAP RQ Plus (Thermo Fisher Scientific, USA) โดยวิธีการที่ใช้ทดสอบตาม Standard methods for the examination of water and wastewater[15]



ภาพที่ 1 แผนที่แสดงพื้นที่ศึกษา และจุดเก็บตัวอย่างน้ำบาดาล

4. วิธีการคำนวณดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล

การประเมินคุณภาพน้ำบาดาล ด้วยวิธีคำนวณค่าดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล (GWQI) เป็นตัวเลขที่ บ่งบอกคุณภาพน้ำบาดาลว่าอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมต่อการอุปโภคและบริโภคมากน้อยเพียงใด และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดขอบเขตคุณภาพน้ำบาดาลได้ โดยดัชนีคุณภาพน้ำบาดาลเป็นสมการคณิตศาสตร์ที่ใช้แปลงข้อมูลคุณภาพน้ำที่มีจำนวนมากให้เป็นข้อมูลเดียว ซึ่งการประเมินคุณภาพน้ำบาดาลในการศึกษาครั้งนี้ใช้ผลวิเคราะห์คุณภาพน้ำบาดาล จำนวน 32 ตัวอย่าง จากบ่อน้ำบาดาลที่มีความลึกไม่เกิน 100 เมตร โดยจัดกลุ่มระดับความ เป็นพิษตามพารามิเตอร์คุณลักษณะทางเคมีและคุณลักษณะที่เป็นพิษ จำนวน 16 พารามิเตอร์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มไม่เป็นพิษ จำนวน 4 พารามิเตอร์ ประกอบด้วย แคลเซียม, แมกนีเซียม, เหล็ก และคลอไรด์ กลุ่มเป็นพิษ จำนวน 6 พารามิเตอร์ ประกอบด้วย ฟลูออไรด์, ซัลเฟต, ไนเตรท, ทองแดง, แมงกานีส และสังกะสี และกลุ่มเป็นพิษมาก จำนวน 6 พารามิเตอร์ ประกอบด้วย สารหนู, แคดเมียม, โครเมียม, ปรอท, นิกเกิล และตะกั่ว

วิธีการคำนวณค่าดัชนีคุณภาพน้ำบาดาลโดยใช้สมการ (1) นำผลวิเคราะห์คุณภาพน้ำบาดาลแต่ละตัวอย่างมาคำนวณหาคะแนนคุณภาพน้ำจำแนกตามพารามิเตอร์คุณลักษณะทางเคมี และคุณลักษณะที่เป็นพิษตามสมการ (2) เทียบกับค่ามาตรฐาน (Si) โดยค่ามาตรฐานที่ใช้คือ มาตรฐานคุณภาพน้ำบาดาลที่จะใช้บริโภคได้ และมาตรฐานคุณภาพน้ำใต้ดินของพารามิเตอร์นั้น จากนั้นนำมารวมกันในลักษณะการถ่วงน้ำหนักให้ได้เพียงค่าเดียว[16]

$$GWQI = \frac{\sum Q_i W_i}{\sum W_i} \qquad (1)$$

GWQI คือ ค่าดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล

Qi คือ คะแนนคุณภาพน้ำของแต่ละพารามิเตอร์ที่สามารถคำนวณได้จากสมการ ดังนี้

$$Q_i = 100 \times \left[\left(\frac{V_i - V_0}{S_i - V_0}\right)\right] \qquad (2)$$

V_i คือ ค่าความเข้มข้นในตัวอย่างน้ำที่วิเคราะห์

V_0 คือ ค่าความเข้มข้นของน้ำสะอาดในอุดมคติ มีค่าเท่ากับศูนย์

S_i คือ ค่ามาตรฐานของแต่ละพารามิเตอร์

$_i$ คือ พารามิเตอร์แต่ละชนิด

W_i คือ ค่าถ่วงน้ำหนักของแต่ละพารามิเตอร์ที่สามารถคำนวณได้จากสมการ (3)

$$W_i = \frac{K}{S_i} \qquad (3)$$

K คือ อัตราส่วนค่าคงที่ ซึ่งคำนวณได้จากสมการ (4)

$$K = \frac{1}{\sum \frac{1}{S_i}} \qquad (4)$$

ผลการคำนวณค่าดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล (GWQI) ที่ได้จากการคำนวณตามสมการข้างต้น ถูกนำมาจำแนกคุณภาพน้ำบาดาลออกเป็น 5 ระดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการจำแนกระดับคุณภาพน้ำบาดาลจากค่าดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล (GWQI)[16]

ระดับ	ค่าดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล (GWQI)	คุณภาพน้ำบาดาล
1	0 – 25	ดีมาก
2	26 – 50	ดี
3	51 – 75	แย่
4	76 – 100	แย่มาก
5	มากกว่า 100	ไม่เหมาะต่อการบริโภค

ผลการวิจัย

1. ผลวิเคราะห์คุณภาพน้ำบาดาล

ผลวิเคราะห์คุณภาพน้ำบาดาล จำนวน 32 ตัวอย่าง ตามมาตรฐานน้ำบาดาลที่จะใช้บริโภคได้ และมาตรฐานคุณภาพน้ำใต้ดิน โดยพิจารณาคุณลักษณะทางเคมี จำนวน 10 พารามิเตอร์ และคุณลักษณะที่เป็นพิษ จำนวน 6 พารามิเตอร์ ทั้งสิ้น 16 พารามิเตอร์ ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ผลวิเคราะห์คุณภาพน้ำบาดาลตามคุณลักษณะทางเคมี

จุดเก็บตัวอย่าง	mg/L									
	Ca	Mg	Fe	Cl^-	F^-	SO_4^{2-}	NO_3^-	Cu	Mn	Zn
MW1	71±1.4	20±0.5	2.7±0.0	10±1.5	0.4±0.0	< 1	1.1±0.1	0.0±0.0	1.3±0.1	0.0±0.0
GW1	61±1.0	28±1.5	350±8.0	0.0±0.0	0.4±0.0	8±1	24±3	0.0±0.0	11±0.2	0.7±0.1
GW2	230±7.5	100±5.5	690±17.0	0.0±0.0	0.3±0.0	1±0	40±5	0.0±0.0	8.2±0.1	0.2±0.0
GW3	68±1.0	17±0.5	120±3.0	460±10	0.1±0.0	49±3	7.0±0.1	0.2±0.0	5.5±0.1	0.8±0.1
GW4	12±2.0	4.8±0.5	0.1±0.0	18±0.5	1.4±0.1	1±0	<0.9	0.0±0.0	0.2±0.0	0.2±0.0
GW5	83±1.7	21±1.0	0.2±0.0	6.4±0.3	0.2±0.0	1±0	1.1±0.1	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.0
GW6	18±1.6	4.5±0.1	0.1±0.0	8.0±0.5	0.2±0.0	< 1	5.0±0.1	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.0
GW7	22±0.5	11±0.7	3.2±0.0	8.4±0.2	0.4±0.0	3±0	14±2	0.0±0.0	0.6±0.1	0.0±0.0

ตารางที่ 2 ผลวิเคราะห์คุณภาพน้ำบาดาลตามคุณลักษณะทางเคมี

จุดเก็บตัวอย่าง	mg/L									
	Ca	Mg	Fe	Cl^-	F^-	SO_4^{2-}	NO_3^-	Cu	Mn	Zn
GW8	4.8±0.5	7.4±1.4	0.2±0.0	9.6±0.3	0.2±0.0	< 1	43±5	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.0
GW9	79±2.0	24±1.5	0.4±0.0	5.6±0.1	0.8±0.0	< 1	0.9±0.1	0.0±0.0	1.6±0.1	0.0±0.0
GW10	7.2±1.4	0.1±0.0	0.3±0.0	9.2±0.7	0.2±0.0	< 1	<0.9	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.0
GW11	58±1.7	6.8±0.5	0.1±0.0	20±1.0	0.3±0.0	< 1	47±3	0.0±0.0	0.2±0.0	0.0±0.0
GW12	7.8±1.6	2.3±0.0	0.0±0.0	5.6±1.5	1.8±0.1	12±1	4.7±0.5	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.0
SW1	4.2±0.1	2.9±0.1	0.3±0.0	5.2±1.0	0.1±0.0	< 1	23±3	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.0
SW2	51±1.5	17±0.5	250±5.0	0.0±0.0	0.7±0.0	1±0	5.3±0.1	0.0±0.0	3.4±0.1	0.0±0.0
SW3	22±1.0	11±0.5	0.0±0.0	79±2.0	0.1±0.0	< 1	33±4	0.0±0.0	0.1±0.0	0.0±0.0
SW4	2.9±0.5	2.5±0.5	0.0±0.0	9.6±1.7	0.1±0.0	< 1	19±2	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.0
SW5	0.0±0.0	1.5±0.3	0.0±0.0	5.6±1.7	0.1±0.0	< 1	<0.9	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.0
SW6	3.5±0.3	0.0±0.0	1.1±0.0	4.0±0.2	0.1±0.0	< 1	<0.9	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.0
SW7	8.8±0.5	3.8±0.4	0.0±0.0	18±1.0	0.1±0.0	1±0	<0.9	0.0±0.0	0.1±0.0	0.0±0.0
SW8	34±1.0	6.9±0.7	0.4±0.0	93±3.0	0.2±0.0	2±0	2.5±0.2	0.0±0.0	0.3±0.0	0.0±0.0
SW9	120±5.0	37±1.0	2.4±0.1	420±10	0.2±0.0	< 1	2.8±0.3	0.0±0.0	0.6±0.0	0.0±0.0
SW10	44±1.5	4.1±0.3	0.1±0.0	110±3.0	0.2±0.0	1±0	60±7	0.0±0.0	0.1±0.0	0.0±0.0
SW11	4.0±0.7	1.3±0.1	0.1±0.0	11±0.5	0.1±0.0	< 1	30±6	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.0
SW12	6.9±0.3	2.9±0.1	0.1±0.0	15±0.3	0.1±0.0	< 1	21±2	0.0±0.0	0.1±0.0	0.0±0.0
SW13	24±1.7	7.1±0.5	0.0±0.0	43±1.1	0.1±0.0	< 1	110±10	0.0±0.0	0.4±0.0	0.0±0.0
SW14	9.8±0.7	5.3±0.3	0.3±0.0	38±1.2	0.1±0.0	< 1	32±5	0.0±0.0	0.1±0.0	0.0±0.0

ตารางที่ 2 ผลวิเคราะห์คุณภาพน้ำบาดาลตามคุณลักษณะทางเคมี

จุดเก็บตัวอย่าง	mg/L									
	Ca	Mg	Fe	Cl^-	F^-	SO_4^{2-}	NO_3^-	Cu	Mn	Zn
SW15	5.0±0.5	1.6±0.1	0.1±0.0	4.8±0.7	0.2±0.0	< 1	20±3	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.0
SW16	44±1.0	2.4±0.1	0.5±0.0	18±1.0	0.3±0.0	2±0	3.2±0.2	0.0±0.0	0.1±0.0	0.0±0.0
SW17	4.2±0.5	0.6±0.0	0.0±0.0	5.6±0.5	0.2±0.0	1±0	17±2	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.0
SW18	33±1.3	1.3±0.1	0.4±0.0	16±1.0	0.2±0.0	15±2	27±3	0.0±0.0	0.0±0.0	0.0±0.0
SW19	12±0.5	2.1±0.5	0.0±0.0	9.6±0.7	0.1±0.0	2±0	29±3	0.1±0.0	0.1±0.0	0.0±0.0

หมายเหตุ: < หมายถึง มีปริมาณน้อยกว่าขีดความสามารถของวิธีทดสอบ

MW หมายถึง บ่อสังเกตการณ์น้ำบาดาล, GW หมายถึง บ่อน้ำบาดาล และ SW หมายถึง บ่อน้ำตื้น

ตารางที่ 3 ผลวิเคราะห์คุณภาพน้ำบาดาลตามคุณลักษณะที่เป็นพิษ

จุดเก็บตัวอย่าง	mg/L					
	As	Cd	Cr	Hg	Ni	Pb
MW1	0.0406±0.0009	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0071±0.0004	0.0008±0.0000
GW1	-	-	-	-	-	-
GW2	-	-	-	-	-	-
GW3	0.0214±0.0008	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0280±0.0007	0.0009±0.0000
GW4	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0030±0.0003	0.0007±0.0000

ตารางที่ 3 ผลวิเคราะห์คุณภาพน้ำบาดาลตามคุณลักษณะที่เป็นพิษ

จุดเก็บตัวอย่าง	mg/L					
	As	Cd	Cr	Hg	Ni	Pb
GW5	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	<0.0010	0.0054±0.0001
GW6	<0.0028	<0.0004	0.0025±0.0002	<0.0002	0.0016±0.0002	0.0008±0.0000
GW7	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	<0.0010	<0.0007
GW8	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0033±0.0002	0.0052±0.0001
GW9	0.0056±0.0005	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0028±0.0002	0.0039±0.0001
GW10	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0015±0.0001	0.0007±0.0000
GW11	0.0032±0.0003	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0060±0.0003	0.0016±0.0001
GW12	0.0050±0.0005	<0.0004	<0.0024	<0.0002	<0.0010	<0.0007
SW1	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0029±0.0002	0.0064±0.0002
SW2	-	-	-	-	-	-
SW3	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0092±0.0006	0.0010±0.0001
SW4	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0022±0.0001	0.0018±0.0001
SW5	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0013±0.0000	0.0017±0.0001
SW6	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0011±0.0000	0.0012±0.0001
SW7	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	<0.0010	<0.0007
SW8	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0086±0.0004	0.0010±0.0001
SW9	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0128±0.0005	0.0011±0.0001
SW10	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0064±0.0003	0.0035±0.0002
SW11	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0020±0.0001	0.0014±0.0001
SW12	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0038±0.0002	0.0025±0.0002
SW13	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0107±0.0005	0.0025±0.0002
SW14	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0042±0.0002	0.0039±0.0002
SW15	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0033±0.0002	0.0012±0.0001
SW16	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	<0.0010	<0.0007
SW17	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0017±0.0001	0.0019±0.0001
SW18	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0058±0.0003	0.0015±0.0001
SW19	<0.0028	<0.0004	<0.0024	<0.0002	0.0049±0.0003	0.0027±0.0001

หมายเหตุ: < หมายถึง มีปริมาณน้อยกว่าขีดความสามารถของวิธีทดสอบ

- หมายถึง ไม่ได้ดำเนินการวิเคราะห์

MW หมายถึง บ่อสังเกตการณ์น้ำบาดาล, GW หมายถึง บ่อน้ำบาดาล และ SW หมายถึง บ่อน้ำตื้น

จากผลวิเคราะห์คุณภาพน้ำบาดาลตามคุณลักษณะทางเคมี พบว่าพารามิเตอร์ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ยกเว้น เหล็ก (Fe) พบความเข้มข้นอยู่ระหว่าง 1.1±0.0 – 690±17.0 mg/L (ค่ามาตรฐาน ≤1.0 mg/L), ฟลูออไรด์ (F^-) พบความเข้มข้นอยู่ระหว่าง 1.4±0.1 – 1.8±0.1 mg/L (ค่ามาตรฐาน ≤1.0 mg/L), ไนเตรท (NO_3^-) พบความเข้มข้นอยู่ระหว่าง 47±3 – 110±10 mg/L (ค่ามาตรฐาน ≤45

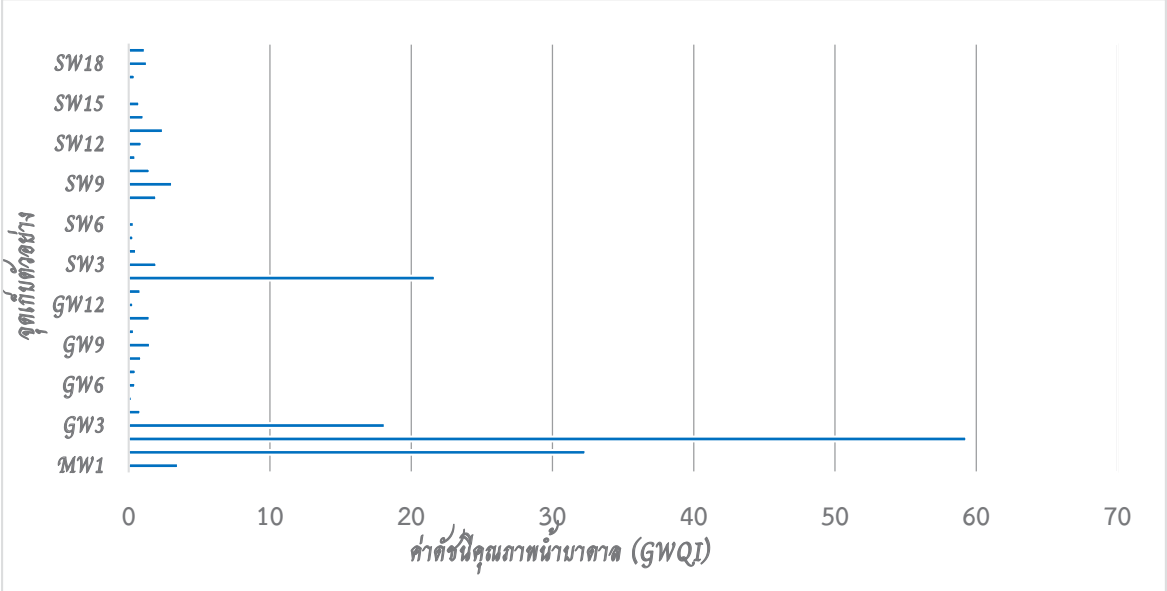
mg/L) และแมงกานีส (Mn) พบความเข้มข้นอยู่ระหว่าง 0.6±0.1 – 8.2±0.1 mg/L (ค่ามาตรฐาน ≤0.5 mg/L) ที่มีค่าเกินมาตรฐานน้ำบาดาลที่จะใช้บริโภคได้

และจากผลวิเคราะห์คุณภาพน้ำบาดาลตามคุณลักษณะที่เป็นพิษพบว่าทุกพารามิเตอร์มีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ยกเว้น นิกเกิล (Ni) พบความเข้มข้น 0.0280±0.0007 mg/L (ค่ามาตรฐาน <0.02 mg/L) ที่มีค่าเกินมาตรฐานคุณภาพน้ำใต้ดิน

2. ผลการคำนวณค่าดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล

ผลการคำนวณค่าดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล จำนวน 32 ตัวอย่าง ในพื้นที่อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา จากพารามิเตอร์ ทั้งสิ้น 16 พารามิเตอร์ ดังภาพที่ 2 และแสดงในตารางที่ 4

ผลการศึกษาค่าดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล (GWQI) พบว่าตัวอย่างน้ำบาดาล จำนวน 30 ตัวอย่าง มีค่า GWQI อยู่ระหว่าง 0.04 – 21.67 คิดเป็นร้อยละ 93.8 อยู่ในระดับ 1 คุณภาพน้ำบาดาลดีมาก มีตัวอย่างน้ำบาดาล จำนวน 1 ตัวอย่าง ค่า GWQI = 32.34 คิดเป็นร้อยละ 3.1 อยู่ในระดับ 2 คุณภาพน้ำบาดาลดี และตัวอย่างน้ำบาดาล จำนวน 1 ตัวอย่าง ค่า GWQI = 59.30 คิดเป็นร้อยละ 3.1 อยู่ในระดับ 3 คุณภาพน้ำบาดาลแย่ และไม่พบตัวอย่างน้ำบาดาลอยู่ในระดับ 4 และ 5 คุณภาพน้ำบาดาลแย่มากถึงไม่เหมาะต่อการบริโภค



ภาพที่ 2 กราฟแสดงค่าดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล (GWQI) ของแต่ละจุดเก็บตัวอย่าง

ตารางที่ 4 แสดงระดับคุณภาพน้ำบาดาลที่คำนวณจากค่าดัชนีคุณภาพน้ำบาดาลของจุดเก็บตัวอย่างทั้งหมด

ระดับ	ค่าดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล (GWQI)	คุณภาพน้ำบาดาล	จำนวนจุดเก็บตัวอย่าง	คิดเป็น (%)
1	0 – 25	ดีมาก	30	93.8
2	26 – 50	ดี	1	3.1
3	51 -75	แย่	1	3.1
4	76 – 100	แย่มาก	-	-
5	มากกว่า 100	ไม่เหมาะต่อการบริโภค	-	-
		รวม	32	100

สรุปและอภิปรายผล

การปนเปื้อนของมลสารในน้ำบาดาลบริเวณพื้นที่ดำเนินการศึกษามีการใช้ประโยชน์ที่ดินโดย ส่วนใหญ่ทำการเกษตร และมีบางส่วนเป็นพื้นที่อุตสาหกรรม อาจเป็นสาเหตุของการปนเปื้อนมลสารต่าง ๆ ในบางจุดเก็บตัวอย่าง กล่าวคือ การปนเปื้อนของเหล็ก และแมงกานีส (จุดเก็บตัวอย่าง: MW1, GW1, GW2, GW3, GW7, GW9, SW2, SW6, SW9) เกิดจากธาตุทั้ง 2 ชนิดเป็นองค์ประกอบของชั้นหินอุ้มน้ำประกอบกับตัวอย่างน้ำบาดาลมีค่าความเป็นกรดด่างอยู่ระหว่าง 2.7±0.1 – 5.1±0.1 ส่งผลต่อ การละลายของเหล็กและแมงกานีสในชั้นหินอุ้มน้ำ เพิ่มมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการปนเปื้อนเหล็กและแมงกานีสที่มาจากความสามารถของน้ำบาดาลในการละลายชั้นหินอุ้มน้ำ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงค่าความเป็นกรดด่างที่ส่งผลต่อกระบวนการนี้[17,18] การปนเปื้อนของฟลูออไรด์ (จุดเก็บตัวอย่าง: GW4, GW12) อยู่ในชั้นน้ำบาดาลระดับลึก มีความลึกระหว่าง 70 – 99 เมตร เป็นผลมาจากชั้นดินชั้นหินที่อุดมไปด้วยแร่ธาตุฟลูออไรด์ และในสภาพแวดล้อมทางธรณีวิทยาจะพบฟลูออไรด์ในแร่ธาตุซิลิเกตซึ่งเป็นองค์ประกอบของเปลือกโลก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการกระจายเชิงพื้นที่ของฟลูออไรด์ในน้ำบาดาลของประเทศศรีลังกา บ่งชี้ว่าสภาพอุทกธรณีวิทยามีผลต่อการกระจายตัวของฟลูออไรด์[19] การปนเปื้อนของไนเทรต (จุดเก็บตัวอย่าง: GW11, SW10, SW13) มีสาเหตุมาจากบ่อน้ำบาดาลอาจเกิดการปนเปื้อนจากพื้นที่ทางการเกษตรที่มีการใช้ปุ๋ย และการทำปศุสัตว์[20] เนื่องจากในพื้นที่ดำเนินการศึกษามีการใช้ประโยชน์ที่ดินในการทำการเกษตรเป็นหลัก และการปนเปื้อนของนิกเกิล (จุดเก็บตัวอย่าง: GW3) เกิดจากการใช้ประโยชน์ที่ดินเป็นที่ตั้งของโรงงานบดย่อยอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์[21]

จากผลการศึกษาค่าดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล (GWQI) พบว่า ตัวอย่างน้ำบาดาลส่วนใหญ่ (93.8%) มีค่าดัชนีคุณภาพน้ำอยู่ในระดับ 1 ซึ่งบ่งชี้ว่าน้ำบาดาลมีคุณภาพดีมาก และสามารถใช้เพื่อการอุปโภคบริโภคได้อย่างปลอดภัย[22] การที่ค่าดัชนี GWQI อยู่ในช่วง 0.04 - 21.67 สะท้อนให้เห็นว่าตัวอย่างน้ำบาดาลในพื้นที่ศึกษาไม่ได้รับผลกระทบจากมลพิษหรือปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้คุณภาพน้ำลดลง อย่างไรก็ตาม มีตัวอย่างน้ำบาดาลจำนวน 1 ตัวอย่าง (3.1%) (จุดเก็บตัวอย่าง: GW1) ที่มีค่า GWQI = 32.34 ซึ่งจัดอยู่ในระดับ 2 หมายถึง น้ำบาดาลยังคงมีคุณภาพดีแต่เริ่มมีการปนเปื้อนในระดับต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากแหล่งกำเนิดมลพิษบางชนิด เช่น การรั่วซึมของสารเคมีจากภาคเกษตรกรรมหรืออุตสาหกรรม[23] นอกจากนี้ยังพบตัวอย่างน้ำบาดาลอีก 1 ตัวอย่าง (3.1%) (จุดเก็บตัวอย่าง: GW2) ที่มีค่า GWQI = 59.30 ซึ่งอยู่ในระดับ 3 หรือมีคุณภาพน้ำบาดาลที่แย่ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภค หากไม่มีการบำบัดที่เหมาะสม[12,24] การที่พบตัวอย่างน้ำบาดาลในระดับ 3 เพียง 3.1% แสดงให้เห็นว่ามลพิษในแหล่งน้ำบาดาลยังคงอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ แต่จำเป็นต้องมีการติดตามคุณภาพน้ำอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเสื่อมโทรมของคุณภาพน้ำในอนาคต

พื้นที่ดำเนินการศึกษาในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าบ่อน้ำบาดาลโดยรอบโรงงานอุตสาหกรรมมีค่าดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล (GWQI) อยู่ในระดับที่ดีเยี่ยม ในขณะเดียวกันบ่อสังเกตการณ์ภายในโรงงานมีค่า GWQI อยู่ในระดับแย่ ซึ่งมีการปนเปื้อนของเหล็ก แมงกานีส และนิกเกิลที่สูงเกิน ค่ามาตรฐาน จะเห็นได้ว่า GWQI เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารผลการประเมินคุณภาพ น้ำบาดาลในภาพรวม แต่อาจมีข้อจำกัดในการสะท้อนผลกระทบของมลพิษที่ปนเปื้อนในน้ำบาดาล ที่ส่งผลต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตของมนุษย์ จึงควรพิจารณาควบคู่กับค่ามาตรฐานที่กำหนด โดยหน่วยงานของรัฐ ผลลัพธ์ของงานวิจัยนี้หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประกอบการพิจารณาเลือกพารามิเตอร์ที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่เพื่อการประเมินคุณภาพน้ำ

บาดาลด้วย GWQI ที่มีความแม่นยำน่าเชื่อถือ สามารถวางแผนในการอนุรักษ์แหล่งน้ำบาดาล และเสนอแนะวิธีการปรับปรุงคุณภาพน้ำบาดาล ที่เหมาะสมให้แก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถวางแผนในการอนุรักษ์แหล่งน้ำบาดาล โดยทำหน้าที่กำกับ ดูแล และติดตามไม่ให้เกิดการปนเปื้อนลงสู่ชั้นน้ำบาดาลที่ประชาชนในพื้นที่ใช้เพื่อการอุปโภคและบริโภค

2. ประชาชนในพื้นที่ทราบผลคุณภาพน้ำบาดาล และสามารถปรับปรุงคุณภาพน้ำให้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพน้ำบาดาลเพิ่มเติม เช่น ฤดูกาล การเปลี่ยนแปลงการใช้ประโยชน์ที่ดิน หรือการเพิ่มขึ้นของกิจกรรมภาคอุตสาหกรรมในอนาคต เพื่อให้สามารถกำหนดมาตรการป้องกันและบริหารจัดการทรัพยากรน้ำบาดาล

2. ควรทำการศึกษาพารามิเตอร์ที่มีความเป็นพิษสูงเพิ่มเติมตามมาตรฐานคุณภาพน้ำใต้ดิน เช่น กลุ่มสารอินทรีย์ระเหยง่าย (Volatile Organic Compounds) และสารป้องกันกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ เนื่องจากพื้นที่ดำเนินการศึกษามีการใช้ประโยชน์ที่ดินทำการเกษตร และเป็นที่ตั้งโรงงานอุตสาหกรรม เพื่อให้ได้ข้อมูลในการประเมินคุณภาพน้ำบาดาลด้วยดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล (GWQI) ที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกองมาตรฐานคุณภาพน้ำบาดาล กรมทรัพยากรน้ำบาดาล ในการสนับสนุนเครื่องมือในการวิเคราะห์คุณภาพน้ำบาดาล ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่อำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่เก็บตัวอย่าง

เอกสารอ้างอิง

1. Li P, Karunanidhi D, Subramani T, Srinivasamoorthy K.(2021). Sources and consequences of groundwater contamination. Archives of environmental contamination and toxicology. 2021; 80:1-10.
2. Chiamsathit C, Auttamana S, Thammarakcharoen S.(2021). Heavy metal pollution index for assessment of seasonal groundwater supply quality in hillside area, Kalasin, Thailand. Applied Water Science. 2020; 10(6):1-8.
3. Ozoko DC, Onyekwelu IL, Aghamelu OP.(2022). Multivariate and health risks analysis of heavy metals in natural water sources around Enugu dumpsite, southeastern Nigeria. Applied Water Science. 2022; 12(9):224.
4. Zhai Y, Cao X, Xia X, Wang B, Teng Y, Li X.(2021). Elevated Fe and Mn concentrations in groundwater in the Songnen Plain, Northeast China, and the factors and mechanisms involved. Agronomy. 2021; 11(12):2392.
5. กรมทรัพยากรน้ำบาดาล.(2565). รายงานสถานการณ์น้ำบาดาล ประจำปี พ.ศ. 2565. 2565.
6. Prasad M, Sunitha V, Reddy YS, Suvarna B, Reddy BM, Reddy MR.(2019). Data on water quality index development for groundwater quality assessment from Obulavaripalli Mandal, YSR district, A.P India. Data in Brief. 2019; 24:103846.
7. Gountô A, Kouamé IK, Mangoua JMO, Kouassi AK, Savané I.(2019). Using Water Quality Index for Assessing of Physicochemical Quality of Quaternary Groundwater in the Southern Part of Abidjan District (Côte d'Ivoire). Journal of Water Resource and Protection. 2019; 11(10):1278-91.
8. Wekesa AM, Otieno C.(2022). Assessment of Groundwater Quality Using Water Quality Index from Selected Springs in Manga Subcounty, Nyamira County, Kenya. The Scientific World Journal. 2022; 2022(1):3498394.
9. Loungmuang N.(2023). Spatial Distribution of Groundwater Quality and Finding the Relationship of Land Use from Groundwater Use in Chon Buri Province. NKRAFA JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY. 2023; 19(1):43-55.

10. คณะกรรมการบริหารงานอำเภอแบบบูรณาการ.(2564). แผนพัฒนาอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา 5 ปี (พ.ศ. 2561 - 2565) ฉบับทบทวนปี พ.ศ. 2564: ฝ่ายแผนยุทธศาสตร์ อำเภอพนมสารคาม; 2564. 147 หน้า.
11. กรมทรัพยากรธรณี.(2542). กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเก็บตัวอย่างน้ำบาดาล. 2542.
12. Akoto O, Samuel A, Gladys L, Sarah OAA, Apau J, Opoku F.(2022). Assessment of groundwater quality from some hostels around Kwame Nkrumah University of Science and Technology. Scientific African. 2022; 17:e01361.
13. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.(2551). กำหนดหลักเกณฑ์มาตรการในทางวิชาการสำหรับการป้องกันด้านสาธารณสุขและการป้องกันในเรื่องสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ. 2551.
14. คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ.(2543). กำหนดมาตรฐานคุณภาพน้ำใต้ดิน. 2543.
15. Greenberg AE, Clesceri, L. S., Eaton, A. D., & Franson, M. A. H.(2012). Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater. 2012.
16. Ram A, Tiwari SK, Pandey HK, Chaurasia AK, Singh S, Singh YV.(2021). Groundwater quality assessment using water quality index (WQI) under GIS framework. Applied Water Science. 2021; 11(2):46.
17. Khozyem H, Hamdan A, Tantawy AA, Emam A, Elbadry E.(2019). Distribution and origin of iron and manganese in groundwater: case study, Balat-Teneida area, El-Dakhla Basin, Egypt. Arabian Journal of Geosciences. 2019; 12:1-16.
18. Zhang Z, Xiao C, Adeyeye O, Yang W, Liang X.(2020). Source and mobilization mechanism of iron, manganese and arsenic in groundwater of Shuangliao City, Northeast China. Water. 2020; 12(2):534.
19. Chandrajith R, Padmasiri J, Dissanayake C, Prematilaka K.(2012). Spatial distribution of fluoride in groundwater of Sri Lanka. 2012; 40(4):303-309.
20. Abascal E, Gómez-Coma L, Ortiz I, Ortiz A.(2022). Global diagnosis of nitrate pollution in groundwater and review of removal technologies. Science of The Total Environment. 2022; 810:152233.
21. Egbueri JC, Agbasi JC, Ighalo JO, Uwajingba HC, Abba SI.(2025). Lead, Nickel, Arsenic, and Chromium Contamination in Nigerian Groundwater: Sources, Potential Impacts, and Removal Techniques. In: Ali S, Negm A, editors. Groundwater in Developing Countries: Case Studies from MENA, Asia and West Africa. Cham: Springer Nature Switzerland; 2025: 327-355.
22. Khan S, Ahmad, N., & Ali, A.(2022). Groundwater quality assessment using Water Quality Index (WQI) and GIS techniques: A case study of urban and rural areas. Environmental Science and Pollution Research. 2021; 14(28):17650–17665.
23. Rao R, Sharma, P., & Verma, D.(2022). Evaluation of groundwater contamination and human health risk assessment: An integrated approach. Journal of Hydrology. 2022; 608:127673.
24. Guleria A, Chakma S.(2019). Probabilistic human health risk assessment of groundwater contamination due to metal leaching: A case study of Indian dumping sites. Human and Ecological Risk Assessment: An International Journal. 2019; 27:1-33.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Pregnant Women with Preterm labour: Two Case Studies.

(Received: August 15,2025 ; Revised: August 23,2025 ; Accepted: August 24,2025)

จันทิรา ชาญตะกั่ว[1]
Jantia Charntakau[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา 2 ราย ที่รับไว้รักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนในการประเมินภาวะสุขภาพและวางแผนการพยาบาล โดยทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประเมินผู้ป่วยโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 คือ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage Pregnancy) G1P0 GA 35^{+5}wks. ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นการตั้งครรภ์ในหญิงอายุมาก (Elderly Pregnancy) G4P0212 last 6 ปี GA 35^{+5} wks. ทั้ง 2 ราย มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว สามารถยับยั้งการคลอดสำเร็จในกรณีศึกษารายที่ 1 ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ เนื่องจากขณะให้ยายับยั้งคลอดมีการแตกของถุงน้ำคร่ำ จึงมีการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนัก 2,840 กรัม อาการปลอดภัยทั้งแม่และลูก ซึ่งกรณีศึกษารายที่ 1 นอนรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน และกรณีศึกษารายที่ 2 นอนรักษาในโรงพยาบาล 9 วัน

คำสำคัญ : ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กระบวนการพยาบาล การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์

Abstract

This study is a case study. The objective is to study and compare the nursing care of pregnant women with preterm labour. The study is of two cases admitted to the delivery room at Phon Hospital, Khon Kaen Province. The concept of 11 health models was applied to assess health status and nursing care plan. The study was conducted on 2 pregnant women with preterm labour. Data was collected from patient medical records, observations, interviews with patients and relatives, and patients were assessed using Gordon's health model framework along with the use of nursing processes.

The results of the study found that the first case study was a teenage pregnancy (Teenage Pregnancy) G1P0 GA 35^{+5} wks. The second case study was an elderly pregnancy (Elderly Pregnancy) G4P0,2,1 last 6 years GA 35^{+5} wks. Both cases are at high risk of preterm birth . Both cases received prompt treatment and were able to successfully prevent labour in case 1. However , in case 2, labour could not be prevented because the membranes ruptured during the administration of the medication to prevent labour, so a preterm cesarean section was performed. The baby weighed 2,840 grams and both mother and baby were safe. Case 1 was hospitalized for 3 days and Case 2 was hospitalized for 9 days.

Keywords : Preterm labour, Nursing process, Nursing care for pregnancy stage

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) คือ การที่มดลูกหดรัดตัวอย่างสม่ำเสมอร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกที่บางลงและ/หรือการเปิดขยายออกของปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น หรือมีอาการแสดงเริ่มแรกของการหดรัด

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.พล จ.ขอนแก่น

ตัวสม่ำเสมอร่วมกับปากมดลูกเปิดขยายอย่างน้อย 2 เซนติเมตร อาจมีมูกเลือดหรือถุงน้ำคร่ำรั่ว กรมอนามัยกำหนดอายุครรภ์คลอดก่อนกำหนด 24 สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ 36 [6/7] สัปดาห์ กรณีที่อายุครรภ์ไม่แน่นอนให้ใช้น้ำหนักทารกตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไปเป็นเกณฑ์[1] การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกแรกเกิดเสียชีวิต เนื่องจากอวัยวะยังทำงานไม่สมบูรณ์ หากรอดชีวิตอาจเกิดทุพพลภาพ มีพัฒนาการล่าช้า ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของประชากรในอนาคตได้ การรักษาที่ยาวนานมีค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจากต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์ซับซ้อนซึ่งมีเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสัมพันธภาพในครอบครัวตามมาได้

ทั่วโลกพบการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบได้ประมาณร้อยละ 7 - 12 ของการตั้งครรภ์ พบมากในประเทศที่กำลังพัฒนา ประเทศที่พัฒนาแล้วพบการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 5 – 10[2] ในประเทศไทย ปี 2565 - 2567 มีอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 11.61, 10.42 และ 9.98 ตามลำดับ (ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จังหวัดขอนแก่น[3]มีอุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 769, 1039 และ 634 คิดเป็น ร้อยละ 9.77, 11.72 และ 8.53 ตามลำดับ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าจังหวัดขอนแก่นยังมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดยังสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ อัตราคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 8[4] โรงพยาบาลพลเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับ M2 ปี 2565 – 2567 สถิติการคลอด 866, 886 และ 868 ราย ตามลำดับ คลอดก่อนกำหนด จำนวน 16, 32 และ 4.49 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.85, 3.61 และ4.49 ตามลำดับหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 34, 65 และ 83 ราย คิดเป็น ร้อยละ 3.93, 7.34 และ 9.49 ตามลำดับ[5] ถึงแม้ว่าอัตราคลอดก่อนกำหนดจะไม่เกินเป้าหมาย แต่พบว่ามีแนวโน้มการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น ซึ่งจะส่งต่อการคลอดก่อนกำหนดและเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดตามมาได้ จากสถิติการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ปี 2565 – 2567 พบจำนวน 3, 7 และ 4 ราย ในจำนวนนี้มีทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 2, 3 และ 4 ราย คิดเป็น ร้อยละ 66.67, 42.86 และ 100 ตามลำดับ บางรายนำส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด และพบทารกเสียชีวิต 1 ราย จะเห็นได้ว่าการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญต้องได้รับการป้องกันแก้ไขอย่างเร่งด่วน การดูแลรักษาที่เหมาะสมรวดเร็วทันเวลา จะช่วยยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนถึงกำหนดคลอดได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาเห็นปัญหาและความสำคัญของการป้องกันและลดการคลอดก่อนกำหนด จึงได้ทำการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดรายกรณี จำนวน 2 ราย เพื่อเปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการ การรักษาพยาบาล และปัจจัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถในดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อจนครบกำหนดคลอดได้ มารดาและทารกมีความปลอดภัย และนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา 2 ราย ที่รับไว้รักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนในการประเมินภาวะสุขภาพและวางแผนการพยาบาล

วิธีการศึกษา

1.ผู้ศึกษาคัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง คือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอด

โรงพยาบาลพล พ.ศ.2568 จำนวน 2 ราย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 ข้อมาประเมินและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและพยาบาลข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนการพยาบาล

3.ปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ขณะเข้ารับการรักษา โดยนำทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติการพยาบาลตามที่วางแผนไว้

4. สรุปผลปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมพยาบาลพร้อมแก้ไขปัญหาที่พบ และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ตารางที่ 1 กรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

กระบวนการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์ข้อมูล
1. การรวบรวมข้อมูล	G1P0,0,0 GA 35^{+5} สัปดาห์ อายุ 14 ปี กำลังศึกษาอยู่ชั้น ม.2 ฝากครรภ์ครั้งแรก 16 สัปดาห์ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์	- G4P0,2,1 last 7 ปี GA 35^{+5} สัปดาห์ อายุ 38 ปี จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ฝากครรภ์ครั้งแรก 8 สัปดาห์ ขณะตั้งครรภ์มีเนื้องอกในมดลูกขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ 1. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุน้อย 20 ปีและตั้งครรภ์อายุมากกว่า 30 ปี, 2. ครรภ์แรกมีภาวะทุพ-โภชนาการ, โลหิตจาง, มีภาวะเครียด 3. มีประวัติการแท้งบุตร
	อาการแสดงและการวินิจฉัย ปวดหน่วงท้อง มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ Duration 30 วินาที interval 5 นาที intensity 2+ ปากมดลูกไม่เปิด effacement 25 % ผล CBC, UA ปกติ **การวินิจฉัย** Preterm Labor with Teenage Pregnancy	**อาการแสดงและการวินิจฉัย** ปวดหน่วงท้อง มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ Duration 30 วินาที interval 5 นาที intensity 2+ ปากมดลูกไม่เปิด effacement 25 % มีมูกปนเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย ผล CBC, UA ปกติ มีถุงน้ำครำ่แตก ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร effacement 50 % Station -2	**อาการแสดง** อาการและอาการแสดงจะมีความแตกต่างกันในแต่ละรายโดยทั่วไปมีอาการดังนี้ 1.มีการหดรัดตัวของมดลูก (Uterine contraction) ทุก 10 นาทีหรือถี่กว่านี้และคงอยู่อย่างน้อย 1 ชั่วโมง 2.มีอาการเจ็บครรภ์ เช่นปวดเกร็งท้องปวดหลังปวดหัวหน่าว 3.มีมูกเลือด น้ำครำ่ออกทางช่องคลอด **การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด** อายุครรภ์ 24 – 36^{+6} สัปดาห์ (กรณีอายุครรภ์ไม่แน่นอนยึด น้ำหนักทารก 500 กรัมขึ้นไป) มีลักษณะทางคลินิก ดังนี้

ตารางที่ 1 กรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

กระบวนการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์ข้อมูล
		การวินิจฉัย Preterm Labor with Previous C/S with Breech presentation	1. มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาทีหรือ 8 ครั้งใน 60นาที ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง 2.ปากมดลูกเปิด 1 cm. หรือมากกว่า 3. ปากมดลูกบางตัวลงเท่ากับร้อยละ 80 หรือ มากกว่า
	การรักษา **1. ให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก** -Nifedipine 10 mg. 1 เม็ด กิน ทุก 15 นาที 4 ครั้ง Then - Nifedipine 10 mg. 1 เม็ด กิน ทุก 6 ชั่วโมง - Salbutamol 2 mg. 2 เม็ด กิน ทุก 6 ชั่วโมง **2. ให้ยากระตุ้นสาร surfactant ในปอดทารก** - Dexamethasone 6 mg. IM ทุก 12 ชั่วโมง 4 dose. **3. ให้ยาปฏิชีวนะ** - Ampicillin 2 gm. IV ทุก 6 ชั่วโมง - Amoxicillin 500 mg 1 x 3 O pc	**การรักษา** **1. ให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก** -Nifedipine 10 mg. 2 เม็ด กินทันที - Nifedipine 10 mg 2 เม็ด กิน ทุก 15 นาที 2 ครั้ง Then - Nifedipine 10 mg. 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง - Salbutamol 2 mg. 2 เม็ด กินทุก 6 ชั่วโมง - 5%DW 500 ml.+ Bricanyl 10 Amp. IV 30 cc/hr **2. ให้ยากระตุ้นสาร surfactant ในปอดทารก** - Dexamethasone 6 mg. IM ทุก 12 ชั่วโมง 4 dose. **3. ให้ยาปฏิชีวนะ** - Ampicillin 1 gm. IV ทุก 6 ชั่วโมง - AmoxiClav 875+125 1x3 O pc	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาตามแนวทางหลักสำคัญในการรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ 1. การให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก (Tocolytic drugs) 2. การให้ glucocorticoid เพื่อกระตุ้นการสร้าง (surfactant) ในปอดของทารก 3. การให้ยาฆ่าเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Group B Streptococcus: GBS)
2. การวินิจฉัยการพยาบาล	**ระยะก่อนคลอด** 1. ไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์ 2. เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัว 3. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากอาการข้างเคียงของยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก 4. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนจากมดลูกหดรัดตัวและผลข้างเคียงของยายับยั้งการหดรัดตัวมดลูก 5. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากพยาธิสภาพการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 6. วิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองและบุตรในครรภ์เนื่องจากมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	**ระยะก่อนคลอด** 1. ไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์ 2. เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว 3. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากอาการข้างเคียงของยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก 4.เสี่ยงต่อภาวะมดลูกแตกเนื่องจากมดลูกมีรอยแผลผ่าตัด 5. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนจากมดลูกหดรัดตัวและผลข้างเคียงของยายับยั้งการหดรัดตัวมดลูก 6. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากพยาธิสภาพการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 7. พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากไม่สุขสบายจากมดลูกหดรัดตัว	กรณีศึกษามีอาการแสดงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคล้ายกัน มีการวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกันในระยะก่อนคลอด 6 ข้อ แตกต่างกัน ตามความต้องการของแต่ละบุคคล คือ รายที่ 1 ยับยั้งคลอดสำเร็จ จำหน่ายกลับบ้านต้องได้รับส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ส่วนรายที่ 2 เคยได้รับการผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน ต้องเฝ้าระวังภาวะมดลูกแตกและส่งเสริมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดเนื่องจากแผนการรักษามีการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด การวางแผนการพยาบาลในทารกที่เกิดก่อนกำหนดตามปัญหาและความต้องการโดยพบว่าทารกกลุ่มนี้มีปัญหาระบบการหายใจมากที่สุด

ตารางที่ 1 กรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

กระบวนการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์ข้อมูล
	7. ส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ	8. วิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองและบุตรในครรภ์เนื่องจากมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 9. ส่งเสริมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอด **ระยะหลังคลอด** (หลังผ่าตัดคลอด 2 ชั่วโมง) 10. ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกมีแผลผ่าตัด 11. มีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึกเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal block)spinal block 12. วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรจากการคลอดก่อนกำหนด **ทารกแรกเกิด 2 ชั่วโมง** 13. ทารกเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากระบบหายใจยังไม่สมบูรณ์ 14. ทารกเสี่ยงต่อภาวะตัวเย็นเนื่องจากพื้นที่ผิวมาก และระบบควบคุมอุณหภูมิยังไม่สมบูรณ์ 15. ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังไม่สมบูรณ์	
3. การวางแผนการพยาบาล	1. เผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสม 2. ลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 3. ไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก 4. ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน 5. ลดความเสี่ยงการติดเชื้อในร่างกาย 6. มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันคลอดก่อนกำหนด 7. มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้านเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดซ้ำ 8. มีความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ	1. เผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสม 2. ลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 3. ปลอดภัยจากอาการข้างเคียงของยายับยั้งการหดรัดตัวมดลูก 4. หญิงตั้งครรภ์ไม่มีมดลูกแตก 5. ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน 6. ป้องกันการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ 7. หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 8. มีความพร้อมสำหรับผ่าตัดคลอด **ระยะหลังคลอด** (หลังผ่าตัดคลอด 2 ชั่วโมง) 9. ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด 10. ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึกเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal block)spinal block 11. ลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับอาการบุตร **ทารกแรกเกิด 2 ชั่วโมง** 12. ทารกแรกเกิดได้รับออกซิเจนเพียงพอ 13. ทารกมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับปกติ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวางแผนการพยาบาลกำหนดเป้าหมายการพยาบาลนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กรณีศึกษารายที่ 1 มีการวางแผนการพยาบาล จำนวน 8 ข้อ กรณีศึกษารายที่ 2 มีการวางแผนการพยาบาลรวมทารกแรกคลอด จำนวน 14 ข้อ

ตารางที่ 1 กรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

กระบวนการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์ข้อมูล
		14. ป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด	
4. การปฏิบัติการพยาบาล	กรณีศึกษาได้รับการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งหมด 8 ข้อ	กรณีศึกษาได้รับการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทั้งหมด 8 ข้อ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ครบทุกข้อ
5. การประเมินผลการพยาบาล	การพยาบาลบรรลุตามเป้าหมายการพยาบาลที่ตั้งไว้ครบทั้ง 8 ข้อ ยับยั้งคลอดสำเร็จ ไม่คลอดก่อนกำหนด และปลอดภัยจากอาการข้างเคียงของยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก	การพยาบาลบรรลุตามเป้าหมายการพยาบาลที่ตั้งไว้ 13 ข้อ ไม่บรรลุตามเป้าหมาย 1 ข้อ คือ มีการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากมีการแตกของถุงน้ำคร่ำขณะยับยั้งคลอด	จากการประเมินผลการพยาบาลพบว่าการวางแผนการพยาบาลมีความครอบคลุมบรรลุตามเป้าหมาย คือ การยับยั้งคลอดสำเร็จ ไม่คลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ปลอดภัยจากอาการข้างเคียงของยายับยั้งคลอด สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางการให้การพยาบาลรายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดรายอื่นได้

สรุปและอภิปรายผล

หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในกรณีศึกษารายที่ 1 คือ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage Pregnancy) ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นการตั้งครรภ์ในหญิงอายุมาก (Elderly Pregnancy)) ทั้ง 2 ราย มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการที่ระบุว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี หรือ มากกว่า 35 มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด[8] และมีหลักฐานทางวิชาการที่ระบุว่าหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 15 ปี มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 21[9]

กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ไม่พร้อม ขณะตั้งครรภ์ลาพักการเรียน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดความเครียด ขณะตั้งครรภ์ไม่ได้ประกอบอาชีพ และไม่มีรายได้ ปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด สูงสอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการที่ว่า อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษาหรือมีเศรษฐานะต่ำ การทำงานหนัก ความเครียด เป็นปัจจัยส่งเสริมการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[8,10] ด้านปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มีน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน BMI <18.5 ระหว่างหว่างตั้งครรภ์มีน้ำหนักขึ้นน้อยร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง ผลตรวจเลือดพบว่าเป็นพาหะธาลัสซีเมีย ประกอบกับฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามารดาอายุน้อยกว่า 18 ปี มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[9] หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโต มีความต้องการธาตุเหล็กสูง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ส่งผลให้การนำออกซิเจนไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง กระตุ้นให้เกิดการหดรัดตัวของมดลูกทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[11,12] ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานและการยกของหนักในหญิงตั้งครรภ์ทำให้เกิดแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น (increased intra-abdominal pressure) ส่งผลให้มดลูกได้รับแรงกดเพิ่มขึ้นจึงกระตุ้นให้เกิดการหดรัดตัวของมดลูก (uterine irritability) ซึ่งการออกแรงหนักหรือมีภาวะเครียดจากร่างกาย อาจทำให้ร่างกายหลั่ง คอร์ติซอล และ พรอสตาแกลนดิน (prostaglandin) มากขึ้น สามารถกระตุ้นให้มดลูกเริ่มบีบตัว เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ สัมพันธ์กับการใช้ชีวิตประจำวันของกรณีศึกษาราย

ที่ 1 คือ เลี้ยงหลานและอุ้มหลานอายุ 1 ปี 6 เดือน น้ำหนัก 10 กิโลกรัม ซึ่งการยกของหนักมีโอกาสของการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากรณีที่ไม่ได้ทำงาน[13] ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวรับเหมาก่อสร้าง ต้องเดินทางไปตรวจงานเป็นประจำ การเดินทางบนถนนที่ขรุขระทำให้มดลูกกระทบกระเทือน ส่งผลให้ความดันในมดลูกเพิ่มขึ้น ระบบไหลเวียนในมดลูกไม่ดี กระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ สัมพันธ์กับหลักฐานทางวิชาชการ[14]

การเข้าถึงการรักษา พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว สามารถยับยั้งการคลอดสำเร็จในกรณีศึกษารายที่ 1 ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ เนื่องจากขณะให้ยายับยั้งคลอดมีการแตกของถุงน้ำคร่ำ จึงมีการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด สัมพันธ์กับหลักฐานทางวิชาการที่พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับมีมูกเลือดและมีน้ำเดินจะมีภาวะเสี่ยงสูงที่จะคลอดก่อนกำหนด[8] นอกจากนี้ยังพบปัจจัยร่วมหลายปัจจัย ได้แก่ ขณะตั้งครรภ์มีเนื้องอกในมดลูก (Myoma uteri) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร สอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการระบุว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ถัดไป[8] การมีก้อนเนื้องอกในมดลูกอาจทำให้มดลูกขยายตัวไม่เต็มที่ส่งผลให้เกิดการหดตัวและคลอดก่อนกำหนดได้[12] การผ่าตัดคลอดทำให้เกิดรอยแผลในมดลูกส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากขึ้น[8] กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นการคลอดก่อนในระดับเล็กน้อย (late preterm) อายุครรภ์ 34 - 36 สัปดาห์ ทารกกลุ่มนี้อาจมีอาการแตกต่างกันไป ซึ่งบุตรของกรณีศึกษารายที่ 2 พบปัญหาการหายใจเร็ว มากกว่า 60 ครั้ง/นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกเกิด ได้รับการช่วยหายใจด้วย Oxygen Box 10 ลิตร/นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง สามารถหายใจเองปกติได้ ค่า Oxygen saturation room air 95 – 98 % จำหน่ายกลับบ้านพร้อมมารดา

จากการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย มีการวางแผนทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 จำนวน 7 ข้อ กรณีศึกษารายที่ 2 จำนวน 14 ข้อ และทารกแรกเกิด จำนวน 3 ข้อ กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการพยาบาลสิ้นสุดและบรรลุเป้าหมาย ไม่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด เตรียมพร้อมก่อนจำหน่าย นัดติดตามอาการและฝากครรภ์ต่อหลังจำหน่าย 2 วัน ส่วนรายที่ 2 ได้รับการพยาบาลตามแผนการในระยะรอคลอด 8 ข้อ ไม่บรรลุเป้าหมายเนื่องจากกรณีศึกษาคลอดก่อนกำหนด ส่วนแผนการพยาบาลอีก 7 ข้อ บรรลุเป้าหมาย ในระยะหลังคลอด(ผ่าตัดคลอด) บรรลุเป้าหมายทั้ง 3 ข้อ การวางแผนการพยาบาลในทารกแรกเกิดบรรลุเป้าหมายทั้ง 3 ข้อ มารดาและทารกมีความปลอดภัย เตรียมพร้อมก่อนกลับบ้าน นัดตรวจหลังคลอด 1 เดือน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. (2566). แนวทางการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย. [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก:https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/
2. Brett, Staniszewska, Newburn, Jones, & Taylor. (2011). A systemic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. BMJ Open, 1(1),1-11. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2010-000023.
3. สกลสุภา อภิชัจบุญโชค. (2556). การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการส่งเสริมพัฒนาการทารกคลอดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยวิกฤต.วชิรเวชสาร, 52(1), 65-72.

4. ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์. (2554).การดูแลรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด.ใน ประสงค์ ตันมหาสมุทร, พฤหัส จันทร์ประภาพ, อรรถพล ใจชื่น,ธันยารัตน์ วงศ์วนานุรักษ์, และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ).สูตินรีเวชทันยุค: OB-GYN in Practice 2011.(หน้า 111-119). กรุงเทพมหานคร: พี เอ ลิฟวิ่ง.

5.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2568).ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก : https://www.kkpho.go.th/index.php

6.กระทรวงสาธารณสุข. (2568) แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข.ประจำปีงบประมาณ 2568. [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก : https://plancro.moph.go.th/okr/inspection/download/1_2024122710:34:51_1pdf.

7. โรงพยาบาลพล. (2567). ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลพล ปีงบประมาณ 2567. เอกสารประกอบการนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ.

8.ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2567). การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด. เข้าถึงจาก: https://www.rtcog.or.th/files/1721716962_44081a80cc14759e3f7f.pdf

9.นงเยาว์ เอื้อตรงจิตต์. (2562). ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ ปีที่ 10 ฉบับที่1 มกราคม-มิถุนายน 2562.

10.อุ่นใจ กออนัตกุล. (2551).การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง. พิมพ์ครั้งที่ 2.ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

11. เบญจพร ปัญญายง. (2553). การทบทวนองค์ความรู้ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

12. ศิริกนก กลั่นขจร. (2564). บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2564;14(ฉ.1):54-65.

13. ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และจิรัชยา หนูสิงห์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์.วิทยานิพนธ์.หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

14.สุวชัย อินทรประเสริฐ. (2566). คู่มือตั้งครรภ์และเตรียมคลอด. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุวชัย อินทรประเสริฐ. หน้า 110–112.

12.ธีระ ทองสง. (2568). Anemia in pregnancies. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2568].เข้าถึงจาก:https:/w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/anemia-in-pregnancy/.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

ความชุกและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลมะนัง จังหวัดสตูล

Prevalence and quality of life of elderly with osteoarthritis at the chronic disease clinic, Manang Hospital, Satun Province.

(Received: August 16,2025 ; Revised: August 24,2025 ; Accepted: August 25,2025)

อดิศักดิ์ ชุมขวัญ[1]
Adisak Chumkwan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลมะนัง จังหวัดสตูล (2) ประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมตามระดับความรุนแรงของโรค และ (3) ศึกษาปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับโรคข้อเข่าเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยใช้รูปแบบวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 308 คน ที่มีโรคเรื้อรัง โดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score ฉบับภาษาไทย) และแบบวัดคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, t-test, logistic regression และ multiple linear regression

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าเรื้อรังร้อยละ 35.1 (95% CI: 29.9–40.5) แต่ได้รับการวินิจฉัยอย่างเป็นทางการเพียงร้อยละ 8.8 ในกลุ่มที่มีอาการปวดเข่า มีเพียงร้อยละ 25.0 ที่ได้รับการวินิจฉัย ส่งผลให้เกิดช่องว่างการวินิจฉัยสูงถึงร้อยละ 75.0 ผู้ที่มีอาการปวดเข่ามีคะแนนคุณภาพชีวิต (VAS Score) ต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญ (71.07±14.79 เทียบกับ 81.97±10.22, p<0.001) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคคือค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (Adjusted OR = 3.52, 95% CI: 2.11–5.87) ในขณะที่การออกกำลังกายและคะแนน Oxford Knee Score ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต (r = 0.492, p<0.001)

คำสำคัญ: โรคข้อเข่าเสื่อม, ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต

Abstract

This study aimed to (1) investigate the prevalence of knee osteoarthritis among elderly individuals attending the chronic disease clinic at Manang Hospital, Satun Province, (2) evaluate the quality of life of elderly patients with knee osteoarthritis according to disease severity, and (3) examine demographic, health, and behavioral factors associated with knee osteoarthritis and quality of life. A survey research by cross-sectional design was employed. The sample consisted of 308 elderly individuals aged 60 years and above with chronic diseases, selected through simple random sampling. Research instruments included a general information questionnaire, the Thai version of the Oxford Knee Score, and the Thai version of the EQ-5D-5L quality of life questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, t-test, logistic regression, and multiple linear regression.

The results revealed that 35.1% of elderly participants experienced chronic knee pain (95% CI: 29.9–40.5), yet only 8.8% had received an official diagnosis. Among those reporting knee pain, only 25.0% had been diagnosed, indicating a diagnostic gap of 75.0%. Participants with knee pain had significantly lower quality of life scores (VAS Score) than those without pain (71.07±14.79 vs. 81.97±10.22, p<0.001). The primary risk factor identified was having an above-standard body mass index (Adjusted OR = 3.52, 95% CI: 2.11–5.87). Positive associations with quality of life were found in participants who exercised regularly and had higher

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะนัง จังหวัดสตูล

Oxford Knee Scores. A significant positive correlation between Oxford Knee Score and VAS Score was observed (r = 0.492, p<0.001).

Keywords: knee osteoarthritis, elderly, quality of life

บทนำ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ระดับโลกในศตวรรษที่ 21 ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นต่อเนื่องและคาดว่าจะเกิน 1.6–2.2 พันล้านคนภายในปลายศตวรรษ[1,2] การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุกลายเป็นภาระสุขภาพหลัก โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อม (knee osteoarthritis) ซึ่งเป็นโรคข้อเสื่อมที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุของอาการปวดเรื้อรัง การจำกัดการเคลื่อนไหว และความพิการระยะยาว

จากข้อมูลสถานการณ์ระดับโลก โรคข้อเข่าเสื่อมมีอัตราความชุกปรับมาตรฐานตามอายุร้อยละ 3.8 ของประชากรทั่วไป[3] โดยพบมากในเพศหญิงและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง[4-5] การประเมินภาระโรคในปี 2019 พบว่าภูมิภาค Western Pacific มีความชุกสูงถึงร้อยละ 7.64 โดยประเทศญี่ปุ่นมีอัตราสูงที่สุดคือ 12,610 รายต่อประชากร 100,000 คน[6] ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ เพศหญิง อายุสูง ดัชนีมวลกายมาก อาชีพที่ใช้ข้อเข่าอย่างหนัก และประวัติบาดเจ็บข้อเข่า[7,8,9] โรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ[10]

ในประเทศไทยพบความชุกแตกต่างกันตามพื้นที่และวิธีการศึกษา การสำรวจอาการปวดข้อเข่าเรื้อรังระดับชาติในปี พ.ศ. 2566 พบความชุกร้อยละ 3.7–39.2 ในแต่ละภูมิภาค[11] การศึกษาวินิจฉัยทางคลินิกในกรุงเทพมหานครรายงานความชุกร้อยละ 34.5–45.6 ในผู้สูงอายุ[12] ขณะที่ในกลุ่มพระสงฆ์ภาคใต้พบร้อยละ 59.4[13] การศึกษาในระดับชุมชนพบความแตกต่าง เช่น ในตำบลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม พบความชุกร้อยละ 35.4 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายที่สูงกว่า 23 กก./ม.^{2}[14] ในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง พบความชุกของความเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 57.33[15]

โรคข้อเข่าเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน การศึกษาในภาคเหนือพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่ามีคุณภาพชีวิตลดลงโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความกลัวการหกล้ม[16] ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ความรุนแรงของอาการปวด ระดับกิจกรรมทางกาย ภาวะซึมเศร้า และความอ่อนเพลีย[17] แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุไทย แต่การศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในเขตเมืองหรือพื้นที่ที่มีระบบสาธารณสุขที่พัฒนาแล้ว ขณะที่พื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกลยังขาดข้อมูลการศึกษาและระบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

โรงพยาบาลมะนัง จังหวัดสตูล เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการประชากรในพื้นที่ห่างไกลของภาคใต้ คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมและความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่รับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาระบบคัดกรองและจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับปฐมภูมิ รวมทั้งการวางแผนบริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกลและการประยุกต์ใช้ในนโยบายสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลมะนัง จังหวัดสตูล

2. เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมตามระดับความรุนแรงของโรค

3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับโรคข้อเข่าเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional Study) ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 โดยมีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคไขมันในเลือดสูง) ที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลมะนัง จังหวัดสตูล จำนวนทั้งสิ้น 1,142 คน

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตร Cochran[18] สำหรับประชากรจำกัด โดยกำหนดพารามิเตอร์ดังนี้: ระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z = 1.96$) ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ±5% ($e = 0.05$) และค่าความชุกที่คาดการณ์ 40% ($p = 0.40$) จากการทบทวนวรรณกรรมในประชากรผู้สูงอายุไทย ซึ่งพบความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่าง 35–59%[12-13] เมื่อแทนค่า $Z = 1.96$, $p = 0.40$, และ $e = 0.05$ ได้ $n_0 = (1.96^2 \times 0.40 \times 0.60) / 0.05^2 = 369.6 \approx 370$ คน จากนั้นปรับสำหรับประชากรจำกัด ($N = 1,142$ คน) โดยใช้สูตร $n = n_0 / (1 + (n_0 - 1) / N)$ ได้ $n = 370 / (1 + (370 - 1) / 1,142) = 279$ คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจาก non-response rate จึงเผื่อสำรองเพิ่ม 10% ของขนาดตัวอย่าง ดังนั้นขนาดตัวอย่างสุดท้าย = 279 × 1.10 ≈ 308 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้เข้าร่วมต้องมีคุณสมบัติดังนี้ ได้แก่ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง (ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูง) และเข้ารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารหรือให้ข้อมูล เช่น มีภาวะสมองเสื่อม ภาวะจิตไม่ปกติ หรือพิการทางสติปัญญา รวมถึงผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือการพูดในระดับรุนแรง และผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่ถูกรวมอยู่ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากร (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้) ข้อมูลด้านสุขภาพ (น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติอุบัติเหตุที่เข่า) และข้อมูลด้านพฤติกรรม (ความถี่การออกกำลังกาย ประเภทของการออกกำลังกาย)

2. แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ประเมินความรุนแรงของอาการและความสามารถในการใช้งานของข้อเข่า ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ มีคะแนนรวม 0-48 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-19 คะแนน (ความรุนแรงมาก) 20-29 คะแนน (ความรุนแรงปานกลาง) 30-39 คะแนน (ความรุนแรงน้อย) และ 40-48 คะแนน (การทำงานของเข่าที่ดี) แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) = 0.94

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือมาตรฐาน

ระดับสากลที่วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบาย และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า แต่ละมิติมี 5 ระดับความรุนแรง ผลการประเมินแปลงเป็นค่าอรรถประโยชน์ (Utility score) ตามชุดค่าน้ำหนักของประชากรไทย (ค่าระหว่าง -0.283 ถึง 1)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคข้อและรูมาติสซั่ม และพยาบาลวิชาชีพ จากนั้นทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

2. คัดเลือกและอบรมผู้ช่วยวิจัย 2 คน จากบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมะนัง

3. ทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูล HosXP ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

5. ติดต่อกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์เพื่อนัดหมาย

6. อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วม

7. สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาทีต่อคน

8. วัดข้อมูลทางร่างกาย (น้ำหนัก ส่วนสูง) และตรวจร่างกายเบื้องต้นบริเวณข้อเข่า

9. รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากฐานข้อมูล HosXP ของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลวิเคราะห์โดยแบ่งเป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน สำหรับการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงเป็นความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณแสดงเป็นค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมแสดงเป็นร้อยละและช่วงความเชื่อมั่น 95% สำหรับการวิเคราะห์เชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้ Chi-square test, t-test วิเคราะห์ปัจจัยทำนายโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้ logistic regression วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยใช้ correlation analysis, t-test หรือ ANOVA และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยใช้ multiple linear regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล หมายเลขรับรอง ET-ST 20/2568

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 308 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.3) มีอายุเฉลี่ย 69.8 ± 7.0 ปี โดยร้อยละ 57.8 อยู่ในช่วงอายุ 60–69 ปี ด้านการศึกษา พบว่าร้อยละ 87.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 60.4) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาทถึงร้อยละ 85.0 ดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 23.8 ± 4.2 กก./ม.^{2} โดยร้อยละ 40.9 มีค่า BMI เกินมาตรฐาน และร้อยละ 4.9 ต่ำกว่ามาตรฐาน ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าร้อยละ 50.6 ไม่ออกกำลังกาย และร้อยละ 20.5 มีพฤติกรรมการนั่งยองหรือนั่งคุกเข่าเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน

ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อม

ตารางที่ 1 ความชุกของอาการปวดเข่าเรื้อรังและช่องว่างการวินิจฉัย

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	95% CI
อาการปวดเข่าเรื้อรัง (n=308)			
มีอาการ	108	35.1	29.9-40.5
ไม่มีอาการ	200	64.9	59.5-70.1
การวินิจฉัยอย่างเป็นทางการ (n=308)			
ได้รับการวินิจฉัย	27	8.8	6.1-12.5
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	281	91.2	87.5-93.9
ช่องว่างการวินิจฉัย (n=108)			
ได้รับการวินิจฉัย	27	25.0	17.8-33.9
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	81	75.0	66.1-82.2

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลมะนัง มีอาการปวดเข่าเรื้อรังร้อยละ 35.1 (95% CI: 29.9-40.5) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 308 คน คิดเป็น 108 คน เมื่อพิจารณาการได้รับการวินิจฉัยอย่างเป็นทางการ พบว่ามีเพียงร้อยละ 8.8 (95% CI: 6.1-12.5) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม คิดเป็น 27 คน เมื่อวิเคราะห์เฉพาะในกลุ่มที่มีอาการปวดเข่าเรื้อรัง 108 คน พบว่ามีเพียงร้อยละ 25.0 (95% CI: 17.8-33.9) ที่ได้รับการวินิจฉัย ขณะที่ร้อยละ 75.0 (95% CI: 66.1-82.2) ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คิดเป็น 81 คน

ระดับความรุนแรงและคุณภาพชีวิต

การประเมินความรุนแรงด้วย Oxford Knee Score ในผู้ที่มีอาการปวดเข่าเรื้อรัง (n=107) พบคะแนนเฉลี่ย 31.87 ± 9.18 คะแนน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรุนแรงน้อย (ร้อยละ 44.9) รองลงมาคือระดับความรุนแรงปานกลาง (ร้อยละ 26.2) การทำงานของเข่าที่ดี (ร้อยละ 17.8) และความรุนแรงมาก (ร้อยละ 11.2) ตามลำดับ ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือการนั่งลงคุกเข่าและลุกขึ้น (ร้อยละ 68.2)

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยคะแนน VAS ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีค่าเฉลี่ย 78.15 ± 13.10 คะแนน ผู้ที่มีอาการปวดเข่าเรื้อรังมี VAS Score ต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (71.07 ± 14.79 เทียบกับ 81.97 ± 10.22 คะแนน, $p < 0.001$, Cohen's d = 0.907) ในกลุ่มที่มีอาการปวดเข่า พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง Oxford Knee Score และ VAS Score ($r = 0.492$, $p < 0.001$) และมีปัญหาในทุกมิติของ EQ-5D-5L มากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการ ($p < 0.001$)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคข้อเข่าเสื่อม

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

ตัวแปร	มีอาการปวดเข่า n (%)	ไม่มีอาการปวดเข่า n (%)	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
เพศ					
ชาย	35 (32.4)	78 (39.0)	1.00 (ref)	1.00 (ref)	
หญิง	73 (67.6)	122 (61.0)	1.33 (0.83-2.15)	1.28 (0.78-2.09)	0.334
BMI					
มาตรฐาน	38 (35.2)	129 (64.5)	1.00 (ref)	1.00 (ref)	
เกินมาตรฐาน	66 (61.1)	60 (30.0)	3.74 (2.27-6.17)	3.52 (2.11-5.87)	<0.001*

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

ตัวแปร	มีอาการปวดเข่า n (%)	ไม่มีอาการปวดเข่า n (%)	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ต่ำกว่ามาตรฐาน	4 (3.7)	11 (5.5)	1.23 (0.37-4.11)	1.18 (0.34-4.08)	0.797
การออกกำลังกาย					
ออกกำลังกาย	44 (40.7)	108 (54.0)	1.00 (ref)	1.00 (ref)	
ไม่ออกกำลังกาย	64 (59.3)	92 (46.0)	1.71 (1.06-2.76)	1.58 (0.96-2.60)	0.073

หมายเหตุ: ref = กลุ่มอ้างอิง; OR = Odds Ratio; CI = Confidence Interval; Crude OR = ความเสี่ยงสัมพัทธ์ดิบ; Adjusted OR = ความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ปรับแล้ว; วิเคราะห์ด้วย Binary Logistic Regression

จากตารางที่ 2 พบว่า เพศหญิงมีอาการปวดเข่าเรื้อรังร้อยละ 67.6 เทียบกับเพศชายร้อยละ 32.4 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 1.28, 95% CI: 0.78-2.09, p = 0.334)

ผู้ที่มี BMI เกินมาตรฐานมีอาการปวดเข่าเรื้อรังร้อยละ 61.1 เทียบกับผู้ที่มี BMI มาตรฐานร้อยละ 35.2 โดยพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Crude OR = 3.74, 95% CI: 2.27-6.17) และเมื่อปรับตัวแปรกวนแล้วยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 3.52, 95% CI: 2.11-5.87, p < 0.001)

ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมีอาการปวดเข่าเรื้อรังร้อยละ 59.3 เทียบกับผู้ที่ออกกำลังกายร้อยละ 40.7 โดยพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์ univariate (Crude OR = 1.71, 95% CI: 1.06-2.76) แต่เมื่อปรับตัวแปรกวนแล้วไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 1.58, 95% CI: 0.96-2.60, p = 0.073)

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต (VAS Score)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=308)		กลุ่มที่มีอาการปวดเข่า (n=107)	
	B (SE)	p-value	B (SE)	p-value
การมีอาการปวดเข่า	-10.52 (1.58)	<0.001	-	-
Oxford Knee Score	-	-	0.72 (0.15)	<0.001
BMI เกินมาตรฐาน	-3.45 (1.63)	0.035	-4.52 (2.68)	0.095
การออกกำลังกาย	4.27 (1.48)	0.004	5.83 (2.72)	0.035
เพศหญิง	-2.31 (1.52)	0.130	-3.21 (2.78)	0.251
อายุ (ต่อปี)	-0.08 (0.10)	0.424	-0.15 (0.19)	0.432
R^2 (Adjusted R^2)	0.185 (0.171)		0.285 (0.243)	

หมายเหตุ: B = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression coefficient) SE = ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error) R^2 = ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (Coefficient of determination) วิธีการวิเคราะห์ = Multiple Linear Regression

จากตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต (VAS Score) ใน 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=308): พบปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีอาการปวดเข่า (B = -10.52, p < 0.001) ทำให้คะแนน VAS ลดลง 10.52 คะแนน BMI เกินมาตรฐาน (B = -3.45, p = 0.035) ทำให้คะแนน VAS ลดลง 3.45 คะแนน และการออกกำลังกาย (B = 4.27, p = 0.004) ทำให้คะแนน VAS เพิ่มขึ้น 4.27 คะแนน โมเดลนี้อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 17.1 (Adjusted R^2 = 0.171)

กลุ่มที่มีอาการปวดเข่า (n=107): พบปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ Oxford Knee Score (B = 0.72, p < 0.001) โดยคะแนน

ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะทำให้ VAS Score เพิ่มขึ้น 0.72 คะแนน และการออกกำลังกาย (B = 5.83, p = 0.035) ทำให้คะแนน VAS เพิ่มขึ้น 5.83 คะแนน โมเดลนี้อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 24.3 (Adjusted R^2 = 0.243)

ตัวแปรอื่นๆ เช่น เพศหญิง อายุ และ BMI เกินมาตรฐาน (ในกลุ่มที่มีอาการ) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์เพิ่มเติมเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าเรื้อรัง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเป็นทางการ (n=27) มี Oxford Knee Score สูงกว่ากลุ่มที่มีอาการแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา (n=81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.027) เช่นเดียวกับ VAS Score ที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.045) แสดงว่าการได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการทำงานของข้อเข่าที่ดีขึ้นและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมและการเปรียบเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้า

ความชุกของอาการปวดเข่าเรื้อรังที่พบจากการศึกษานี้ ร้อยละ 35.1 สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทย โดยการศึกษาของ Kuptniratsaikul และคณะ[12] ในผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครพบความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ 34.5–45.6 และการศึกษาของจันทร์จิรา เกิดวันและคณะ[14] ในตำบลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม พบความชุกร้อยละ 35.4 ความสอดคล้องดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มใกล้เคียงกันทั้งในเขตเมืองและชนบท

เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับนานาชาติ ความชุกที่พบสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกที่ Cross และคณะ[3]รายงานไว้ร้อยละ 3.8 แต่สอดคล้องกับรายงานของ Cui และคณะ[4] ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งพบความชุกสูงขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ความแตกต่างของค่าความชุกระหว่างภูมิภาคอาจเกิดจากปัจจัยด้านพันธุกรรม รูปแบบการดำเนินชีวิต ลักษณะการประกอบอาชีพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน

ประเด็นสำคัญที่พบคือการขาดการวินิจฉัยสูงถึงร้อยละ 75.0 ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการคัดกรองและวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้ของประชาชนที่มองว่าอาการปวดเข่าเป็นภาวะปกติของวัยสูงอายุ การขาดระบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และข้อจำกัดด้านเครื่องมือวินิจฉัยในพื้นที่ชนบทหรือห่างไกล ประเด็นดังกล่าวเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข เนื่องจากการวินิจฉัยและการรักษาในระยะเริ่มต้นสามารถชะลอการดำเนินของโรค ลดระดับความรุนแรง และจำกัดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความรุนแรงของโรค

การประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ Visual Analogue Scale (VAS) พบว่าผู้ที่มีอาการปวดเข่ามีคะแนน VAS เฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวดเข่า 10.90 คะแนน โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับสูง (Cohen's d = 0.907) ซึ่งมีนัยสำคัญทางคลินิกเนื่องจากเกินเกณฑ์ minimal important difference ที่กำหนดไว้ราว 7–10 คะแนนสำหรับการวัดอาการปวดด้วย VAS[19-20] ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับรายงานของ Porthao W. และคณะ[21] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่ามีคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการ

นอกจากนี้ พบความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางระหว่าง Oxford Knee Score (OKS) และ VAS Score (r = 0.492) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin และคณะ[22] ที่ยืนยันว่า OKS และ EQ-VAS มีทั้ง concurrent validity และ

predictive validity ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ข้อมูลนี้ตอกย้ำความสำคัญของการดูแลแบบองค์รวมที่ไม่เพียงมุ่งลดอาการปวด แต่ยังต้องเสริมสร้างสมรรถภาพข้อเข่าและส่งเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

การประเมินด้วย EQ-5D-5L แสดงให้เห็นว่ามิติที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 53.7) และอาการเจ็บปวด/ไม่สบาย (ร้อยละ 62.0) ในขณะที่มิติการดูแลตนเองยังคงได้รับผลกระทบน้อย (ร้อยละ 23.1) ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อมที่มักเริ่มจากการสูญเสียสมรรถภาพการเคลื่อนไหวและการเกิดอาการปวด ก่อนจะส่งผลต่อการทำกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการดูแลตนเองในระยะรุนแรงขึ้น[23] อีกประเด็นที่ควรให้ความสำคัญคือ การพบความชุกของภาวะวิตกกังวล/ซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการปวดเข่า (ร้อยละ 18.5) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการ (ร้อยละ 6.0) แม้ตัวเลขดังกล่าวจะไม่สูงมาก แต่สะท้อนถึงผลกระทบทางจิตใจของอาการปวดเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด pain–depression cycle ที่อธิบายว่าความเจ็บปวดเรื้อรังสามารถนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และในทางกลับกัน ภาวะซึมเศร้าสามารถทำให้การรับรู้อาการปวดรุนแรงขึ้น[24-25]

ปัจจัยเสี่ยงและกลไกทางชีววิทยา

ผลการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกาย (BMI) เกินมาตรฐานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดของโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีค่า Adjusted OR = 3.52 (95% CI: 2.11–5.87) สอดคล้องกับรายงานของ Silverwood[8] และคณะ และHeidari[9] ที่รายงานว่าน้ำหนักตัวมากเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคดังกล่าว กลไกการเกิดโรคสามารถอธิบายได้ผ่านสองเส้นทางหลัก ได้แก่ เส้นทางเชิงกล (Mechanical Pathway) ซึ่งน้ำหนักตัวเกินส่งผลให้เกิดแรงกดทับเพิ่มขึ้นต่อผิวข้อ ก่อให้เกิดความเครียดต่อโครงสร้างข้อเข่า และเส้นทางการอักเสบ (Inflammatory Pathway) โดยเฉพาะไขมันในช่องท้องสามารถหลั่งสารก่อการอักเสบ เช่น Interleukin-6 (IL-6), Tumor Necrosis Factor-alpha (TNF-α) และ Adipokines เข้าสู่กระแสเลือด ส่งผลให้เกิดการอักเสบในข้อต่อต่างๆ รวมถึงข้อต่อที่ไม่ได้รับน้ำหนักโดยตรง โดยผู้ที่มี BMI เกินมาตรฐานมีความชุกของโรคสูงถึงร้อยละ 52.4 เทียบกับร้อยละ 22.8 ในผู้ที่มี BMI ปกติ การลดน้ำหนักแม้เพียงเล็กน้อยสามารถลดความเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะเดียวกัน การออกกำลังกายก็มีผลดีต่อคุณภาพชีวิต และพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง OKS และ VAS Score สะท้อนถึงศักยภาพในการยกระดับสุขภาพของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้การไม่ออกกำลังกาย พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงในระดับ univariate analysis (Crude OR = 1.71) แต่ไม่พบความมีนัยสำคัญใน multivariate analysis ซึ่งอาจเป็นผลจากการปรับลดอิทธิพลโดย BMI อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตยังพบว่าการออกกำลังกายมีผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ (B = 4.27 ในกลุ่มทั้งหมด และ B = 5.83 ในกลุ่มที่มีอาการ) โดยกลไกการป้องกันและจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมของการออกกำลังกาย ได้แก่ การเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า การรักษาความยืดหยุ่นของข้อ การส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดและสารอาหารสู่กระดูกอ่อน และการควบคุมน้ำหนัก

ข้อจำกัดของการวิจัย ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม (p = 0.905) ซึ่งแตกต่างจากหลักฐานส่วนใหญ่ที่ระบุว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ความแตกต่างอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ ≥60 ปี โดยมากอยู่ในช่วง 60–79 ปี ทำให้การกระจายอายุแคบ อีกทั้งการมีสัดส่วนผู้ที่มี BMI เกินมาตรฐานสูง (40.9%) และมีอัตราส่วนความเป็นไปได้สูง อาจทำให้ผลของอายุไม่ปรากฏชัด นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกอาจมีปัจจัยเสี่ยงเฉพาะแตกต่างจากประชากรทั่วไป ข้อจำกัดของเครื่องมือที่อาศัยการ

รายงานตนเอง เช่น OKS และ VAS อาจได้รับผลจากระดับการศึกษาและปัจจัยทางจิตวิทยา อีกทั้งการขาดการตรวจรังสียืนยันยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการจำแนกผิดพลาดระหว่างผู้ที่เป็นและไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาระบบคัดกรอง ควรจัดทำแนวทางการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมที่เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพไทย โดยใช้เครื่องมือที่ง่าย รวดเร็ว และสามารถใช้ได้ในระดับปฐมภูมิ รวมทั้งการกำหนดเกณฑ์การส่งต่อที่ชัดเจน

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร จัดการอบรมอย่างต่อเนื่องให้แก่บุคลากรสาธารณสุขในการรู้จำ ประเมิน และจัดการเบื้องต้นของโรคข้อเข่าเสื่อม พร้อมทั้งจัดทำคู่มือปฏิบัติที่เข้าใจง่าย

3. การจัดการเชิงป้องกัน พัฒนาโปรแกรมควบคุมน้ำหนักและส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจาก BMI เกินมาตรฐานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและสามารถปรับเปลี่ยนได้

4. การปรับปรุงระบบบริการ พิจารณาจัดตั้งคลินิกเฉพาะทางและพัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. (2022). World population prospects 2022. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. https://population.un.org/wpp

2. United Nations. (2024). World social report 2024: Demographic megatrends. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. https://www.un.org/development/desa/dspd/world-social-report

Xie, F., Kovic, B., Jin, X., He, X., Wang, M., Silvestre, C., & Wong, H. (2021). A comprehensive review of patient-reported outcome measures for knee osteoarthritis: Measurement properties and practical considerations. Quality of Life Research, 30(8), 2063–2079.

3. Cross, M., Smith, E., Hoy, D., Nolte, S., Ackerman, I., Fransen, M., ... March, L. (2014). The global burden of hip and knee osteoarthritis: Estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. Annals of the Rheumatic Diseases, 73(7), 1323–1330. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204763

4. Cui, A., Li, H., Wang, D., Zhong, J., Chen, Y., & Lu, H. (2020). Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. EBioMedicine, 47, 388–398. https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2019.11.044

5. Yahaya, I., Wright, T., Babatunde, O. O., Corp, N., Helliwell, T., Dikomitis, L., & Mallen, C. D. (2021). Prevalence of osteoarthritis in lower middle- and low-income countries: A systematic review and meta-analysis. Rheumatology International, 41(7), 1221–1231. https://doi.org/10.1007/s00296-021-04838-y

6. Li, H., George, L. K., & Wang, D. (2024). Global trends in knee osteoarthritis burden: Insights from the Global Burden of Disease Study 2019. Osteoarthritis and Cartilage, 32(1), 45–53. https://doi.org/10.1016/j.joca.2023.08.004

7.Blagojevic, M., Jinks, C., Jeffery, A., & Jordan, K. P. (2010). Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: A systematic review and meta-analysis. Osteoarthritis and Cartilage, 18(1), 24–33. https://doi.org/10.1016/j.joca.2009.08.010

8. Silverwood, V., Blagojevic-Bucknall, M., Jinks, C., Jordan, J. L., Protheroe, J., & Jordan, K. P. (2015). Current evidence on risk factors for knee osteoarthritis in older adults: A systematic review and meta-analysis. Osteoarthritis and Cartilage, 23(4), 507–515. https://doi.org/10.1016/j.joca.2014.11.019

9. Heidari, B. (2011). Knee osteoarthritis prevalence, risk factors, pathogenesis and features: Part I. Caspian Journal of Internal Medicine, 2(2), 205–212. https://doi.org/10.22088/cjim.2.2.205
10. Leifer, V. P., Katz, J. N., & Losina, E. (2022). The burden of OA—Health services and economics. Osteoarthritis and Cartilage, 30(1), 10–16. https://doi.org/10.1016/j.joca.2021.07.001
11. Luksameesate, P., Thepsuthammarat, K., Kunaseth, N., & Chueasuwanchai, A. (2023). Prevalence and associated factors of chronic knee pain among Thai adults: A national survey. BMC Musculoskeletal Disorders, 24, 765. https://doi.org/10.1186/s12891-023-06824-2
12. Kuptniratsaikul, V., Tosayanonda, O., Nilganuwong, S., & Thamalikitkul, V. (2002). The epidemiology of knee osteoarthritis in a rural Thai community: A population-based survey. Journal of the Medical Association of Thailand, 85(5), 554–562.
13. Tangtrakulwanich, B., Chongsuvivatwong, V., Geater, A., & Maungsan, N. (2006). Knee osteoarthritis in Buddhist monks: The effects of prostration. Journal of Orthopaedic Science, 11(5), 492–497. https://doi.org/10.1007/s00776-006-1044-2
14. จันทร์จิรา เกิดวัน, มลิวัลย์ สังวาลเพ็ชร์, และนราวัลลภ์ พรหมภาส. (2559). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 42(3), 322–331.
15. สมเกียรติยศ วรเดช, อัญชลี ขวัญเมือง, และ ชนิดา สุขเกษม. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 3(2), 39–50.
16. Silangirn P, Chaichana K, Thummayot S, Srisuttha P, Sadjapong U, Chaipin E, Sapbamrer R, Thongtip S. Study of knee pain, fear of falling, and quality of life among community-dwelling older adults, Northern Thailand. Narra J. 2024 Aug;4(2):e915. doi: 10.52225/narra.v4i2.915. Epub 2024 Aug 13. PMID: 39280307; PMCID: PMC11391954.
17. Youngcharoen, P., & Aree-Ue, S. (2019). Predictors of quality of life among older adults with knee osteoarthritis in northern Thailand. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 23(1), 59–70.
18. Cochran, W. G. (1977). Sampling techniques (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
19. Ostelo, R. W., Deyo, R. A., Stratford, P., Waddell, G., Croft, P., Von Korff, M., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2008). Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: Towards international consensus regarding minimal important change. Spine, 33(1), 90–94. https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31815e3a10
20. Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). Arthritis Care & Research, 63(S11), S240–S252. https://doi.org/10.1002/acr.20543
21. Porthao W, Roopsawang I, Aree-Ue S. Prevalence of Frailty and Its Association with Health Conditions among Community-Dwelling Older Adults with Knee Osteoarthritis. J Thai Nurse Midwife Counc [internet]. 2024 Oct. 15 [cited 2025 Aug. 16];39(04):519-35. available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/269057
22. Lin, C. W., Wang, H. K., Wu, T. H., Lin, Y. C., Tsai, W. C., Chou, S. H., & Hsu, C. J. (2023). Validation of the Oxford Knee Score and the EQ-5D-5L in patients with knee osteoarthritis in Taiwan. Journal of Orthopaedic Surgery and Research, 18, 214. https://doi.org/10.1186/s13018-023-03651-3
23. Liang, Z., Xie, F., Hinman, R. S., Goh, S. L., Chua, N., & Thumboo, J. (2023). Psychometric properties of EQ-5D-5L and its associations with measures of function and pain in knee osteoarthritis: A cross-

sectional study. Health and Quality of Life Outcomes, 21, 102. https://doi.org/10.1186/s12955-023-02133-1

24. Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: A literature review. Archives of Internal Medicine, 163(20), 2433–2445. https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433

25. Goldenberg, D. L. (2010). Pain/depression dyad: A key to a better understanding and treatment of functional somatic syndromes. American Journal of Medicine, 123(8), 675–682. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2010.01.014

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025

Part II

ISSN : 3027-866X (Online)
ISSN : 3027-8678 (Print)

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025
Part 2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 248
เดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 260
สารภี กาญจนาโรจน์พันธ์

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดหนองคาย 266
ธวัชชัย เหลืองศิริ ,สุจิตรา บุษปฤกษ์

ประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุบูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย 275
รุ้งอุษา นาคคงคำ ,ทรรศนีย์ บุญมั่น

การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ 287
ชุติมา คำประกอบ ,อรอนงค์ วิชัยคำ ,กุลวดี อภิชาตบุตร

เปรียบเทียบผลลัพธ์ในการรักษาด้วยการใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกอันเดียวและหลายอันในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีที่มีนิ่วขนาดใหญ่ 298
กันตภณ รัตนชื่อสกุล

ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย 307
ธวัชชัย เหลืองศิริ ,สิทธิศานติ์ ทรัพย์สิริโสภา ,ฉัตรชิวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย์ ,สุธิดา ดวงพุทธา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนเสริมชนิดอัตราการไหลสูง ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลสระบุรี 320
วิไลวรรณ แสงธรรม ,โสภา เกิดพิทักษ์

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง: กรณีศึกษา 2 ราย 328
ณัฐพัฒฐ์ วิมลจิตร

ผลของโปรแกรมการสอนทักษะการสื่อสารทางสังคมนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัมต่อการรับรู้ของบิดามารดาที่บุตรมีภาวะออทิซึมสเปกตรัม 340
พรมณี หาญหัก ,ปิยะวรรณ ศรีสุรักษ์ และเพ็ญณี แนรอท

ประสิทธิผลของสื่ออินโฟกราฟิกในการให้ความรู้ด้านทันตสุภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง 350
ไกร แก้วทิพย์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก 360
อภิสรากรณ์ หิรัณย์วิชญกุล ,ฟารีดา คชฤทธิ์ ,อัญชลี วงษ์ดี ,ชญานิษฐ์ ทิศพรม ,วิรมณ กาสีวงศ์ ,อนุชิดา อายุยืน ,สุภิศา ขำอเนก ,อัญชลี วงษ์ดี

ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี 370
ผ่องศรี รำจวน ,วุฒิกร พัฒนโสภณ ,จินตนา วชิรดุสิต

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางในผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสิรินธร ขอนแก่น : กรณีศึกษา 2 ราย 379
นุกูล เมืองขันธ์

การรักษาผู้ป่วยโรคเริมด้วยครีมพญายอเทียบกับครีม Acyclovir ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 389
ณิชา เจนมานะชัยกุล

ผลการนำนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10 397
กิตติพศ ดำบรรพ์ ,สมฤกษ์ จึงสมาน และสุนทรีย์ พันธุ์คำ

ปัจจัยเชิงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยในจังหวัดอุบลราชธานี 406
แพลวพลอย บุญปั้น ,กิตติ เหลาสุภาพ

การพัฒนารูปแบบคัดกรองภาวะก่อนเบาหวาน โดยใช้ดัชนีไตรกลีเซอไรด์-กลูโคส ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จังหวัดกาฬสินธุ์ 414
สุลักขณา วงค์วิเศษ

ผลของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 421
พรรณทิพย์ ทีสุ่ม

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2565
VOL.10 NO.3 July - September 2025
Part 2

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม 433
จิรชาย ประสพธัญญา

การปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี 445
ภาณุฤทธิ์ สินธวรัตน์ ,ทิพย์วัลย์ สุรินยา ,ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชื่นชม 458
ฐิติรัตน์ สมยอ ,รุ่งทิวา ขันธมูล ,สุดารัตน์ หงษ์สีทอง

การเปรียบเทียบผลความดันโลหิตและอัตราการเต้นหัวใจระหว่าง Propofol ร่วมกับ Ketamine (ketafol) และ Propofol ร่วมกับ ephedrine ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ : การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม 466
ปิยวรรณ รัตนวรรณี

การศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม 476
สัจจพร พนมศักดิ์

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ต่อระดับความรู้ความวิตกกังวล พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 487
ปิยรัตน์ บุญศิริ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 499
พิชญา อินทร์ติยะ ,กรรธิมา ฝาระมี

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน จังหวัดตราด 508
ปราการ อภิบาลศรี ,เบญญา เชื้อนาข่า ,วิชิตา โภคสมบัติ

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 39 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ กรกฎาคม – กันยายน 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับ แพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัวในผู้สูงอายุ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน การตลาด 4Ps ที่มีต่อการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีน การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด การเตรียมความสะอาดลำไส้ก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ แผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยไตเรื้อรังต่อการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคอง ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง ภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายระหว่างการบริหารยา Omeprazole พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ส่งผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา นวัตกรรมการพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ การให้บริการอุดฟันและเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียน การป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย การประเมินคุณภาพน้ำบาดาลในพื้นที่ด้วยดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความชุกและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม การจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุ การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ การรักษาด้วยการใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกอันเดียวและหลายอันในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีที่มีนิ่วขนาดใหญ่ การเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต การสอนทักษะการสื่อสารทางสังคมนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัม อินโฟกราฟิกในการให้ความรู้ด้านทันตสุภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน การรักษาผู้ป่วยโรคเริมด้วยครีมพญายอเทียบกับครีม Acyclovir การนำนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัย การใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประสิทธิผลของโปรเจสเตอโรน ต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ทัศนคติและการรับรู้ของครูและผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาชั้น ป.4-6 ภาวะซึมเศร้าและการเฝ้าระวังอาการที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

Effects of a Seft- management Program on Medication Adherence Among Persons with Glaucoma in Suratthani Hospital.

(Received: September 17,2025 ; Revised: September 24,2025 ; Accepted: September 26,2025)

เดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล[1]
Duanpen Tangmettajittakul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pre- posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคต้อหิน ณ ห้องตรวจตา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 60 รายเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสมมติฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Paired Sample T-Test และ สถิติ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองก่อนการทดลองเท่ากับ 60.00 หลังการทดลองเท่ากับ 86.65 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่า หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.05) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคต้อหินมีความร่วมมือในการรักษาภายหลังการทดลองอยู่ในระดับที่สูงกว่าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.05)

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรักษา, การจัดการตนเอง, ผู้ป่วยโรคต้อหิน

Abstract

This research was a quasi-experimental study of two groups, pre-and posttest design. The aim of this study was to determine the effects of a seft- management program on medication adherence among persons with glaucoma in Suratthani Hospital at ophthalmic outpatient department The samples consisted of 60 patients and were equally divided into experimental group (n = 30) and control group (n = 30). They were selected by the simple random sampling technique. The conceptual framework was Kanfer & Garlick-Buys, (1991) . The experimental group received seft- management program on medication adherence among persons with glaucoma. The control group received regular nursing care. Data collection was performed using personal data questionnaire and drug use questionnaire in glaucoma patients. Data were analyzed using descriptive statistics and t- test statistics.

The results showed that the mean score of after the experiment, the mean score of adherence to treatment of glaucoma patients in the self-management program group was significantly higher than before the experiment (<.05). That is, glaucoma patients had a higher level of treatment compliance after the trial than before the trial. The mean difference in treatment adherence scores of the high glaucoma patients in the experimental and control groups was significantly different (<.05).

Keywords: Adherence, Seft- management, Glaucoma patients

[1] กลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

บทนำ

ต้อหิน (glaucoma) เป็นโรคเรื้อรังทางจักษุที่เป็นสาเหตุสำคัญของการตาบอด ((World Health Organization, 2021) องค์การอนามัยโลก ประมาณการณ์ว่ามีประชากรที่เป็นต้อหินทั่วโลกจำนวน 60.5 ล้านคน ในจำนวนนี้มีอัตราการเกิดภาวะตาบอด จากต้อหิน ในปี ค.ศ. 2010 จำนวน 8.4 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2020 จะมีผู้ป่วยต้อหินเพิ่มขึ้นเป็น 79.6 ล้านคน และมีแนวโน้มจะพบผู้ป่วยตาบอดจากต้อหินเพิ่มสูงขึ้นถึง 11.2 ล้านคนในปีดังกล่าว (Al-Timimi et al., 2023) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย มีการรายงานอุบัติการณ์ของการเกิดต้อหินประมาณร้อยละ 2.5 – 3.8 ของจำนวนประชากร หรือคิดเป็นจำนวนประชากร ประมาณ 1.7 – 2.4 ล้านคน ความชุกของโรคพบในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ดังนั้นจึงนับได้ว่าต้อหินเป็นความผิดปกติทางตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง [1]

วัตถุประสงค์การรักษาโรคต้อหินที่สำคัญคือ ระดับความดันลูกตาเป้าหมาย (target intraocular pressure หรือ Target IOP) ซึ่งค่านี้จะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย การรักษาโดยการใช้ยาเป็นวิธีหลักที่จักษุแพทย์เลือกใช้ในการควบคุมความดันลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ครบถ้วนตามแผนการรักษา เพื่อที่จะได้คงความสามารถในการมองเห็นที่เหลืออยู่ให้คงอยู่ต่อไปนานที่สุด วิธีการรักษาต้อหินที่สำคัญคือ การใช้ยาควบคุมความดันลูกตาทั้งในรูปของยาหยอดตาและ/หรือยารับประทาน ซึ่งการรักษานี้จะต้องมีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งยาหยอดตาเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียง เช่น ทำให้เกิดอาการตาแดง ตาบวมและเคืองตามาก[2] ประสบการณ์จากการเกิดอาการข้างเคียงจากยาที่ต้องใช้อย่างต่อเนื่องโดยขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมถึงการมีความเชื่อเจตคติที่ไม่ดีต่อการรักษาเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษา[3] ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับวิถีชีวิตอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินของต้อหิน ส่งผลให้ช่วยป้องกันการสูญเสียการมองเห็นทำให้มีสุขภาวะที่ดี

ความร่วมมือในการรักษา (adherence) เป็นการแสดงออกของผู้ป่วยสอดคล้องกับแผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด้วยความเต็มใจ เห็นด้วย และมีส่วนประสานร่วมกันตลอดระยะเวลาในการรักษาเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้องตามจำนวน เวลา ขนาด ถูกวิธี ถูกโรคและการมาตรวจตามนัด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์จากการรักษาที่ดี[4] ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยโรคต้อหินแสดงถึงบทบาทที่เหมาะสมที่มีต่อแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ ยินยอมที่จะปฏิบัติตนและเห็นด้วยกับแผนการรักษานั้นๆ ได้แก่ การใช้ยาหยอดตาตามจำนวน เวลา ขนาด และวิธีการหยอดตาอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอพร้อมทั้งการมาตรวจตามนัด จนครบตามระยะเวลาของแผนการรักษา[5] ความร่วมมือในการรักษาจะสามารถชะลอการสูญเสียการมองเห็นได้ถึงร้อยละ 90 สิ่งสำคัญคือความสม่ำเสมอในการมาพบแพทย์และความต่อเนื่องในการใช้ยา โดยปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเป็นสาเหตุในการสูญเสียการมองเห็นในโรคต้อหินสูงถึงร้อยละ 10[3] ดังนั้นผู้ป่วยต้อหินจำเป็นต้องมีความร่วมมือในการรักษาที่ดีเพื่อจะสามารถช่วยชะลอระยะเวลาการดำเนินของต้อหินให้ช้าลง และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น[6] อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยต้อหินมีอัตราความไม่ร่วมมือในการรักษาอยู่ระหว่างร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 80[7]

สถิติห้องตรวจตา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินมารับการตรวจรักษาในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 ทั้งสิ้น 1,059, 1,181 และ 1,192 คน ตามลำดับ จากการทบทวนเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตาของผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับบริการที่ห้องตรวจตาโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีพบปัญหาผู้ป่วยพร่องความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ในเรื่องการใช้ยาหยอดตาไม่ถูกต้อง หยอดยาไม่เข้าแอ่งตา หยอดยามากเกินไป

ไม่เขย่าขวดตา หยอดยาไม่ตรงเวลา ไม่สม่ำเสมอ ลืมหยอดตา ขาดความร่วมมือในการมาตรวจตามนัด ความท้อแท้ในการรักษา เกิดอาการข้างเคียงจากการหยอดตา เช่น ตาแดง ระคายเคืองตา จึงหยุดยาเองเป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานวิจัยที่ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคต้อหิน เช่น การศึกษาของรัตนา ค้าขาย และภาวนา ดาวงศ์ศรี[8] ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตาต่อพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินพบว่าพบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้และทักษะการใช้ยาหยอดตาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และวรรณา จันทร์ดา และบุญทิวา สู่วิทย์[9] ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันในผู้ป่วยต้อหินมุมเปิดที่มีระดับความดันตาสูงพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยต้อหินมุมเปิดที่มีระดับความดันตาสูงในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ จากการศึกษาที่ผ่านมา ในต่างประเทศมีการพัฒนาใช้โมบายแอปพลิเคชันเพื่อเตือนการรับประทานยาด้วยภาพและเสียง บันทึกการรับประทานยา มีข้อมูลผลข้างเคียงของยา ซึ่งทำให้สามารถส่งเสริมความร่วมมือ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยต้อหินมุมเปิดได้[10] สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีการพัฒนาแอปพลิเคชันมาใช้สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง มีการแจ้งเตือนการรับประทานยา การนัดหมาย ฐานข้อมูลยา และระบบบันทึกสถิติการรับประทานยา พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโมบายแอปพลิเคชันมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น[11] ผู้ป่วยต้อหินส่วนใหญ่ในระยะแรกมักได้รับการรักษาด้วยยาในลักษณะผู้ป่วยนอก ที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวนมาก ทำให้มีความจำกัดเรื่องเวลาในการให้ความรู้ในการใช้ยา รวมถึงทักษะการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีในการสื่อสารผ่านทางอินเตอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้น เช่น สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต โน้ตบุค มีการนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้และได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก ซึ่งสามารถสนทนาด้วยเสียง การส่งวิดีโอ และการพิมพ์ข้อความจากอุปกรณ์สื่อสารเครื่องหนึ่งไปสู่อีกหลายเครื่องในเวลาเดียวกันได้ [12]การศึกษาที่ผ่านมามีการให้ความรู้ผ่านสื่อโดยใช้วิดีโอ ซึ่งต้องอาศัยอุปกรณ์รวมในการใช้งาน เช่น เครื่องเล่น แผ่นวิดีโอทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกในการใช้งาน ผู้วิจัยจึงนำแอปพลิเคชันไลน์ มาใช้ในการส่งผ่านความรู้เป็นคลิปวิดีโอ ทำให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลา นอกจากนี้การติดตามที่ผ่านมามีการติดตามทางโทรศัพท์มีข้อจำกัดในเรื่องเวลาและค่าใช้จ่าย แอปพลิเคชันไลน์สามารถสนทนาเสมือนการพูดคุยทางโทรศัพท์โดยไม่เสียค่าบริการและเป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารที่สะดวก รวดเร็วกับบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาในด้านการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยต้อหินได้รับการจัดการกับปัญหาได้อย่างทันท่วงที การใช้งานสามารถเข้าถึงได้ง่าย ในสภาวะปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้องทันสมัย จะนำไปสู่การปรับพฤติกรรมการใช้ยาที่เฉพาะเจาะจง เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีระดับความดันตาสูง สามารถชะลอหรือหยุดทำลายของเส้นประสาทตา รวมทั้งสามารถป้องกันการตาบอดจากโรคต้อหินได้อีกด้วย[13]

กลวิธีหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคต้อหินมีความร่วมมือในการรักษาด้วยการใช้ยาหยอดตาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง คือการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคต้อหินมีความสามารถในการจัดการตนเอง (Self-Management) เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหยอดตา และสามารถควบคุมระดับความดันลูกตา ให้อยู่ในระดับที่ปกติในระยะยาวได้ ซึ่งการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างเป็น

ขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถจัดการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยเริ่มจากการสำรวจปัญหารวมถึงติดตามพฤติกรรมของตนเองตลอดจนเป็นผู้เลือกวิธีการและมีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนในการจัดการตนเอง และมีการติดตามเสริมแรงตนเองหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และเกลิค-บายส์[14] กล่าวว่าการจัดการตนเอง หมายถึงขั้นตอนที่ทำให้ผู้เป็นโรคเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือเกิดพฤติกรรมใหม่ และรับรู้ว่าพฤติกรรมนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต่อเนื่องและดำเนินไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยขั้นตอนการจัดการตนเอง ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และเกลิค-บายส์ มาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย เช่น การศึกษาของวรางคณา ไชยวรรณ, รังสิยา นารินทร์ และวิลาวัณย์ เตือนราษฎร์[15] ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) การศึกษาของปิยะะพร ศิษย์กุลอนันต์ และพรสวรรค์ คำทิพย์[16] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอพพลิเคชั่น LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแกว่งแขนและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายแกว่งแขนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่นำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Kanfer & Gaelick-Buys[14] มาปรับใช้เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน ช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pre- posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต้อหิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power เลือก Difference between two dependent means (Matched pair) เลือกการทดสอบทางเดียว กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ .50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 และค่ากำลังการทดสอบ (Power) เท่ากับ.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันจำนวนกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10% โดยมีกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหิน ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจตา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคต้อหินเข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจตา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Inclusion criteria) 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหิน รักษาโดยการใช้ยาหยอดตา 2) อายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 3) สามารถติดต่อสื่อสาร ด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนและฟังภาษาไทยได้ 4) มีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชั่นบนอุปกรณ์โทรศัพท์เคลื่อนที่ได้ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑการคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยโรคต้อหินมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ต้องรักษาโดยการผ่าตัดหรือยิงเลเซอร์ 2) เข้าร่วมโปรแกรมได้ไม่ครบตามกำหนด 3) ผู้ป่วยขอถอนตัวจากงานวิจัย 4) ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนไปอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงผิดปกติ ได้แก่ มีโรคประจำตัวควบคุมไม่ดีพอ

กระบวนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pre- posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษผู้ป่วยโรคต้อหิน มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Garlick-Buys, (1991) 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง เป็นการประเมินผู้รับบริการการพยาบาลและติดตามความร่วมมือในการรักษา 2) การประเมินตนเอง โดยการวิเคราะห์ความร่วมมือในการรักษา จากการใช้ยาหยอดตาของแต่ละบุคคลนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลแต่ละบุคคล และให้การพยาบาลทางไกลผ่าน LINE Official Account ให้คำปรึกษา ร่วมกำหนดเป้าหมาย วางแผน โดยใช้คลิปวีดีโอนำเสนอในการปฏิบัติจัดการตนเอง นำไปสู่การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ 3) การเสริมแรงตนเอง โดยการติดตามการใช้ยาหยอดตา การตอบโต้ข้อความอัตโนมัติในการกระตุ้นและให้ความรู้ในการจัดการตนเอง ร่วมกับการเสริมแรงเมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ทั้งจากตัวบุคคลและจากบุคคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำไปสู่การจัดการตนเองและเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย

1. แผนการสอนและสื่อสไลด์ประกอบการสอน ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการจัดการตนเอง โดยมีสาระของแผนการสอน ดังนี้

1.1 แผนการสอนและสื่อสไลด์ชุดที่ 1 เรื่อง “ต้อหิน...ภัยเงียบ”เป็นข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน ประโยชน์ในการใช้ยาหยอดตา อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา

1.2 แผนการสอนและสื่อสไลด์ชุดที่ 2 “ข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา” เป็นข้อมูลความรู้เกี่ยวกับข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา เพื่อให้เรียนรู้วิธีการและเหตุผลในการใช้ยาหยอดตา มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้องทั้งขนาด จำนวน เวลา และวิธีการ

2. Line Official Account ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนในการจัดการตนเองและให้การพยาบาลทางไกล ข้อมูลความรู้ในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคต้อหิน ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

2.1 สื่อคลิปวีดีโอเรื่อง “ต้อหิน...ภัยเงียบ” เป็นข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน ประโยชน์ในการใช้ยาหยอดตา อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา

2.2 สื่อคลิปวีดีโอเรื่อง“ข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา” เป็นข้อมูลความรู้เกี่ยวกับข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา เพื่อให้เรียนรู้วิธีการและเหตุผลในการใช้ยาหยอดตา มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้องทั้งขนาด จำนวน เวลา และวิธีการ

2.3 สื่อคลิปวิดีโอเรื่อง “วิธีการหยอดตา” เป็นข้อมูลความรู้เกี่ยวกับข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา วิธีการหยอดตาเพื่อกระตุ้นความร่วมมือในการรักษาผ่าน Line Official Account

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้รับการตรวจสอบความตรง และความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านคือ จักษุแพทย์สาขาโรคต้อหิน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทางตา 1 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) 0.89 และแก้ไขตามข้อแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับภาษาและคำอธิบายภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยให้เข้าใจง่าย ส่วนสื่อวีดีทัศน์ ผู้ทรงคุณวุฒิได้แนะนำให้ทำเนื้อหาให้กระชับ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และการปรับขนาดตัวอักษรให้มีความชัดเจน เหมาะสม นำไปทดสอบใช้กับผู้ป่วยโรคต้อหิน จำนวน 10 ราย โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา เพื่อทดสอบความเข้าใจในการใช้ภาษาของแผนการสอนและสื่อสไลด์ สื่อวีดีทัศน์ โดยการทดสอบความเข้าใจย้อนกลับ ทวนย้ำด้วยคำถามบางประโยคที่มีความสำคัญในการจัดการตนเอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษาระดับการศึกษา โรคประจำตัว จำนวนยาที่ใช้ในการรักษา ระยะเวลาการเป็นโรคต้อหิน จำนวนยาที่ใช้รักษาโรคต้อหิน อาการข้างเคียงจากยาหยอดตา

2. แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยนำมาจากการศึกษาของเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 ผู้วิจัยดัดแปลงเนื้อหาในข้อความบางส่วน และนำไปตรวจสอบความตรง และความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านคือ จักษุแพทย์สาขาโรคต้อหิน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทางตา 1 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 1 นำไปทดสองใช้กับผู้ป่วยโรคต้อหินจำนวน 10 ราย โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 ข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวกมี 9 ข้อ ได้แก่ 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, ข้อคำถามเชิงลบมี 6 ข้อ ได้แก่ 2, 3, 4, 13, 14, 15 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

เป็นประจำ	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้น โดยเฉลี่ย 5-6 ครั้ง/สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้น โดยเฉลี่ย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์
น้อยครั้ง	หมายถึง	ไม่ทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉลี่ย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
ไม่เลย	หมายถึง	ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลยในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงลบ	ข้อคำถามเชิงบวก
เป็นประจำ	1	5
บ่อยครั้ง	2	4
บางครั้ง	3	3
น้อยครั้ง	4	2
ไม่เลย	5	1

เกณฑ์การแปลผลคะแนน พิสัยของคะแนนรวม มีค่า 15-75 คะแนน แบ่งระดับ (Class interval) ได้ ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับความร่วมมือในการรักษา
15-35	ระดับต่ำ
36-56	ระดับปานกลาง
57-75	ระดับสูง

กระบวนการเก็บข้อมูล

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 โดยมีกระบวนการดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria)

3. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้ป่วย โดยการอธิบายตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant information sheet) โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ หากผู้ป่วยให้ความยินยอม ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอม (Inform consent form) ดำเนินการกับกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 30 ราย แล้วดำเนินการกับกลุ่มทดลองจนครบ 30 ราย มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องตรวจตา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการดำเนินวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มทดลองทราบ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลาดำเนินการ 50 นาที) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำ Pre-Test ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคต้อหิน และดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าการใช้ยาหยอดตา การมาตรวจตามนัดในปัจจุบัน เพื่อสำรวจปัญหาในการใช้ยาหยอดตา และให้กำหนดเป้าหมายในการใช้ยาหยอดตาและวางแผนการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการใช้ยาหยอดตาด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา ให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะในการใช้ยาหยอดตา โดยบรรยายผ่านสื่อสไลด์ ความรู้เรื่องโรคต้อหิน ข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา และวิธีการหยอดตา พร้อมทั้งเพิ่มเพื่อน Line Official Account แนะนำฟังก์ชั่นการใช้งานของ Line Official Account ได้แก่ ข้อมูลการจัดการตนเอง สื่อคลิปวีดีโอขนาดสั้นเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคต้อหิน ข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา และวิธีการหยอดตา

สัปดาห์ที่ 2, 4 และสัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 2 การประเมินตนเอง กิจกรรมติดตามผ่านทาง Line Official Account โดยให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (15 นาทีต่อคน) เป็นการประเมินตนเอง โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองบอกเล่าการใช้ยาหยอดตา เพื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ หากไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา รวมถึงผลที่ได้รับเมื่อตนเองสามารถปรับตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด และการเสริมแรงตนเอง

สัปดาห์ที่ 3, 5 และสัปดาห์ที่ 7 เป็นการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยผู้วิจัยผ่านทาง Line Official Account โดยให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อการประเมินตนเอง โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองบอกเล่าการใช้ยาหยอดตา เพื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ หากไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา รวมถึงผลที่ได้รับเมื่อตนเองสามารถปรับตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด และการเสริมแรงตนเอง พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนให้ชมคลิปวีดีโอความรู้เรื่องโรคต้อหิน ข้อปฏิบัติการใชยาหยอดตา วิธีการหยอดตาผ่านทางแอพพลิเคชั่นไลน์

สัปดาห์ที่ 8 (ใช้เวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่ห้องตรวจตา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จัดกลุ่มย่อย กลุ่มละ 6 คน โดยให้กลุ่มทดลองแต่ละคนสรุปปัญหาในการใช้ยาหยอดตา เป้าหมายของตนเอง และผลที่ได้รับของการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง และทำแบบวัดความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคต้อหิน

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องตรวจตา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการดำเนินวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มควบคุมทราบ จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา จากนั้นดูแลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมตามปกติ ประกอบด้วย การวัดระดับการมองเห็น การวัดความดันลูกตา การให้ความรู้ และคำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ซึ่งมีลักษณะการให้ข้อมูลความรู้ทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจง และตอบคำถาม อธิบายข้อสงสัยหรือปัญหาตามที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายซักถาม

นัดหมายกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 8 มาที่ห้องตรวจตา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน จากนั้นแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าได้สิ้นสุดการวิจัย พร้อมทั้งเพิ่มเพื่อน Line Official Account แนะนำฟังก์ชั่นการใช้งานของ Line Official Account ได้แก่ ข้อมูลการจัดการตนเอง สื่อคลิปวีดีโอขนาดสั้นเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคต้อหิน ข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา และวิธีการหยอดตา พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลต่างๆ มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการวิเคราะห์ความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่โครงการวิจัย REC 66-0122 วันที่ 20 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วยโรคต้อหิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคต้อหิน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่ม

ควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 51-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.67 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 76.67 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 43.33 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 76.67 จำนวนยาหยอดตาที่ใช้รักษา 1-2 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 65.00 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคต้อหินอยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 51-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 90.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 43.33 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 90.00 จำนวนยาหยอดตาที่ใช้รักษา 1-2 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 65.00 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคต้อหินอยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.67

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (n=30)

ความร่วมมือในการรักษา	Min	Max	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	60.00	93.33	82.11	8.55	29	-9.324	<.001
หลังการทดลอง	86.65	100.00	95.04	3.87			

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองก่อนการทดลองเท่ากับ 60.00 หลังการทดลองเท่ากับ 86.65 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่า หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.05) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคต้อหินมีความร่วมมือในการรักษาภายหลังการทดลองอยู่ในระดับที่สูงกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=60)

ความร่วมมือในการรักษา	Min	Max	Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	86.65	100.00	95.04	3.87	29	-5.526	<.001
กลุ่มควบคุม	70.00	100.00	87.79	6.04			

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล

ตามปกติ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.05) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001) ตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า อาจเกิดจากโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์และ เกลิค-บายส์[14] เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สามารถสนับสนุนให้กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตัวในการใช้ยาหยอดตาอย่างถูกต้องเหมาะสม ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิธีและใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามแผนการรักษา เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาหยอดตาและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการใช้ยาหยอดตาที่เหมาะสม เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษา ภายใต้การดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองสำรวจปัญหาและติดตามการใช้ยาหยอดตา รวมถึงวิเคราะห์ สาเหตุและปัจจัย และแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหา ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ผสมผสานกิจกรรมเพื่อฝึกฝนทักษะการติดตามตนเอง สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตาโดยการให้ความรู้เรื่องโรคต้อหิน ความรุนแรงของโรค การใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้องเพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถนำไปใช้ในการจัดการตนเองในการใช้ยาหยอดตาได้ถูกต้องเหมาะสม โดยกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมฯ ทุกคนมีความเข้าใจในเรื่องโรคต้อหินและการรักษาด้วยวิธีการใช้ยาหยอดตามากยิ่งขึ้น และมีการตั้งเป้าหมายในการใช้ยาหยอดตาเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา สอดคล้องกับการศึกษาของวริศรา ปั่นทองหลาง, ปานจิต นามพลกรัง, และ วินัฐ ดวงแสงจันทร์[17] ที่กล่าวว่า ความรู้เรื่องโรคและความรุนแรงของโรคมีความสำคัญต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง เป็นการส่งเสริมและติดตามการจัดการตนเองในการใช้ยาหยอดตาโดยผู้วิจัยมีการติดตามทาง Line Official Account โดยผู้วิจัยได้พูดคุยให้คำปรึกษาและคอยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการใช้ยาหยอดตาที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย โดยเปรียบเทียบการปฏิบัติที่ได้บันทึกไว้ในแต่ละวัน หากเป็นไปตามเป้าหมายจะกล่าวชื่นชมให้กำลังใจเพื่อให้เกิดการเสริมแรงตนเอง ว่าสามารถทำตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้สำเร็จ การติดตามทาง Line Official Account จึงเป็นวิธีที่เหมาะสม เนื่องจากสะดวกรวดเร็ว และหากพบปัญหาเกิดขึ้น ผู้วิจัยสามารถให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในการแก้ปัญหานั้นๆได้

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการเสริมแรงตนเองโดยการติดตามทาง Line Official Account จะเป็นการสร้างแรงจูงใจและเป็นแรงสนับสนุนทางบวกให้แก่กลุ่มทดลองเพื่อให้เกิดความมั่นใจในจัดการตนเองในการใช้ยาหยอดตา เนื่องจากหากเกิดปัญหาหรือข้อสงสัย กลุ่มทดลองสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษากว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001) ซึ่งอธิบายได้ว่า เนื่องมาจากผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองสามารถใช้ยาหยอดตาตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามโปรแกรมการจัดตนเองในแต่ละขั้นตอนช่วยให้ผู้ป่วยโรคต้อหิน สามารถใช้ยาหยอดตาได้อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาด้วยความเต็มใจด้วยตนเอง ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้ที่คอยให้คำปรึกษาโดยมีการติดตามทาง Line Official Account ที่เป็นกลยุทธ์ที่ช่วยในการกำกับติดตาม ซึ่งทำให้สามารถใช้ยาหยอดตาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคทางตา สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินไปใช้เป็นแนวทางในการให้บริการพยาบาลในผู้ที่เป็นโรคทางตาที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ให้มีการจัดการตนเองในการใช้ยาหยอดตา โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการปรับพฤติกรรมการใช้ยาหยอดตา นำไปสู่การลดระดับความดันลูกตาและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยยาหยอดตา

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาและโรคเรื้อรังอื่นๆต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาระยะเวลาเพียง 8 สัปดาห์ เพื่อให้เห็นความคงอยู่ของความร่วมมือในการรักษาที่ชัดเจน

2. ควรศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาหยอดตาที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ได้รับประสิทธิผลจากยาอย่างเต็มที่ ซึ่งจะช่วยส่งผลดีต่อการดำเนินของโรคในผู้ที่เป็นโรคต้อหิน ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทั้งจากโรคและการรักษาด้วยยามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ญาณิน สุวรรณ, วสุ ศุภกรธนสาร, ชัยวัฒน์ ทีฆเสนีย์. (2560). การวินิจฉัยและรักษาต้อหินมุมปิดปฐมภูมิแนวใหม่. ใน ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ (บ.ก.), ตำราจักษุวิชาการ. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย; 2560: 3-32.
2. Kristen L. Buehne, Jullia A. Rosdahl. Aaron M. Hein. (2023). How Medication Adherence Affects Disease Management in Veterans with Glaucoma: Lessons Learned from a Clinical Trial. Ophthalmic Res. 66 (1): 489 495. https://doi.org/10.1159/000528857.
3. Stefanie Frech, Rudolf F. Guthoff, Amin Gamael, Christian Helbig. (2021). Patterns and Facilitators for the Promotion of Glaucoma Medication Adherence- A Qualitative Study. Healthcare, 9(4), 426; https://doi.org/10.3390/healthcare9040426.
4. Shannan G. Moore., Grace Richter., Bobeck S. Modjtahedi. (2023). Factors Affecting Glaucoma Medication Adherence and Interventions to Improve Adherence: A Narrative Review. Ophthalmology and Therapy. https://doi.org/10.1007/s40123-023-00797-8.
5. เดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล. (2554). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. Masaki Tanito., Mihoko Mochiji., Aika Tsutsui., Akiko Harano., et al., (2023). Factors Associated with Topical Medication Instillation Failure in Glaucoma: VRAMS-QPiG Study. Advances in Therapy. 40:4907–491. https://doi.org/10.1007/s12325-023-02646-3.

7. Jay K. Rathinavelu., Kelly W. Muir., Nadya T. Majette., et al. (2023). Qualitative Analysis of Barriers and Facilitators to Glaucoma Medication Adherence in Randomized Controlled Trial Intervention. Ophthalmology Glaucoma. https://doi.org/10.1016/j.ogla.2023.06.002.
8. รัตนา ค้าขาย และภาวนา ดาวงศ์ศรี. (2565). ผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 30(3).
9. วรรณา จันทร์ดา และบุญทิวา สู่วิทย์. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันในผู้ป่วยต้อหินมุมเปิดที่มีระดับความดันตาสูง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 29(3): 1-15.
10. Newman-Casey PA, Niziol, L. M., Mackenzie, C. K., Resnicow, K., Lee, P. P., Musch, D. C., & Heisler, M. (2018). Personalized behavior change program for glaucoma patients with poor adherence: A pilot interventional cohort study with a pre-post design. Pilot and Feasibility Studies, 4(1), 1-13.
11. สุธิดา นครเรียบ, ดวงรัตน วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, สงคราม โชติกอนุชิต และวชิระศักดิ์ วานิชชา. (2560). ประสิทธิผลของโมบายแอพพลิเคชั่นต่อความร่วมมือในการรักษาในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร. 35(3), 58-69.
12. ขวัญฤดี ฮวดหุ่น. (2560). อิทธิพลของแอพพลิเคชันไลนในการสื่อสารยุคปจจุบัน. วารสารศิลปการจัดการ, 1(2), 75-88.
13. พรรณรพี ฟูนฤนารถ. (2562). Glaucoma. ใน อรวสี จตุทอง (บ.ก.), Basic ophthalmology (น.164- 179). กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ.
14. Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldtein (Eds.), Helping people change: A text book of methods. (4th ed.). New York: Pergamonpress.
15. วรางคณา ไชยวรรณ, รังสิยา นารินทร์ และวิลาวัณย์ เตือนราษฎร์. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(3).
16. ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และพรสวรรค์ คำทิพย์. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอพพลิเคชั่น LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแกว่งแขนและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารสภาการพยาบาล. 35(2): 52-69.
17. วริศรา ปั่นทองหลาง, ปานจิต นามพลกรัง, และวินัฐ ดวงแสงจันทร์. (2018). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 38 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2561 หน้า 152-165

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1

The Effects of a Health Literacy Promotion Program on Self-care Behaviors in Children with Type 1 Diabetes.

(Received: September 17,2025 ; Revised: September 24,2025 ; Accepted: September 26,2025)

สารภี กาญจนาโรจน์พันธ์[1]
Sarapee Kanchanarotphan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรงเบาหวานชนิดที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ณ ห้องตรวจกุมารเวชกรรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2566 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสมมติฐานของกลุ่มตัวอย่าง (Paired Sample T-Test)

ผลการวิจัยพบว่า เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาตามค่าเฉลี่ย พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อยู่ในระดับปานกลาง (2.07) และหลังเข้าโปรแกรมแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้เพิ่มขึ้น (2.67)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1

Abstract

This study aimed to compare the differences in self-care behaviors before and after participating in a health literacy promotion program among children with type 1 diabetes. The sample group consisted of 30 children with type 1 diabetes who had uncontrolled blood glucose levels, receiving care at the Pediatric Clinic, Outpatient Department, Surat Thani Hospital, between November and December 2023. The research instrument was a questionnaire. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and the Paired Sample t-test to test the research hypothesis.

The results of the study revealed a statistically significant difference ($p < 0.05$) in health literacy related to self-care behaviors among children with type 1 diabetes before and after participating in the health literacy promotion program. The average health literacy score before participation was at a moderate level (mean = 2.07), whereas after the program, the score increased to a higher level (mean = 2.67).

Keywords: Health literacy promotion, Self – care behavior, Pediatric patients type 1 diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญในร่างกาย ซึ่งนำไปสู่ความผิดปกติในการหลั่งหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ หากปล่อยให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งใน

[1] กลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

รูปแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งอาจนำไปสู่ความพิการและการเสียชีวิตในที่สุด แนวทางการรักษาที่ได้รับการยอมรับ ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงระดับปกติมากที่สุด โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา[1] และเวชปฏิบัติโรคเบาหวานของประเทศไทย[2] แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ให้อยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 7 ผ่านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยสำคัญคือ การมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ตลอดจนการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งต้องอาศัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในระดับที่เพียงพอ[3] ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อสารความต้องการ ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูล และนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Inthrakhamhaeng[4] ที่อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า ตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ถึง 14 ล้านคน และส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี เฉลี่ยมากกว่าปีละ 300,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็นร้อยละ 40 ของงบประมาณภาครัฐ[5] จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[6] ระบุว่า โรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรไทย คิดเป็นร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ 320,000 รายต่อปี หรือเฉลี่ยทุก 1 ชั่วโมง มีผู้เสียชีวิตจาก NCDs ถึง 37 ราย โดยกลุ่มโรคที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ ในด้านเศรษฐกิจรายงานระบุว่าในปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยประสบความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงถึง 198,512 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ และคิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยถึง 3,128 บาทต่อคนต่อปี[6] ในระดับสากล โรคเบาหวานชนิดที่ 1 นับเป็นปัญหาสำคัญที่ทั่วโลกต้องเผชิญ โดยองค์การอนามัยโลก[7] ประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ใหญ่ทั่วโลกเป็นเบาหวานสูงถึง 422 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 578 ล้านคน และเพิ่มเป็น 700 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588[8] ยังระบุเพิ่มเติมว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 14–19 ปี ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 สูงถึงกว่า 1.1 ล้านคน และมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 132,600 คน โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดจากสถานการณ์ที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าโรคเบาหวานโดยเฉพาะชนิดที่ 1 ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น เป็นปัญหาทั้งในระดับประเทศและระดับโลกที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระของระบบสุขภาพและเศรษฐกิจในภาพรวม

โรงพยาบาลสุราษฎรธานี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่เข้ารับบริการระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เข้ารับบริการ 3 ปีย้อนหลัง จำนวน 59, 63 และ 57 ราย ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป[9] และจากผลการรักษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ส่วนหนึ่งเกิดจากการควบคุมเบาหวานไม่ดี ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาล

ในเลือดต่ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจนเกิดภาวะ Diabetic Ketoacidosis และการที่โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดขึ้นตั้งแต่ในวัยเด็กทำให้มีโอกาสน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อเส้นเลือดเล็กและใหญ่ทั่วร่างกาย เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังตามมา ได้แก่ เบาหวานขึ้นตา เบาหวานลงไต โรคหัวใจขาดเลือด แผลที่เท้าจากเบาหวาน เป็นต้น[10] จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินบ่อยครั้งจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง การให้ความรู้และสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานเป็นยุทธวิธีที่มีความสำคัญและจำเป็นในการรักษาพยาบาลโรคเบาหวาน[11]

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ โดยเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรงเบาหวานชนิดที่ 1 เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำหรับการวางแผนพัฒนา ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรงเบาหวานชนิดที่ 1

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรงเบาหวานชนิดที่ 1

ระเบียบวิธีการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยมีระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่เข้ารับบริการ ณ ห้องตรวจกุมารเวชกรรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2566 จำนวน 30 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรงเบาหวานชนิดที่ 1 แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ประยุกต์ใช้จากแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy)[12] ประกอบด้วย 7 ตอน

ตอนที่ 1 ความต้องการช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ ในการอ่านและกรอกข้อมูล จำนวน 2 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ ได้แก่ 1 ทุกครั้ง, 2 บ่อยครั้ง, 3 นาน ๆ ครั้ง และ 4 ไม่เคย

ตอนที่ 2 การอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ใช้คำศัพท์ที่ใช้ในสื่อถึงการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด โรคเบาหวาน แบบประเมิน ประกอบด้วย คำศัพท์ 20 คำ แบ่งเป็น 2 แถว (ชุด) ชุดละ 10 คำ ลักษณะข้อคำถามเป็นการทดสอบโดยการอ่าน ให้คะแนน 2 ระดับ ได้แก่ 0 อ่านไม่ถูกต้อง และ 1 อ่านได้ถูกต้อง

ตอนที่ 3 ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขลักษณะของแบบทดสอบเป็นการจับคู่ข้อความที่สอดคล้องกัน จำนวน 8 ข้อ ให้คะแนน 2 ระดับ ได้แก่ 0 ผิด และ 1 ถูก

ตอนที่ 4 การแสวงหาข้อมูลสุขภาพวิธีการค้นหาข้อมูลเรื่องการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด จำนวน 5 ข้อ ให้คะแนน 2 ระดับ ได้แก่ 0 ไม่ใช่ และ 1 ใช่

ตอนที่ 5 ความรู้ความเข้าใจ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ให้คะแนน 2 ระดับ ได้แก่ 0 ผิด และ 1 ถูก

ตอนที่ 6 การสื่อสารในกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ 1 บอกญาติให้พูดแทน, 2 ไม่ตอบ, 3 พยายามตอบ, 4 ตอบเองได้ทันที และ 5 ตอบและถามเพิ่ม

ตอนที่ 7 การตัดสินใจ จำนวน 6 ข้อ มี 4 ตัวเลือก มี 4 ระดับ ได้แก่ 1 ไม่ทำ, 2 เป็นไปได้ยาก, 3 พอเป็นไปได้ และ 4 เป็นไปได้มาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยา[13] จำนวน 12 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ 1 ไม่เคยปฏิบัติ, 2 ปฏิบัติบางครั้ง และ 3 ปฏิบัติเป็นประจำ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เชิญผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวานเด็ก และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Item Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดคะแนนจากการพิจารณาค่า IOC ของแต่ละข้อคำถามจะต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

2. ปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจความถูกต้องของภาษา ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

กระบวนการเก็บข้อมูล

ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล จากนั้นทำการแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรงเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสมมติฐานของกลุ่มตัวอย่าง (Paired Sample T-Test)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า เป็นเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนเท่ากัน 15 คน มีอายุระหว่าง 11 – 15 ปี จำนวน 22 คน

คิดเป็นร้อยละ 73.33 ส่วนมากศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.70 ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ประมาณ 5 - 10 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 และมีการรักษาโดยการใช้ยาอินซูลิน จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาตามค่าเฉลี่ย พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อยู่ในระดับปานกลาง (2.07) และหลังเข้าโปรแกรมแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เพิ่มขึ้น (2.67)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1” สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่จัดขึ้นมีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการตัดสินใจอย่างเหมาะสม ทำให้ความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องมาจากเนื้อหาของโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การเรียนรู้เชิงปฏิบัติ และการสื่อสารที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลและแปลความหมายข้อมูลสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Sarin Suttipimoolsat, & Chailimpamontree[14] ได้วิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อไตเรื้อรัง พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพซึ่งเป็นความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประมวลผลและเข้าใจข้อมูลการดูแลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Saentecha, & Laemlak[15] ได้วิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพได้มีความรอบรู้ทางสุขภาพพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ดำเนินการเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และอบรมบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ให้การสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ โดยการประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาลในพื้นที่ พร้อมติดตามประเมินผลเชิงนโยบายในระดับจังหวัด

3. โรงพยาบาลขอประสานความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการร่วมกันพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยประสิทธิผลของแนวปฏิบัติโดยการประเมินผลลัพธ์ เช่น คุณภาพชีวิต อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายในการรักษา

2. ควรวิจัยโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ในกลุ่มอื่น เพื่อนำผลที่ได้มาประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association. (2012). *Standard of medical care in diabetes—2012. Diabetes Care*, 35(Suppl. 1), S11–S63. https://doi.org/10.2337/dc12-s011
2. The Diabetes Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, & National Health Security Office. (2017). *Clinical practice guidelines for diabetes 2017*. Pathum Thani, Thailand: Romyen Media Co., Ltd. (in Thai)
3. Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G. D., & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*, 288(4), 475–482. https://doi.org/10.1001/jama.288.4.475
4. Inthrakhamhaeng, A. (2017). *Health literacy: Assessment and development*. Bangkok, Thailand: Sukhumvit Printing. (in Thai)
5. Worathanarat, T. (2023). *Health literacy, behavior change, and well-being enhancement for NCDs prevention.* Retrieved from https://www.thairath.co.th (in Thai)
6. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2018). *Annual report 2018*. Retrieved August 24, 2023, from http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13800&tid=&gid=1-015-005 (in Thai)
7. World Health Organization. (2019). *Classification of diabetes mellitus*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
8. International Diabetes Federation. (2017). *Diabetes atlas (8th ed.)*. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.
9. Office of Medical Records. (2022). *Annual medical record data 2023*. Surat Thani Hospital. (in Thai)
10. Pediatric Nursing Division. (2016). *The manual of nursing: Children and adolescent patients with type 1 diabetes who were treated by antidiabetic drug injection*. Bangkok, Thailand: Department of Nursing, Siriraj Hospital. (in Thai)
11. Suratham, S. (2021). Blood sugar control in patients with type 1 diabetes under the COVID-19 pandemic situation. *Journal of Kuakarun*, 29(1), 14–27. (in Thai)
12. Khumthong, T., Photisiri, W., & Kaewdamgoeng, K. (2016). Factors affecting health literacy among populations at risk of diabetes and hypertension in Uthai Thani and Ang Thong provinces. *Journal of Science and Technology*, 3(6), 67–85. (in Thai)
13. Sangkawan, P. (2012). *Factors affecting medication behavior in patients with hypertension in Mae Na Wang Subdistrict, Mae Ai District, Chiang Mai Province* [Unpublished independent study, University of Phayao]. (in Thai)
14. Sarin, S., Suttipimoolsat, S., & Chailimpamontree, W. (2019). Effectiveness of a health literacy development program among patients with type 2 diabetes at risk for chronic kidney disease. *Journal of Ministry of Public Health Nursing*, *29*(2), 86–101. (in Thai)
15. Saentecha, P., & Laemlak, P. (2020). Effects of a health literacy development program on patients with type 2 diabetes in Mae Puem Subdistrict, Mueang District, Phayao Province. *Journal of Health Education*, *43*(2), 150–164. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดหนองคาย

Development of a Stroke Prevention Model for Hypertensive Patients within the Primary Healthcare Context of Nong Khai Province.

(Received: September 23,2025 ; Revised: September 27,2025 ; Accepted: September 29,2025)

ธวัชชัย เหลืองศิริ[1] สุจิตรา บุษปฤกษ์[1]
Tawatchai Luangsiri[1] Sujitra Busaparuek[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้นำชุมชน และ อสม. จำนวน 45 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบรูปแบบ เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย มากกว่า 1 ปี จำนวน 473 คน เก็บข้อมูลด้วยการสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ โดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ 4 เดือน โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired Sample t-test) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนนำรูปแบบฯ ไปใช้ เท่ากับ 11 และหลังนำรูปแบบฯ ไปใช้ เท่ากับ 13.55 คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังนำรูปแบบฯ ไปใช้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -15.79 P-value <0.001) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนนำรูปแบบฯ ไปใช้ เท่ากับ 60 และหลังนำรูปแบบฯ ไปใช้ เท่ากับ 65.22 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนและหลังนำรูปแบบฯ ไปใช้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -8.51, P-value <0.001) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ก่อนนำรูปแบบฯ ไปใช้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 143.74 S.D. = 12.66 และหลังนำรูปแบบฯ ไปใช้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 138.69 S.D. = 12.02 ผลการทดสอบทางสถิติ (t = 7.62, P-value <0.001)

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This research action research aimed at developing and evaluating a stroke prevention model for patients with hypertension in the context of Subdistrict Health Promoting Hospitals in Nong Khai Province. The participants in the model development process consisted of 45 stakeholders, including healthcare providers responsible for hypertension patients, primary caregivers, community leaders, and village health volunteers. The sample group for model testing comprised 473 hypertensive patients who had received services from the hypertension clinic of Subdistrict Health Promoting Hospitals in Nong Khai for more than one year. Data were collected using questionnaires on knowledge and stroke prevention behaviors before and after implementing the model. Quantitative data analysis included personal characteristics, knowledge scores, frequencies, percentages, means, maximum and minimum values, and comparisons

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

of mean scores of stroke knowledge and prevention behaviors before and after four months of implementing the model using the paired-sample t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The study results found that the sample group had an average knowledge score before implementing the model equal to 11 and after implementing the model equal to 13.55. The average knowledge scores before and after implementing the model were statistically significantly different (t = -15.79 P-value <0.001). The average stroke prevention behavior score before implementing the model was equal to 60 and after implementing the model equal to 65.22. When testing for statistical differences, it was found that the average behavior scores before and after implementing the model were statistically significantly different (t = -8.51, P-value <0.001). Hypertensive patients were able to control their blood pressure levels to be in normal levels. Before implementing the model, the average was equal to 143.74 S.D. = 12.66 and after implementing the model, the average was equal to 138.69 S.D. = 12.02. The result of the statistical test (t = 7.62, P-value <0.001)

Keywords: Stroke, Subdistrict Health Promoting Hospital

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: Stroke) หรือโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศ ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 17 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคสมองจำนวน 6.5 ล้านคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก เนื่องจากพบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน (กองโรคไม่ติดต่อ / สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2564) และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1]

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ยังไม่เหมาะสม โดยแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้ ปัจจัยด้านบุคคล (Individual factors) ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม (Family & Social factors) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (Health system factors) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม (Socioeconomic & Environmental factors) ปัจจัยเชิงนโยบาย (Policy factors)[2]

บทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการใกล้ชิดประชาชนที่สุด มีการดำเนินการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น โครงการคลินิกความดันโลหิตสูง/เบาหวาน (NCD Clinic Plus) แต่ก็มีช่องว่างขององค์ความรู้และข้อจำกัดที่พบ แม้จะมีหลายโครงการ แต่ยังมีช่องว่างที่ทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยยัง “ไม่เหมาะสม” เน้นการรักษามากกว่าการป้องกัน การมีส่วนร่วมของครอบครัว/ชุมชนยังจำกัด บุคลากร รพ.สต. มีภาระงานมาก[3]

จังหวัดหนองคาย มีประชากรจำนวน 511,706 คน จำแนกตามเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 19.94 กลุ่มวัยทำงาน (15–59 ปี) ร้อยละ 65.50 กลุ่มวัยเรียน (5-14 ปี) ร้อยละ 10.93 และกลุ่มวัยเด็ก (0-4 ปี) ร้อยละ 6.63 จากข้อมูลสถานะสุขภาพจังหวัดหนองคาย พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ (ข้อมูล HDC 3 มีนาคม 2568) ปี 2566 จำนวน 1,515 ราย ปี 2567 จำนวน 1,708 ราย และมีอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เล่มรายงาน สสจ.หนองคาย) ปี 2566 ร้อยละ 3.61 (36/997) และปี 2567 (63/1,902) ร้อยละ 3.31 และยังพบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ปี 2566-2567 ร้อยละ 11.22 และ 7.5 ตามลำดับ[4]

โรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดหนองคาย ยังเป็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนชาวหนองคาย การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงมีความสำคัญซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสถานบริการที่ใกล้ชิดประชาชนโดยคาดหวังว่า จังหวัดหนองคายจะมีรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถดำเนินการได้ในระดับ ปฐมภูมิ และนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อกำหนดรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคาย
3. เพื่อประเมินรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคาย

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่องรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยและแผนการวิจัยไว้เป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคาย

1.1 ประชากรในการวิจัยระยะที่ 1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มากกว่า 1 ปี ที่สมาชิกในครอบครัวสามารถให้ข้อมูลได้เป็นอย่างดีและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเป็นประจำ ในเขตจังหวัดหนองคาย จำนวน 29,230 คน

1.2 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นผู้ที่ยินดีร่วมการศึกษาวิจัย เป็นผู้ที่สามารถร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ครบถ้วนตามที่กำหนด

1.3 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) เป็นผู้ที่ไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ไม่สามารถร่วมการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตาม

1.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา ทำการศึกษาสถานการณ์และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาพปัญหา การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองของบริบทพื้นที่ที่ศึกษา

1.5 ขอบเขตด้านพื้นที่การวิจัย คือ พื้นที่ใช้ในการวิจัย 9 อำเภอ ในเขตจังหวัดหนองคาย

1.6 ขอบเขตด้านเวลา กำหนดระยะเวลาดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ 2568

1.7 ขอบเขตด้านประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มากกว่า 1 ปี ที่สมาชิกในครอบครัวสามารถให้ข้อมูลได้เป็นอย่างดี และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเป็นประจำจาก 9 อำเภอ อำเภอละ 1 ตำบลในเขตจังหวัดหนองคาย จำนวน 29,230 คน

1.8 กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมจากประชากรในการวิจัยดังนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง และขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มากกว่า 1 ปี ที่สมาชิกในครอบครัวสามารถให้ข้อมูลได้เป็นอย่างดีและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันจากแต่ละตำบลเป็นหน่วยในการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Unit) และใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยสูตรของทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane) (บุญชม ศรีสะอาด, 2545: 47-48) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้ จำนวน 394 คน และกำหนดค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ผู้วิจัยได้ทำการป้องกันการสูญหายของข้อมูลโดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 473 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) สุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Random Simple Sampling) และใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้เท่ากับ 473 คน

ระยะที่ 2 กำหนดรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคาย

2.1 ขอบเขตด้านเนื้อหาและกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยจะนำปัญหาจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาความรู้ พฤติกรรมและสถานการณ์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคาย ในระยะที่ 1 มากำหนดรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการสนทนากลุ่มและกำหนดรูปแบบโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ NCD System manager และ Case Manager

2.1.1) กลุ่มเป้าหมายในการกำหนดรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย แพทย์คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองคาย พยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานคลินิกความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล บุคลากรด้านสุขภาพที่รับผิดชอบงานคลินิกความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

2.1.2) กลุ่มเป้าหมายในการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ ผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.2 ขอบเขตด้านพื้นที่การวิจัย คือ พื้นที่ใช้ในการวิจัย 9 อำเภอ ในเขตจังหวัดหนองคาย

2.3 ขอบเขตด้านเวลา กำหนดระยะเวลาดำเนินการเดือนมีนาคม 2568

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้และประเมินเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคาย

3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหาและกลุ่มเป้าหมาย เป็นกลุ่มตัวอย่างเดิมที่ทำการศึกษาในระยะที่ 1 ในการประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 473 คน และการประเมินผลลัพท์ของการใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคาย

3.2 ขอบเขตด้านพื้นที่การวิจัย คือ พื้นที่ใช้ในการวิจัย 9 อำเภอ ในเขตจังหวัดหนองคาย

3.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา กำหนดระยะเวลาดำเนินการในเดือนเมษายน - กรกฎาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้วิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามความรู้พฤติกรรมในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ระยะเวลาการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยในเครือญาติ ค่าความดันโลหิต จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ด้านปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ด้านพันธุกรรม ด้านอาการหรือสัญญาณเตือน ด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์ในการประเมินระดับการรับรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสท์[6] แบบสอบถามหาค่าความเชื่อมั่นประเมินการรับรู้ ค่า KR-20 = 0.79

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 20 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน จะได้คะแนนจาก 1 ถึง 5 คะแนน สำหรับคำตอบไม่ได้ทำเลยไปจนถึงทำเป็นประจำ แบบสอบถามพฤติกรรมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) = 0.74

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีความเสี่ยงหรือผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อความในแบบสอบถามไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบใด ๆ และตลอดเวลาที่ร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งนี้การวิจัยเป็นไปตามรูปแบบที่ของคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่อนุมัติจริยธรรมในการวิจัยที่ COA No.HKPH 15 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้จำนวน 473 คน เป็นเพศชายร้อยละ 53.49 และเพศหญิงร้อยละ 46.51 ช่วงอายุมากที่สุดอยู่ระหว่าง น้อยกว่า 21 ปี และ 41-50 ปี ร้อยละ 15.01 รองลงมาคือช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 14.80 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช. ร้อยละ 29.60 รองลงมาระดับอนุปริญญาหรือปวส. ชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 24.95 ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 27.27 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 18.60 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ที่ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 18.18 สิทธิการรักษามากที่สุดเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 35.94 ด้านดัชนีมวลกายพบผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 18.51 – 22.90 (ปกติ) และ 23 – 24.90 (โรคอ้วนระดับ 1) ร้อยละ 20.30 ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 31.71 ผู้ป่วยยังดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 29.81

1.2 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและบุคคลในครอบครัว ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดงของโรค การดูแลที่เหมาะสมกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติ ได้รับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การรับประทานยาที่ถูกต้อง การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติ การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ผู้นำชุมชนและ อสม. มีแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคในชุมชน

2. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชื่อ “HEART Model” โดยมุ่งเน้นที่ 4 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้ (Health Literacy) การสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่น (Motivation & Self-efficacy) การปรับพฤติกรรมสุขภาพ (Lifestyle Modification) และการสนับสนุนจากครอบครัว/อสม. (Social Support) โดยดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี

ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานรายบุคคล อบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจ ติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ความดันโลหิต และความรู้ทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลา 4 เดือน

3. การประเมินผลของการใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) โดยหลังใช้รูปแบบมีความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.55 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test

คะแนนความรู้	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD.	ผลต่างค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างค่าเฉลี่ย	p-value
ก่อนใช้รูปแบบฯ	473	11	2.42	2.55	1.46	<0.001
หลังใช้รูปแบบฯ	473	13.55	2.71			

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมที่เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) โดยหลังการใช้รูปแบบฯ มีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.22 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test

คะแนนพฤติกรรม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD.	ผลต่างค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างค่าเฉลี่ย	p-value
ก่อนใช้รูปแบบฯ	473	60.00	9.70	5.22	4.95	<0.001
หลังใช้รูปแบบฯ	473	65.22	10.61			

3.3 การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยลดลงจาก 143.74 เหลือ 138.69 และผลการพัฒนาพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test

ค่าความดันโลหิต	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD.	t	P-value
ก่อนใช้รูปแบบฯ	473	143.74	12.66	7.62	<0.001
หลังใช้รูปแบบฯ	473	138.69	12.02		

สรุป รูปแบบดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังพบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการสนับสนุนจาก อสม. มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

1. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลายปัจจัยเช่น ปัจจัยด้านตัวบุคคล ไม่ว่าจะเป็นด้านเพศ อายุ ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น และปัจจัยด้านตัวบุคคลที่สำคัญอีกคือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การไม่ควบคุมอาหารโซเดียมสูงและไขมันสูง และหากผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[6,7]

2. รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น มีการวิเคราะห์สถานการณ์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. และผู้นำชุมชน ช่วยให้มองเห็นปัญหาได้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบ ทั้งในส่วนของผู้ป่วย ระบบบริการและการมีส่วนร่วมของชุมชน นำมาสู่การออกแบบรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้านการให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ[8,9]

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและมีแนวโน้มในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างชัดเจน[10,11]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบ “HEART Model” (Holistic Empowerment for Stroke Prevention in Hypertensive Patients) ที่พัฒนาขึ้นจากการบูรณาการแนวคิด Health Belief Model (HBM), Self-Efficacy Theory, และหลักการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยมุ่งเน้นที่ 4 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้ (Health Literacy) การสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่น (Motivation & Self-efficacy) การปรับพฤติกรรมสุขภาพ (Lifestyle Modification) และการสนับสนุนจากครอบครัว/อสม. (Social Support)

การดำเนินงานโดยคัดกรองกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานรายบุคคล อบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจ ติดตามผลพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลา 4 เดือน และประเมินผลการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ความดันโลหิต และความรู้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะได้รับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น เช่น ลดการบริโภคเค็ม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ครอบครัว/ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยดังกล่าวมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการต่อยอดและขยายผล ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข ควรส่งเสริมการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงอันดับต้น ๆ ควรส่งเสริมให้มีการใช้รูปแบบที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

2. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรบูรณาการการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขและ อสม.เพื่อสามารถให้คำปรึกษา และติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วย พร้อมทั้งฝึกอบรม อสม. ให้สามารถมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรจัดทำหลักสูตร หรือ คู่มือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การสังเกตอาการเตือน การควบคุมอาหาร การจัดการความเครียด และการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยควรมีทั้งรูปแบบที่เหมาะกับผู้สูงอายุ เช่น หนังสือภาพขนาดใหญ่ และรูปแบบดิจิทัล เช่น LINE OA หรือ คลิปวิดีโอสั้น

4. ควรส่งเสริมให้มีการประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดให้มีระบบฐานข้อมูลสุขภาพชุมชน และให้ อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ติดตามและรายงานผลทุก 3–6 เดือน

5. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรมีบทบาทสนับสนุน เช่น การจัดสรรงบประมาณสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือการสนับสนุนการอบรม อสม. และผู้นำชุมชน เพื่อขยายผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ที่ปรึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลการ ทรงศรี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย นายแพทย์ณรงค์ จันทร์แก้ว นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร อาจารย์สุขสันต์ จิตติมณี ที่ปรึกษารัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข อาจารย์รติวัน พิสัยพันธ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย อาจารย์สิทธิศานติ์ ทรัพย์สิริโสภา รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำข้อเสนอแนะ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization [WSO]. (2017). Up again after stroke. Retrieved June 8, 2016, from http://www.worldstrokecampaign.org
2. สุทัสสา ทิจะยัง. (2557), ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
3. ก้องเกียรติ กุณฑ์กันทรากร. (2553). ประสาทวิทยาทันยุคต์.กรุงเทพฯ: พราวเพรส. กองสนับสนุนภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2550).
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2568), รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
5. สุภา เกตุสถิตย์. (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง. อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร.วิทยานิพนธ์
6. บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส

7. วาสนา เหมือนมี. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการ
8. วาสนา หน่อสีดา, และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. (2562). การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามพร้าว : วารสารการพยาบาล.
9. วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขต อ.เมือง จ.ตรัง.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(2), 6-10.
10. เมธาวี ดวงจินดา นงพิมล นิมิตรอานันท์ และศศิธร รุจนเวช. (2559). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง.มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
11. ปัทมาพร ชนะมาร. (2564). การพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. หน่วยบริการสุขภาพ : บทคัดย่อ.

ประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุบูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

Effectiveness of IoT-based Fall Surveillance System for the Elderly Integrated with Family and Community Participation in Ban Dan Lan Hoi District, Sukhothai Province.

(Received: September 23,2025 ; Revised: September 27,2025 ; Accepted: September 29,2025)

รุ้งอุษา นาคคงคำ[1] ทรรศนีย์ บุญมั่น[2]
Rungusa Nakkhongkham[1] Tatsanee Boonmun[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุบูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยง การสร้างความตระหนักและให้ความรู้เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Becker และ Maiman (1975) การติดตามให้คำปรึกษา และการใช้นาฬิกาสวมใส่ ระยะเวลาการทดลอง 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และความพึงพอใจต่อระบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้ระบบฯ กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานความรู้การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนใช้ระบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) กลุ่มทดลองมีอัตราการพลัดตกหกล้มลดลงจาก 3 ราย เหลือ 0 ราย ในขณะที่กลุ่มควบคุมลดลงจาก 2 ราย เหลือ 1 ราย ความพึงพอใจต่อระบบอยู่ในระดับมาก (3.59 ± 0.29 คะแนน) โดยด้านประโยชน์และผลกระทบได้คะแนนสูงสุด (4.12 ± 0.49 คะแนน)

คำสำคัญ ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม, เทคโนโลยี IoT, ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การป้องกันการพลัดตกล้ม

ABSTRACT

This study was a quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of an IoT-based fall detection and monitoring system for elderly people integrated with family and community participation in Ban Dan Lan Hoi District, Sukhothai Province. The total sample consisted of 30 participants, divided into an experimental group of 15 people and a control group of 15 people. The intervention tool was an IoT-based fall detection and monitoring system comprising 4 steps: identification and screening of at-risk individuals, awareness building and education for fall prevention using Becker and Maiman's (1975) concepts, follow-up counseling, and the use of wearable smartwatches. The intervention period lasted 3 months. Data collection instruments included a 4-part questionnaire covering general information, fall surveillance knowledge, fall prevention behaviors, and system satisfaction. Data were analyzed using descriptive statistics and mean comparisons using the Wilcoxon Signed-rank test.

The research findings showed that after using the system, the experimental group had significantly higher median scores for fall surveillance knowledge and fall prevention behaviors compared to before using the system ($p<0.001$). The experimental group's fall incidents decreased from 3 cases to 0 cases, while the control group decreased from 2 cases to 1 case. System satisfaction was at a high level (3.59 ± 0.29 points), with the benefits and impact dimension receiving the highest score (4.12 ± 0.49 points).

Keyword: Fall detection system, IoT technology, Elderly, Family participation, Community participation, Fall prevention

---

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย
[2] นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

บทนำ

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยคาดการณ์ว่าระหว่างปี 2015-2050 สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 ในปี 2020 และอาจสูงถึงร้อยละ 50 ภายในปี 2050 สำหรับประเทศไทย เริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี 2565 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ในปี 2568 และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในปี 2575 ซึ่งหมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 กระบวนการสูงอายุเกิดจากความเสื่อมของเซลล์ตามกาลเวลา ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจอ่อนแอลง ผู้สูงอายุมักเผชิญปัญหาสุขภาพหลายด้านพร้อมกัน โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือการเคลื่อนไหวร่างกาย (ร้อยละ 58) ตามมาด้วยปัญหาการได้ยินหรือการสื่อสาร (ร้อยละ 24) และปัญหาการมองเห็น (ร้อยละ 19) การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบปัญหาการทรงตัวทั้งขณะอยู่นิ่งและขณะเคลื่อนไหว โดยความมั่นใจในการทรงตัวจะลดลงอย่างมากเมื่อต้องก้าวขึ้นหรือลงบันไดเลื่อน

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ โดยประมาณร้อยละ 28-35 ของผู้สูงอายุทั่วโลกประสบเหตุพลัดตกหกล้มทุกปี มีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มทั่วโลกประมาณ 684,000 คน ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ[1]ข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุระบุว่าผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มหกล้มร้อยละ 28-35 ต่อปี และเพิ่มเป็นร้อยละ 32-42 เมื่ออายุมากกว่า 70 ปี ในประเทศไทย ปี 2564 มีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มเฉลี่ยวันละ 4 คน โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่า จากการสำรวจพบว่าความชุกของการพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และมักเกิดซ้ำเฉลี่ยประมาณ 2.5 ครั้ง สถานที่เกิดเหตุพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่คือภายในบ้าน ร้อยละ 34.5 สาเหตุหลักคือการลื่นล้ม ร้อยละ 37.6 และการสะดุดสิ่งของ ร้อยละ 39.9 การพลัดตกหกล้มจัดเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอาจนำไปสู่การเสียชีวิต[2]

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) มุ่งเน้นการเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี โดยส่งเสริมศักยภาพในการจัดการสุขภาวะด้วยตนเองและใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มสามารถแบ่งเป็นระดับปฐมภูมิ (การส่งเสริมสุขภาพ) ระดับทุติยภูมิ (การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง) และระดับตติยภูมิ (การป้องกันความพิการหรือการหกล้มซ้ำ) การป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชนมุ่งเน้นการป้องกันระดับปฐมภูมิ โดยสร้างความตระหนักเรื่องความเสี่ยงและส่งเสริมการดูแลที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว การปรับปรุงภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย การเลือกรองเท้าและเฟอร์นิเจอร์ที่เหมาะสม และการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง แม้ว่าการหกล้มในผู้สูงอายุจะเป็นปัญหาที่ป้องกันได้ แต่ระบบการดูแลและเฝ้าระวังแบบดั้งเดิมยังมีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรทางการแพทย์[3] การเข้าถึงการช่วยเหลือที่ล่าช้าหลังการหกล้มยังเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะถูกทิ้งนอนบนพื้นเป็นเวลานาน (long-lie syndrome) ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้อฝ่อลีบ และปอดอักเสบตามมาได้[4]เทคโนโลยี Internet of Things (IoT) นำเสนอโอกาสใหม่ในการแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว โดยสามารถตรวจจับการหกล้มได้อย่างทันท่วงที ระบุตำแหน่งที่เกิดเหตุได้แม่นยำ และแจ้งเตือนไปยังผู้เกี่ยวข้องได้โดยอัตโนมัติ[5] อย่างไรก็ตาม การนำเทคโนโลยีมาใช้เพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ การบูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ระบบมีประสิทธิภาพและยั่งยืน[6]

ระบบการดูแลและเฝ้าระวังการหกล้มแบบดั้งเดิมยังมีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล เช่น อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ซึ่งมีข้อจำกัดทั้งด้านบุคลากรทางการแพทย์และระยะทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพ[7]ผู้สูงอายุที่อาศัยคนเดียวหรืออยู่ในบริเวณที่สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถดูแลได้อย่างใกล้ชิดตลอดเวลา มีความเสี่ยงสูงที่จะประสบภาวะ "long-lie syndrome" หรือการถูกทิ้งให้นอนบนพื้นเป็นเวลานานหลังการหกล้ม ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้อเน่าตาย และการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ[4] เทคโนโลยี Internet of Things (IoT) เข้ามามีบทบาทสำคัญในการแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว โดยสามารถตรวจจับการหกล้มได้อย่างทันท่วงที ระบุตำแหน่งที่เกิดเหตุได้แม่นยำ และแจ้งเตือนไปยังผู้เกี่ยวข้องได้โดยอัตโนมัติ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว[5]แต่การนำเทคโนโลยีมาใช้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอสำหรับบริบทสังคมไทย โดยเฉพาะในชุมชนชนบทที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงและการยอมรับเทคโนโลยี การบูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ระบบมีประสิทธิภาพและยั่งยืน[6]

นอกจากนี้ แนวคิดด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) ซึ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยให้ความสำคัญกับบริบทครอบครัวและชุมชน สามารถเพิ่มประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังการหกล้มได้ เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่อาศัยความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม[8]การเชื่อมโยงระบบเทคโนโลยี IoT เข้ากับระบบการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนจึงสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมไทย การศึกษาประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ที่บูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในอำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จึงมีความสำคัญในหลายมิติ ทั้งในแง่ของการพัฒนานวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย การลดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมจากการพลัดตกหกล้ม การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล และการสร้างต้นแบบระบบเฝ้าระวังที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศ ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยในบริบทสังคมสูงวัย และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสาธารณสุขไทยอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน[9]

สถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย[10] พบว่าอำเภอบ้านด่านลานหอยมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 22.3 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดที่ร้อยละ 20.1 โดยในปีงบประมาณ 2565-2566 มีรายงานผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มจำนวน 127 ราย และมีผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการหกล้มถึง 43 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 33.9[11]จากการสำรวจเบื้องต้นของโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ พบว่าผู้สูงอายุ ในอำเภอบ้านด่านลานหอยที่มีประวัติพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามีถึงร้อยละ 29.7 โดยส่วนใหญ่เกิดเหตุในบริเวณบ้านและรอบบ้าน (ร้อยละ 68.4) สาเหตุหลักเกิดจากการลื่นล้มบนพื้นเปียก (ร้อยละ 41.2) สะดุดสิ่งกีดขวาง (ร้อยละ 32.7) และการทรงตัวไม่ดี (ร้อยละ 26.1) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 74.3) และมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ไม่เหมาะสม (ร้อยละ 59.6)[12] ลักษณะทางภูมิศาสตร์ของอำเภอบ้านด่านลานหอยที่เป็นพื้นที่ชนบทกึ่งเมือง ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ที่อยู่อาศัยมักเป็นบ้านไม้ยกพื้นสูง มีบันไดขึ้นลง และมีพื้นที่ภายในบ้าน

ต่างระดับ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ[13]นอกจากนี้ จากการประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในพื้นที่พบว่าร้อยละ 63.2 มีความเสี่ยงต่อการล้มในระดับปานกลางถึงสูง และร้อยละ 41.8 มีภาวะกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง[14]

จากสถานการณ์และเหตุผลข้างต้น การศึกษาประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ที่บูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในอำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จึงมีความสำคัญในหลายมิติ ทั้งในแง่ของการพัฒนานวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย การลดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมจากการพลัดตกหกล้ม การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล และการสร้างต้นแบบระบบเฝ้าระวังที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศ ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยในบริบทสังคมสูงวัย และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสาธารณสุขไทยอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุบูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการพลัดตกหกล้มระหว่างกลุ่มที่ใช้ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการใช้ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่ใช้ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT มีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT มีอัตราการพลัดตกหกล้มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในระดับมาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 969 คน

กลุ่มตัวอย่าง

บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดอำนาจในการทดสอบที่ .90 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และขนาดค่าอิทธิพล .53 ได้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มละ 15 ราย รวม 30 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ใช้ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุบูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 15 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ 15 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

3. มีประวัติเคยพลัดตกหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

4. มีญาติหรือผู้ดูแล (caregiver) ที่สามารถให้ความช่วยเหลือและติดตามดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง

5. มีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

6. ยินดีและลงนามยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

7. สามารถใช้หรือมีผู้ช่วยในการใช้อุปกรณ์นาฬิกาอัจฉริยะขั้นพื้นฐานได้

8. มีโทรศัพท์มือถือหรือผู้ดูแลมีโทรศัพท์มือถือที่สามารถรับการแจ้งเตือนได้

เกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง (Severe dementia) หรือมีปัญหาทางจิตเวชที่รุนแรงจนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยได้

2. มีโรคประจำตัวที่ควบคุมไม่ได้หรืออยู่ในภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

3. มีข้อจำกัดทางร่างกายที่รุนแรงจนไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง (ต้องนอนติดเตียงตลอดเวลา)

4. มีอาการแพ้หรือไม่สามารถสวมใส่อุปกรณ์นาฬิกาอัจฉริยะได้ด้วยเหตุผลทางการแพทย์

5. ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลที่สามารถให้ความช่วยเหลือในการใช้อุปกรณ์หรือตอบสนองต่อการแจ้งเตือน

6. คาดว่าจะย้ายออกนอกพื้นที่วิจัยในระหว่างช่วงดำเนินการวิจัย

7. เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยที่มีการใช้อุปกรณ์ตรวจจับการหกล้มอื่นๆ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

8. มีประวัติหกล้มที่เกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่สาเหตุทั่วไปของการหกล้มในผู้สูงอายุ เช่น จากอุบัติเหตุทางการจราจร หรือภาวะโรคเฉียบพลันร้ายแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียด

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อทำถามทั้งหมด 15 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นลงขึ้นลงคำถามปลายเปิดและปลายปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI รอบเอว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคและการเจ็บป่วย การมองเห็น การเดินและการทรงตัว ประวัติการหกล้ม จำนวนการหกล้มในปัจจุบัน

1.2 แบบประเมินความรู้การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด ที่ให้ผู้ประเมินตอบว่า "ใช่" และ "ไม่ใช่" ทั้งหมด 28 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านอันตราย/ผลกระทบของการหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ และ 4) ด้านการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้ม จำนวน 6 ข้อโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ โดยคำตอบที่ถูก ได้ 1 คะแนนและคำตอบที่ผิด ได้ 0 คะแนน แบบประเมินความรู้การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จะมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 28 คะแนน ซึ่งถ้ามีคะแนนสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มที่ดี

1.3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองเป็นชุดของคำถามที่แสดงถึงความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบ

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็น บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ดังนี้

ลักษณะคำตอบ คะแนน ความหมาย

ปฏิบัติเป็นประจำ 3 ผู้สูงอายุปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้น ๆ 3-4 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 ผู้สูงอายุปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้น ๆ 1-2 วันต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ 1 ผู้สูงอายุไม่เคยปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้น ๆ เลย

คะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 25-75 คะแนนการแปลผลคะแนนดังนี้

25-41 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเหมาะสมน้อย

42-58 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเหมาะสมปานกลาง

59-75 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเหมาะสมมาก

1.4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT เป็นเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติ/ผู้ดูแลต่อการใช้ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ประกอบด้วย ข้อมูลระยะเวลาการใช้อุปกรณ์นาฬิกาอัจฉริยะ และประสบการณ์ที่ได้รับการแจ้งเตือนจากระบบ และประเมินความพึงพอใจโดยแบ่งความพึงพอใจออกเป็น 5 ด้าน รวมทั้งสิ้น 30 ข้อ ประกอบด้วย ด้านอุปกรณ์นาฬิกาอัจฉริยะ จำนวน 8 ข้อ ด้านการแจ้งเตือนและการช่วยเหลือ จำนวน 6 ข้อ ด้านแอปพลิเคชันและการใช้งานระบบ จำนวน 6 ข้อ ด้านการสนับสนุนและช่วยเหลือ จำนวน 5 ข้อ ด้านประโยชน์และผลกระทบ จำนวน 5 ข้อ ความพึงพอใจโดยรวม จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert scale) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก

3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย

1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

สำหรับการแปลผลคะแนนความพึงพอใจในส่วนที่ 2 ใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุบูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ขั้นตอนที่ 2 การสร้างความตระหนักและให้ความรู้เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและครอบครัว ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนัก โดยการนำแนวคิดของเบคเกอร์และไมแมน[15]การรับรู้ความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 2) แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การรับประทานอาหารที่มีวิตามินดีการใช้รองเท้าและอุปกรณ์เสริมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม การใช้ยาและอาการข้างเคียงที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้ม การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว ขั้นตอนที่ 3 การติดตามให้คำปรึกษา ขั้นตอนที่ 4 การใช้นาฬิกาสวมใส่ ที่

ออกแบบฟังก์ชั่นโดยบริษัท อินเทอร์เน็ตประเทศไทย จำกัด (มหาชน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การตรวจสอบตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT และแบบสอบถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการพลัดตกหกล้ม โดยกำหนดเกณฑ์ความตรงเชิงเนื้อหาโดยวิเคราะห์จากค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT และแบบสอบถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุ อำเภอคีรีมาศ จำนวน 10 คน ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความรู้การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค 0.78 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR-20 ได้ค่า 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชนและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดโครงการแก่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ให้การดูแล (Care Giver) และตัวแทนครอบครัวผู้สูงอายุ

2. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มทดลอง ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลด้วยระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

กลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในทั้งสองกลุ่ม โดยใช้แบบสอบถาม

4. ดำเนินการใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง ได้แก่ จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ติดตั้งอุปกรณ์นาฬิกาอัจฉริยะและแอปพลิเคชันให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ฝึกอบรมการใช้งานอุปกรณ์และระบบให้กับผู้สูงอายุ ครอบครัว และอาสาสมัครในชุมชน จัดตั้งเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนและระบบการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ประเมินความเสี่ยงในบ้านผู้สูงอายุและให้คำแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อม

5. ติดตามและเก็บข้อมูลระหว่างการทดลอง บันทึกข้อมูลการแจ้งเตือนการพลัดตกหกล้มจากระบบ IoTบันทึกระยะเวลาในการตอบสนองต่อการแจ้งเตือนบันทึกรายละเอียดของเหตุการณ์พลัดตกหกล้มและการช่วยเหลือจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแก้ไขปัญหา

6. เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ในทั้งสองกลุ่ม หลังจากดำเนินโครงการครบ 3 เดือน โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง และเพิ่มแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในกลุ่มทดลอง

7. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ข้อมูลการแจ้งเตือนจากระบบ IoT และข้อมูลจาก Dashboard ตรวจสอบความสมบูรณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป หาค่าจำนวน และร้อยละ เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการป้องกันการพลักตกหกล้ม จำนวนการหกล้มของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการป้องกันการพลักตกหกล้ม จำนวนการหกล้มของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ข้อมูลแจกแจงแบบไม่ปกติ ใช้ Wilcoxon match paired sign rank test

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการป้องกันการพลักตกหกล้ม จำนวนการหกล้มของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ข้อมูลแจกแจงแบบไม่ปกติใช้สถิติ Mann whitney U test

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No.29/2025 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No.45/2025 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2568

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 85.53 ± 2.72 ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.23 ± 3.62 kg/m2 รอบเอวเฉลี่ย 32.27±5.51 นิ้ว มีสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 73.3 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาร้อยละ 93.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 100.0 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 1,280 ± 762.70 บาท ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.3 มองเห็นชัดเจนดี ร้อยละ 60 มีปัญหาการเดินและการทรงตัว ร้อยละ 66.7 เคยมีประวัติการหกล้มในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 53.3 จำนวน 0.93±1.34 ครั้ง กลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.0 มีอายุเฉลี่ย 83.53 ± 3.27 ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.04± 3.35 kg/m2 รอบเอวเฉลี่ย 29.87±3.02 นิ้ว มีสถานภาพสมรสหม้ายร้อยละ 66.7 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาร้อยละ 100.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 100.0 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 1,080 ± 412.66 บาท ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.7 มองเห็นชัดเจนดี ร้อยละ 53.3 มีปัญหาการเดินและการทรงตัว ร้อยละ 66.7 เคยมีประวัติการหกล้มในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 46.7 จำนวน 0.84±1.20 ครั้ง และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความรู้การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และจำนวนการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และจำนวนการหกล้มของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร		n	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Z	p-value
			Median	Median		
ความรู้การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม	กลุ่มทดลอง	20	20.00	26.00	0.415	<0.001*
	กลุ่มควบคุม	20	19.00	23.00	0.658	<0.001*
พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	กลุ่มทดลอง	20	60.00	72.00	3.920	<0.001*
	กลุ่มควบคุม	20	62.00	65.00	4.590	0.062

*P-value<0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัยธฐานคะแนนความรู้การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 20.00 และ 26.00 ตามลำดับ ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ($p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าโปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่ามัยธฐานคะแนนความรู้การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 19.00 และ 23.00 ตามลำดับ แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p<0.001$)

กลุ่มทดลอง มีค่ามัยธฐานคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 60.00 และ 72.00 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) กลุ่มควบคุมมีค่ามัยธฐานคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 62.00 และ 65.00 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.062$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการพลัดตกหกล้มระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอัตราการพลัดตกหกล้มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร			ก่อนทดลอง n	หลังทดลอง n	Z	p-value
อัตราการพลัดตกหกล้ม	กลุ่มทดลอง	ไม่ล้ม	12	15	-0.539	<0.001*
		ล้ม	3	0		
	กลุ่มควบคุม	ไม่ล้ม	13	14	-0.513	0.048
		ล้ม	2	1		

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีผู้พลัดตกหกล้ม จำนวน 3 ราย หลังการทดลองไม่พบผู้พลัดตกหกล้ม ซึ่งแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -0.539, p<0.001$) ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีผู้พลัดตกหกล้ม จำนวน 2 ราย หลังการทดลองลดลงเหลือ 1 ราย ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -0.513, p = 0.048$)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุบูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุบูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับมาก (3.59 ± 0.29 คะแนน) ความพึงพอใจสูงสุดในด้านประโยชน์และผลกระทบ (4.12 ± 0.49 คะแนน) รองลงมาคือด้านการแจ้งเตือนและการช่วยเหลือ(3.76 ± 0.47 คะแนน)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุบูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลองเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลที่หลากหลายมิติของใช้ระบบแบบบูรณาการที่ผสมผสานเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ากับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลายทฤษฎีที่เน้นความสำคัญของการรับรู้และการมีส่วนร่วมของผู้เรียน การเพิ่มขึ้นของความรู้ผ่านแนวคิด Health Belief

Model การที่ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้นเป็นผลโดยตรงจากการนำแนวคิดของ Becker และ Maiman[15] มาประยุกต์ใช้ในขั้นตอนที่ 2 ของระบบ โดยการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านการมีส่วนร่วมแบบพหุระดับ การที่พฤติกรรมการป้องกันมีการปรับปรุงขึ้นสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่พบว่า "การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและเพื่อนมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันการพลัดตก โดยเฉพาะการให้กำลังใจเชิงบวกจากครอบครัวและเพื่อน[16]สอดคล้องกับงานวิจัยของทิพย์จันทร์ ดงเงิน[17]ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ[18] วราณี สัมฤทธิ์ ธิดารัตน์ สุภานันท์ และนันทยา เสนีย์[19]พบว่า ความรู้การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุบูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีอัตราการพลัดตกหกล้มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการใช้ระบบแบบบูรณาการที่ผสมผสานเทคโนโลยีอัจฉริยะ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเข้าด้วยกัน ประสิทธิผลของเทคโนโลยี IoT ในการศึกษาสุขภาพ การใช้นาฬิกาสวมใส่ที่ออกแบบโดยบริษัท อินเทอร์เน็ตประเทศไทย จำกัด (มหาชน) ในขั้นตอนที่ 4 สร้างประสบการณ์การเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ (interactive learning) ที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลป้อนกลับแบบเรียลไทม์ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการพลัดตกด้วยเทคโนโลยี IoT และ AI ในปัจจุบันมุ่งเน้นไม่เพียงแต่การตรวจจับเหตุการณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการให้การศึกษาและส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และคอมพิวเตอร์[20]ลักษณะการเรียนรู้แบบนี้เรียกว่า active learning ซึ่งมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ความรู้แบบเดิมๆ ที่เป็นทิศทางเดียวซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาระดับสากลและสนับสนุนแนวคิดการป้องกันการพลัดตกแบบหลายมิติ สนับสนุนแนวคิดการใช้รูปแบบแบบหลายปัจจัย (Multifactorial Interventions) ที่ได้รับการยืนยันประสิทธิผลจากการศึกษาระดับสากล การประยุกต์ใช้ Health Belief Model ของ Becker และ Maiman[15] ร่วมกับเทคโนโลยี IoT และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนสร้างการป้องกันเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพเหนือกว่าการดูแลแบบดั้งเดิม ระบบนี้ไม่เพียงแต่ให้การตอบสนองแบบเรียลไทม์เท่านั้น แต่ยังส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนผ่านการสร้างความตระหนักและการเสริมแรงจากสังคม ผลการศึกษานี้มีความหมายสำคัญต่อการพัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนไทย โดยเฉพาะในบริบทของสังคมผู้สูงอายุที่กำลังเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการขยายผลสู่พื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพงศ์ อภิรัชตานนท์[21] พบว่า การใช้ระบบตรวจวัดสัญญาณชีพและเฝ้าติดตามการล้มของผู้สูงอายุผ่านระบบ IOT มีอัตราการพลัดตกหกล้มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุบูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในระดับมากนั้น สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการออกแบบระบบที่ตอบสนองต่อความต้องการหลักของผู้ใช้ทั้งสองกลุ่ม โดยเฉพาะในด้านประโยชน์และผลกระทบที่ได้รับคะแนนสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยีและหลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาระดับสากลประโยชน์และผลกระทบที่เป็นรูปธรรมสร้างความพึงพอใจสูงสุด การที่ด้านประโยชน์และผลกระทบได้รับคะแนนความพึงพอใจสูงสุดสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของระบบในการสร้างผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและสามารถรับรู้ได้ การศึกษาเกี่ยวกับ

ทัศนคติของผู้สูงอายุต่ออุปกรณ์สุขภาพที่เปิดใช้งาน IoT พบว่า "เมื่อบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของอุปกรณ์เหล่านี้ รวมถึงการปรับปรุงการติดตามสุขภาพ ความสะดวกสบาย และความคุ้มค่า รวมทั้งความแม่นยำในด้านความน่าเชื่อถือ ความปลอดภัย และความแม่นยำ พวกเขามีแนวโน้มที่จะยอมรับและยึดติดกับการใช้งานปกติมากขึ้น"[22]การที่ระบบ IoT แสดงประสิทธิผลที่ชัดเจนในการลดอัตราการพลัดตกทำให้ผู้ใช้เห็นคุณค่าที่เป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการสร้างความพึงพอใจในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

1) โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิควรพัฒนาแนวทางการขยายผลระบบ IoT นี้ไปยังชุมชนชนบทอื่นๆ ที่มีลักษณะทางประชากรศาสตร์และสังคมวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน โดยการปรับแต่งระบบให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น การสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพในการใช้งานและดูแลระบบ เพื่อให้การดำเนินงานมีความยั่งยืนและสามารถรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต

2) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพควรนำนโยบายและมาตรฐานการใช้เทคโนโลยี IoT ในระบบสุขภาพ สำหรับการใช้เทคโนโลยี IoT ในการดูแลผู้สูงอายุมาใช้ร่วมกับการดูแลสุขภาพในชุมชน รวมถึงการกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของข้อมูล การประเมินประสิทธิภาพของอุปกรณ์ สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ใช้งานและอำนวยความสะดวกในการนำระบบไปประยุกต์ใช้ในวงกว้าง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรดำเนินการศึกษาติดตามผลการใช้งานระบบ IoT ในระยะยาว (อย่างน้อย 2-3 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลกระทบต่อการลดอัตราการพลัดตกหกล้ม ความคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันที่ดี และการยอมรับเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง

2) ควรศึกษาและพัฒนาแบบจำลองการมีส่วนร่วมของชุมชนที่รวมผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และเครือข่ายสังคมท้องถิ่นเข้ากับระบบ IoT อย่างเป็นระบบ โดยทดสอบประสิทธิผลของการฝึกอบรมชุมชนในการใช้งานและดูแลระบบ การสร้างระบบการสนับสนุนทางสังคมผ่านเทคโนโลยี และการพัฒนากลไกการตอบสนองเหตุฉุกเฉินในระดับชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Health education: Theoretical concepts, effective strategies and core competencies [Internet]. 2021 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://iris.who.int/handle
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2567). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580). กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2567.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2566.
4. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์.(2563). แนวทางการจัดการภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2563.
5. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ.(2564). การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี IoT เพื่อเฝ้าระวังการหกล้มในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 22 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nstda.or.th/home/
6. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2565). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุแห่งชาติ ประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2565.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2565). ระบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท: ความท้าทายและแนวทาง. กรุงเทพฯ; 2565.
8. วิชัย เอกพลากร.(2561). สุขภาพคนไทย 2561: การดูแลผู้สูงอายุแบบครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพชุมชน; 2561.

9. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.(2566). รายงานผลการวิจัยและแนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม; 2566.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.(2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดสุโขทัย ปี 2566. สุโขทัย; 2566.
11. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านด่านลานหอย.(2566). ข้อมูลการหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านด่านลานหอย ปีงบประมาณ 2565–2566. สุโขทัย; 2566.
12.วนิดา สมประสงค์.(2566). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงการหกล้มของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท. สุโขทัย: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอบ้านด่านลานหอย; 2566.
13. ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก.(2565). รายงานการประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ. พิษณุโลก: กรมอนามัย; 2565.
14. ทิพวรรณ ลิมังกูร, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน.(2566). การประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566;45(2):75–89.
15. Becker MH, Maiman LA.(1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Med Care. 1975;13(1):10–24.
16.Meike van Scherpenseel K, Blom MM, van der Zwet J, Hulscher MEJL.(2023). Family and peer support in fall prevention among older adults: A mixed-methods study. BMC Geriatr. 2023;23(1):56.
17.ทิพย์จันทร์ ดงเงิน.(2566). ผลของการให้ความรู้ด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อความรู้และพฤติกรรมในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2566;41(2):45–58.
18. ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์, กรรณิการ์ เทพกิจ.(2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ Effects of Falling Prevention Program for Elderly. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(3):186–95.
19.วราณี สัมฤทธิ์, ธิดารัตน์ สุภานันท์ และนันทยา เสนีย์.(2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วพ. บรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2567;8(2):1–13.
20. Sadik Kamel Gharghan et al.(2024). A review of IoT and AI-based fall detection systems for the elderly: Trends, challenges, and future directions. J Ambient Intell Humaniz Comput. 2024;15(1):123–40.
21. ณัฐพงศ์ อภิรัชตานนท์.(2566). ระบบตรวจวัดสัญญาณชีพและเฝ้าติดตามการล้มของผู้สูงอายุผ่านระบบ IoT [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2566.
22.Wei W, Zhang T, Li X.(2023). Older adults' acceptance of IoT-enabled health devices: The role of perceived benefits, reliability, and ease of use. Technol Soc. 2023;74:102335.

การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

Situation Analysis of Violence Management of Medical Personnel in Emergency Department, Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan Province.

(Received: August 17,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 27,2025)

ชุติมา คำประกอบ[1] อรอนงค์ วิชัยคำ[2] กุลวดี อภิชาตบุตร[3]
Chutima Khamprakob[1] Orn-Anong Wichaikhum[2] Kulwadee Abhichattibutra[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ร่วมกับแนวทางการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาลของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์จำนวน 68 คน ซึ่งคัดเลือกด้วยวิธีการแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบบันทึกอุบัติการณ์ความรุนแรง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ในด้านโครงสร้าง โรงพยาบาลยังไม่มีนโยบายจัดการความรุนแรงที่ชัดเจน บุคลากรส่วนใหญ่ไม่ทราบแนวปฏิบัติ และขาดทักษะเฉพาะทาง แม้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยบางส่วน ด้านกระบวนการ หน่วยงานขาดแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร บุคลากรใช้การตัดสินใจเฉพาะหน้าและไม่รายงานเหตุการณ์อย่างเป็นทางการ ด้านผลลัพธ์ พบว่าผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติเชิงลบต่อการรายงานเหตุการณ์ อันเนื่องมาจากความกังวลต่อผลกระทบและความไม่มั่นใจว่าการรายงานจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ

คำสำคัญ: ความรุนแรงในโรงพยาบาล, การจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล

ABSTRACT

This survey research aimed to analyze the situation of violence management among medical personnel in the Emergency Department of Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan Province. The study applied Donabedian's conceptual framework, which includes three dimensions: structure, process, and outcome. It also incorporated institutional guidelines for preventing and managing hospital violence, as outlined by the Ministry of Public Health. The sample comprised 68 medical personnel, selected through purposive sampling. Data collection tools included a semi-structured interview and an incident recording form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data underwent content analysis.

The findings showed that, structurally, the hospital lacked a clear policy on violence management. Most staff were unaware of standard protocols and had limited specialized training, despite some protective environmental measures. In terms of process, the department had no formal procedures in place, prompting staff to rely on individual judgment and report incidents informally. Regarding outcomes, personnel expressed negative attitudes toward formal reporting due to concerns over possible repercussions and skepticism about whether such reports would lead to meaningful organizational change.

Keywords: Hospital Violence, Hospital Violence Management

---

[1] นักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[2] Corresponding Author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, Email: Orn-anong.w@cmu.ac.th
[3] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทนำ

ความรุนแรงในสถานพยาบาลนับเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์อย่างรุนแรง โดยเฉพาะในหน่วยงานที่มีแรงกดดันสูง เช่น แผนกฉุกเฉิน องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า บุคลากรทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 38 ทั่วโลกเคยประสบเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน โดยรูปแบบที่พบมากที่สุดคือการใช้วาจารุนแรงและการข่มขู่[1] การศึกษาในประเทศจีนพบว่า พยาบาลในห้องฉุกเฉินเผชิญความรุนแรงสูงถึงร้อยละ 62.4[2] ขณะที่ NHS ในสหราชอาณาจักรรายงานว่าบุคลากรในแผนกฉุกเฉินร้อยละ 45.8 เผชิญเหตุการณ์รุนแรง[3] สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 50 ของพยาบาลประสบความรุนแรงทางวาจา ซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการลาออกที่สูงถึงร้อยละ 19[4] ปัจจัยกระตุ้นความรุนแรงในบริบทเหล่านี้มักเกี่ยวข้องกับความแออัด ความล่าช้าในการให้บริการ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ และสภาพแวดล้อมที่กดดันสูง ซึ่งสะท้อนว่าปัญหาความรุนแรงไม่ใช่เรื่องเฉพาะบุคคล แต่เป็นปัญหาเชิงระบบที่ควรได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ

ในประเทศไทย แม้กระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดนโยบายและมาตรการในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่รายงานจากกองป้องกันการบาดเจ็บชี้ว่าแนวโน้มความรุนแรงยังคงเพิ่มขึ้น โดยช่วงปี 2555–2562 มีเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงพยาบาลอย่างน้อย 65 ครั้ง และเพิ่มเป็น 67 ครั้งในช่วงปี 2565–2566 โดยส่วนใหญ่เกิดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ลักษณะความรุนแรงที่พบ ได้แก่ การด่าทอ ข่มขู่ และการทำร้ายร่างกาย โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือเมื่อต้องเผชิญกับผู้ป่วยหรือญาติที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง งานวิจัยในประเทศยังพบว่า พยาบาลห้องฉุกเฉินเผชิญความรุนแรงถึงร้อยละ 84.7[5] และบุคลากรทางการแพทย์ประสบความรุนแรงทางวาจาสูงถึงร้อยละ 94.2[6] สะท้อนถึงปัญหาเชิงโครงสร้างที่ต้องการมาตรการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

ลักษณะของความรุนแรงในสถานพยาบาลมีทั้งทางวาจา การทำร้ายร่างกาย และการล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งเกิดขึ้นจากทั้งผู้ป่วย ญาติ เพื่อนร่วมงาน หรือผู้บังคับบัญชา โดยเฉพาะในแผนกที่มีแรงกดดันสูง เช่น แผนกฉุกเฉิน สาเหตุของความรุนแรงมักเกี่ยวข้องกับการรอคอยนาน การขาดการสื่อสาร และทรัพยากรไม่เพียงพอ[7] ผลกระทบของความรุนแรงส่งผลต่อบุคลากรทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เช่น ความเครียด ภาวะหมดไฟ และความตั้งใจลาออก ซึ่งกระทบต่อการให้บริการโดยรวม[8-10] ความรุนแรงเป็นปัจจัยสำคัญที่ลดประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนามาตรการที่ครอบคลุม ทั้งการป้องกัน การดูแลหลังเหตุการณ์ และระบบรายงานที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เป็นหน่วยงานหลักที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินกว่า 6,000 รายต่อเดือน ลักษณะงานที่ต้องเผชิญกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤติซับซ้อนสูง ทำให้บุคลากรต้องทำงานภายใต้แรงกดดันตลอดเวลา ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรในปี 2566 พบว่าแทบทุกคนเคยประสบเหตุการณ์ความรุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง โดยรูปแบบที่พบบ่อยที่สุดคือ การใช้วาจาก้าวร้าวและข่มขู่ ความรุนแรงส่วนใหญ่มาจากความเข้าใจคลาดเคลื่อนหรือความไม่พอใจในกระบวนการบริการ นอกจากนี้ยังพบว่า แนวทางปฏิบัติภายในหน่วยงานยังไม่มีความชัดเจน และระบบการรายงานยังไม่ถูกใช้อย่างเต็มประสิทธิภาพ การจัดอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมให้บุคลากรก็ยังมีอยู่อย่างจำกัด ทำให้บุคลากร

หลายคนขาดทักษะและความมั่นใจเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์รุนแรง

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาระบบการจัดการความรุนแรงในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ที่มีลักษณะบริการเร่งด่วน ภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร การวิจัยนี้จึงมุ่งวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความรุนแรงด้วยกรอบแนวคิดของ Donabedian[11] ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ควบคู่กับแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[12] เพื่อค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน และข้อเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทจริงของหน่วยงาน ทั้งนี้ เพื่อยกระดับระบบความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากร เพิ่มประสิทธิภาพการบริการ และลดผลกระทบของความรุนแรงในสถานพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้การเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ไม่น้อยกว่า 2 ปี หรือเป็นผู้ที่เคยเผชิญกับเหตุการณ์ความรุนแรงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ภายใน 2 ปี ทั้งความรุนแรงที่กระทำต่อร่างกาย และความรุนแรงที่กระทำต่อจิตใจ 2) มีความยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการศึกษา โดยการลงนามอย่างเป็นรายลักษณ์อักษรในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่ลาศึกษาต่อลาป่วยหรือลากิจมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป และหรือลาคลอดในระหว่างการเก็บข้อมูล

การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจะอิงตามหลักข้อมูลอิ่มตัว กล่าวคือ มีการสัมภาษณ์จนกระทั่งไม่พบข้อมูลหรือประเด็นใหม่เพิ่มเติม[13] การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 68 คน ได้แก่ 1) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 10 คน 2) พยาบาลวิชาชีพ 34 คน 3) นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ 7 คน 4) เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ 5 คน 5) ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน 6) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 7 คน และ 7) พนักงานพิมพ์ 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสัมภาษณ์เป็นแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian)[11] และแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาลของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[12] 3) เครื่องบันทึกเสียง และ 4) แบบบันทึกอุบัติการณ์

เหตุการณ์ความรุนแรงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่สร้างขึ้น โดยการนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา (Coverage) ความชัดเจนของคำถาม (Clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (Appropriateness) และความเหมาะสมของการจัดลำดับคำถามในการสัมภาษณ์ (Sequence the questions) หลังจากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการจัดทำหนังสือขออนุญาตผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์แนวทางการศึกษา และขออนุญาตเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการ เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติมและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. ก่อนเข้าสู่กระบวนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากเอกสารภายในหน่วยงาน เช่น แผนยุทธศาสตร์ นโยบาย คู่มือ และรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรง เพื่อทำความเข้าใจบริบทของหน่วยงานอย่างลึกซึ้ง จากนั้นได้เตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และสถานที่สัมภาษณ์ให้เหมาะสมต่อการสนทนาอย่างเป็นส่วนตัว เช่น เครื่องบันทึกเสียง เอกสารแนะนำการวิจัย ใบยินยอม และแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว

3. การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลกับบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานเป้าหมาย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธ และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30–40 นาทีต่อราย และดำเนินการด้วยตนเองทั้งหมด พร้อมทั้งบันทึกเสียงและจดบันทึกประกอบ หากข้อมูลที่ได้ยังไม่สมบูรณ์จะมีการนัดสัมภาษณ์ซ้ำอีกครั้ง ข้อมูลถูกรวบรวมจนถึงจุดที่ข้อมูลเริ่มอิ่มตัว หลังจากสัมภาษณ์รายที่ 68 จึงสิ้นสุดกระบวนการเก็บข้อมูล และนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายบุคคล ข้อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้ศึกษาถอดเทปข้อมูลด้วยตนเอง แล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ โดยข้อมูลที่ได้จากการสนทนามาถอดเทป นำมาพิมพ์แบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค และอ่านทำความเข้าใจ จากนั้นนำมาพิจารณาความเหมือน ความต่าง และนำมาหาข้อสรุป เขียนบรรยายอย่างละเอียดตามวัตถุประสงค์ โดยอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

3. ข้อมูลที่ได้จากบันทึกอุบัติการณ์เหตุการณ์ความรุนแรง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละตามประเภทของความรุนแรง

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ study code: 2567 – EXP062 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่ COA.No.1/2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานพิมพ์ จำนวน 68 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศเพศหญิง ร้อยละ 72.06 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 48.53 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 66.18 ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 50 65 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 47.06 และมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับความรุนแรงในที่ทำงานในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา มากถึง ร้อยละ 76.47 แต่ไม่มีผู้ใดเคยเข้ารับการอบรมด้านการจัดการความรุนแรง โดยลักษณะความรุนแรงที่พบมากที่สุดคือ ความรุนแรงทางวาจา ร้อยละ 84.62 และความรุนแรงทางร่างกาย ร้อยละ 15.38

2. การจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล

2.1 ด้านโครงสร้าง (Structure)

ลักษณะองค์กร จากการศึกษาพบว่า ผู้บริหารไม่มีการกำหนดวิสัยทัศน์หรือนโยบายที่ชัดเจนในการไม่ยอมรับความรุนแรง ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานจำนวนมากไม่ทราบนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรุนแรง อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลมีนโยบาย 3P Safety ที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน

ทรัพยากรและเครื่องมือ จากการศึกษาพบว่า ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ให้ความคิดเห็นเหมือนกัน กล่าวคือ มีการจัดการสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความปลอดภัย เช่น โซนรักษา โซนรอคอย มีประตูแบบ Double door พร้อมติดตั้งกล้องวงจรปิด และมีอุปกรณ์สำหรับควบคุมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานยังเสนอว่าควรมีการติดตั้งปุ่มสัญญาณฉุกเฉินระหว่างจุดคัดกรองกับโซนรักษา เพื่อขอความช่วยเหลือ

บุคลากรและการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ จากการศึกษาพบว่า ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ให้ความคิดเห็นเหมือนกัน กล่าวคือ มีการอัตรากำลังโดยรวมเพียงพอ แต่บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดทักษะในการรับมือความรุนแรง และมักพึ่งพาหัวหน้าเวรในการจัดการเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2.2 ด้านกระบวนการ (Process)

กระบวนการจัดการกับเหตุการณ์ความรุนแรง จากการศึกษาพบว่า ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ให้ความคิดเห็นเหมือนกัน กล่าวคือ หน่วยงานไม่มีแนวปฏิบัติในการจัดการเหตุการณ์ความรุนแรง แต่มีการรับรู้ในการจัดการความรุนแรงเฉพาะหน้า ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ การแจ้งหัวหน้าเวร และการติดต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจหากเหตุการณ์มีแนวโน้มรุนแรง เป็นต้น

การจัดการรายงานอุบัติการณ์ จากการศึกษาพบว่า ผู้บริหารสนับสนุนให้มีการบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรง แต่รายงานอุบัติการณ์กลับมีน้อย ส่วนใหญ่จะรายงานด้วยวาจามากกว่าการลงข้อมูลในระบบ HRMS ด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น ความยุ่งยาก ความกลัวผลกระทบ หรือความรู้สึกว่าเป็นเรื่องปกติ **2.3**

2.3 ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

ทัศนคติและการรับรู้ของบุคลากรต่อการรายงานเหตุการณ์ความรุนแรง จากการศึกษาพบว่า ผู้บริหารตระหนักถึงความสำคัญของการรายงานเหตุการณ์ความรุนแรง ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนมากมีแนวโน้มไม่รายงานเหตุการณ์ เพราะเคยมีประสบการณ์เชิงลบและมองว่าหากเหตุการณ์ไม่รุนแรงไม่จำเป็นต้องรายงาน และนิยมรายงานทางวาจามากกว่าบันทึกในระบบ HRMS บางกรณีรายงานต่อหัวหน้างานก่อนจึงบันทึกภายหลัง อีกทั้งมีความต้องการให้จัด

ฝึกอบรมวิธีการรายงานเพื่อเพิ่มความมั่นใจและความถูกต้องในการบันทึกข้อมูล

สถิติการรายงานอุบัติการณ์ จากการศึกษาพบว่า มีข้อมูลการรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงในระบบ HRMS ปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีการบันทึกเพียง 3 เหตุการณ์ ตลอดทั้งปี ประกอบด้วยความรุนแรงทางวาจา 2 เหตุการณ์ และความรุนแรงทางกาย 1 เหตุการณ์ เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดจากทั้งผู้มารับบริการและบุคลากรทางการแพทย์ โดยความรุนแรงทางวาจามีสัดส่วนร้อยละ 66.67 และความรุนแรงทางกายร้อยละ 33.33 ซึ่งสะท้อนว่าจำนวนเหตุการณ์ที่รายงานมีค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับความเสี่ยงของลักษณะงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยจะวิเคราะห์สถานการณ์จากกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) และแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและการจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาลของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ซึ่งจะอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์และคำถามการศึกษา ดังนี้

1. โครงสร้าง (Structure) ได้แก่

1.1 ลักษณะองค์กร

จากผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ดำเนินงานภายใต้นโยบาย 3P Safety ครอบคลุมด้านความปลอดภัยผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน แต่ยังไม่มีนโยบายไม่ยอมรับความรุนแรง (Zero Tolerance Policy) ที่เป็นลายลักษณ์อักษรและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วถึง ทำให้เจ้าหน้าที่บางส่วนขาดความเข้าใจขั้นตอนป้องกันและจัดการเหตุอย่างเป็นระบบ และต้องพึ่งการตัดสินใจตามประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งตาม Donabedian[11] ถือเป็นจุดอ่อนด้านโครงสร้าง เพราะการบริการคุณภาพต้องมีนโยบายและระบบบริหารจัดการที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ ไสไหม และคณะ[5] ที่พบว่าหลายโรงพยาบาลขาดคู่มือและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เช่นเดียวกับ Adib-Hajbaghery et al.[14] ที่ระบุว่าหน่วยงานที่ขาดนโยบายและคู่มือมักเผชิญเหตุซ้ำ ขณะที่ Aljohani et al.[15] พบว่าการกำหนดนโยบายไม่ยอมรับความรุนแรงและสื่อสารทั่วถึงช่วยลดอัตราเหตุและสร้างมาตรฐานการปฏิบัติ กรมการแพทย์[12] จึงกำหนดให้ทุกสถานพยาบาลต้องมีนโยบายอย่างเป็นทางการ พร้อมโครงสร้างการทำงานและกลไกติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

1.2 ทรัพยากรและเครื่องมือ

จากผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีการจัดเตรียมทรัพยากรด้านความปลอดภัย เช่น กล้องวงจรปิดในพื้นที่เสี่ยง ระบบประตู Double Door อุปกรณ์จำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยก้าวร้าว และยาควบคุมอาการฉุกเฉิน ซึ่งเป็นองค์ประกอบโครงสร้างสำคัญตามกรอบ Donabedian[11] ที่สนับสนุนให้การจัดการเหตุรุนแรงมีประสิทธิภาพและปลอดภัย อย่างไรก็ตามยังขาดปุ่มสัญญาณฉุกเฉิน (Panic Button) และระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการขอความช่วยเหลือทันทีในช่วงวิกฤต การขาดอุปกรณ์เหล่านี้อาจทำให้การตอบสนองล่าช้าและเพิ่มความเสี่ยง กรมการแพทย์[12] แนะนำให้หน่วยบริการมีอุปกรณ์ครบถ้วน ใช้งานได้ตลอดเวลา และตรวจสอบสภาพสม่ำเสมอ สอดคล้องกับอริยฉัฏร กาฬหว้า และจักรกฤษณ์ พลราชม[16] ที่พบว่าหน่วยงานที่ติดตั้งกล้องวงจรปิด ปุ่มฉุกเฉิน และระบบไฟแจ้งเตือนครอบคลุมพื้นที่เสี่ยง สามารถลดเหตุรุนแรงซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ Adib-Hajbaghery et al.[14] และ Aljohani et al.[15] ที่ระบุว่าการมีระบบสัญญาณเตือนและกล้องครอบคลุมทุกจุดเสี่ยงช่วยสร้างความมั่นใจและลดเหตุรุนแรงในสถานพยาบาล ดังนั้น การจัดหาปุ่ม

สัญญาณฉุกเฉินและระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติตามแนวทางกรมการแพทย์[12] จะช่วยเสริมโครงสร้างด้านความปลอดภัยให้สมบูรณ์และสนับสนุนการจัดการเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 บุคลากรและการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ

จากผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีจำนวนบุคลากรเพียงพอต่อปริมาณผู้รับบริการ แต่ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านการป้องกันและจัดการเหตุรุนแรง เมื่อเกิดเหตุการณ์มักพึ่งพาหัวหน้าเวรหรือเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์สูงในการจัดการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการมีจำนวนบุคลากรเพียงพอเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการจัดการเหตุรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากขาดการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ตามกรอบ Donabedian[11] บุคลากรเป็นหัวใจสำคัญในด้านโครงสร้างที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อกระบวนการและผลลัพธ์ของการจัดการเหตุรุนแรง ขณะที่แนวทางของกรมการแพทย์[12] กำหนดให้บุคลากรทุกระดับต้องได้รับการฝึกอบรมด้านการป้องกันและจัดการเหตุรุนแรงอย่างสม่ำเสมอ ครอบคลุมทั้งภาคทฤษฎี เทคนิคการสื่อสาร การระงับเหตุ และการประสานงานข้ามหน่วยงาน เพื่อสร้างความมั่นใจและความพร้อมในการปฏิบัติจริง ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร หงษ์เวียงและอภิญญา จำปามูล[17] ที่พบว่าการฝึกอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการบริหารความเสี่ยงด้านความรุนแรง รวมถึงการศึกษาของ Yu-Fang Li et al.^10^ พบว่าการฝึกอบรมต่อเนื่องและการซ้อมสถานการณ์จำลองช่วยเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพในการจัดการเหตุรุนแรงอย่างชัดเจน และจากการศึกษาของ Yu-Fang Li et al.[10] และ Aljohani et al.[15] ระบุว่าการฝึกซ้อมร่วมกันของทีมสหสาขาจะช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มการประสานงาน และลดผลกระทบต่อบุคลากรและผู้ป่วยได้

2. ด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่

2.1 กระบวนการจัดการกับเหตุการณ์ความรุนแรง

ผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ แม้ว่าบุคลากรจะมีความรู้และความเข้าใจในขั้นตอนการดำเนินการเบื้องต้นเมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์ความรุนแรง เช่น การประเมินสถานการณ์ การแจ้งหัวหน้าเวร หรือการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจในกรณีที่เหตุการณ์มีแนวโน้มทวีความรุนแรง แต่กลับยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน และเป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้ต้องพึ่งพาการตัดสินใจเฉพาะหน้าและประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งอาจทำให้การตอบสนองไม่สม่ำเสมอและมีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของทั้งบุคลากรและผู้ป่วย สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Donabedian[11] ที่ระบุว่ากระบวนการที่มีคุณภาพต้องมีขั้นตอนและมาตรการชัดเจนเพื่อลดความเสี่ยง และการศึกษาของ วันเพ็ญ ไสไหม และคณะ[5] ที่ชี้ว่าการขาดแผนและการฝึกซ้อมทำให้บุคลากรขาดความมั่นใจและมักหลีกเลี่ยงการดำเนินการเชิงรุก ขณะที่แนวทางกรมการแพทย์[12] กำหนดให้หน่วยงานเสี่ยงสูง เช่น แผนกฉุกเฉิน ต้องมีแผนจัดการเหตุรุนแรงเป็นลายลักษณ์อักษร ครอบคลุมการป้องกัน การตอบสนองและการฟื้นฟู พร้อมฝึกซ้อมสถานการณ์จำลองสม่ำเสมอ ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร หงษ์เวียงและอภิญญา จำปามูล[17] ที่พบว่าการขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนส่งผลให้บุคลากรต้องใช้การตัดสินใจเฉพาะหน้าในการจัดการเหตุการณ์ความรุนแรง และการศึกษาของ Gillespie et al.[18] ยังพบว่าหน่วยงานที่มีแนวทางปฏิบัติและการฝึกซ้อมต่อเนื่องสามารถลดความเครียด เพิ่มความมั่นใจ และเสริมทักษะการตัดสินใจได้อย่างมีนัยสำคัญ

2.2 การจัดการรายงานอุบัติการณ์

ผลการศึกษาพบว่า การรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ดำเนินการผ่านระบบ Hospital Risk Management System (HRMS) ซึ่งเป็นช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม บุคลากรส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ามักรายงานเฉพาะกรณีที่มีความรุนแรงสูงหรือเกิดความเสียหายชัดเจนต่อบุคลากรหรือผู้ป่วย ส่วนเหตุการณ์รุนแรงระดับต่ำ เช่น การถูกด่าทอหรือคุกคามทางวาจา มักไม่ถูกรายงาน เนื่องจากมองว่าเป็นเหตุการณ์ปกติในงานฉุกเฉิน หรือมองว่าการรายงานไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ อีกทั้งขั้นตอนการกรอกข้อมูลใน HRMS ถูกมองว่าซับซ้อนและใช้เวลานาน ทำให้บุคลากรเลือกที่จะไม่รายงานในบางกรณี ซึ่งจากแนวคิดของ Donabedia[11] กล่าวว่าระบบการรายงานอุบัติการณ์ถือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการที่มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย หากกระบวนการรายงานไม่เอื้อต่อความสะดวกและการเข้าถึง ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วน ส่งผลให้การวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อป้องกันเหตุซ้ำทำได้ไม่เต็มที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yu-Fang Li และคณะ[10] ในไต้หวันที่พบว่าการปรับระบบรายงานอุบัติการณ์ให้ใช้งานง่ายขึ้น พร้อมการฝึกอบรมบุคลากรและให้ feedback อย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มอัตราการรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 50 ภายในหนึ่งปี ขณะที่การศึกษาของ ชนากานต์ อนันตริยกุล[19] ชี้ให้เห็นว่า การสร้างวัฒนธรรมที่ตอบสนองต่อความผิดพลาดโดยไม่ลงโทษ (non-punitive response) และการสื่อสารผลการดำเนินการหรือแนวทางใหม่หลังการทบทวนเหตุการณ์อย่างโปร่งใสและทั่วถึง จะช่วยกระตุ้นให้บุคลากรกล้าที่จะรายงานเหตุการณ์มากขึ้นดังนั้น โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ควรปรับปรุงระบบ HRMS ให้มีขั้นตอนที่กระชับ ใช้เวลาน้อย รวมทั้งจัดให้มีการอบรมเรื่องความสำคัญของการรายงานทุกระดับความรุนแรง เพื่อให้ข้อมูลที่ได้สะท้อนสถานการณ์จริงมากขึ้น การให้ feedback ที่ชัดเจนต่อผู้รายงาน รวมถึงการประกาศมาตรการหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากข้อมูลรายงาน จะช่วยเสริมแรงจูงใจและสร้างความเชื่อมั่นว่าการรายงานมีคุณค่าและส่งผลต่อการพัฒนาระบบความปลอดภัยของหน่วยงานอย่างแท้จริง

3. ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่

3.1 ทัศนคติและการรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์

จากผลการศึกษาพบว่า บุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์มีทัศนคติหลากหลายต่อการรายงานเหตุการณ์ความรุนแรง โดยบางส่วนมองว่าการรายงานเป็นเพียงขั้นตอนทางเอกสารที่ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ ขณะที่บางส่วนมีความเชื่อว่าการรายงานจะนำมาซึ่งการถูกซักถามหรือตำหนิ ส่งผลให้บุคลากรเลือกที่จะหลีกเลี่ยงการรายงานอย่างเป็นทางการ และใช้การบอกเล่าแบบไม่เป็นทางการแทน พฤติกรรมนี้สะท้อนข้อจำกัดด้านการรับรู้เกี่ยวกับความสำคัญของข้อมูลรายงาน ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian[11] ในองค์ประกอบด้านผลลัพธ์ (Outcome) ที่ชี้ว่าทัศนคติของบุคลากรเป็นผลสะท้อนจากคุณภาพของโครงสร้างและกระบวนการ หากโครงสร้างการสนับสนุนไม่เพียงพอและกระบวนการรายงานไม่เป็นมิตรต่อผู้ใช้งาน ทัศนคติในเชิงลบจะเกิดขึ้นและลดแรงจูงใจในการรายงานอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้แนวทางของกรมการแพทย์[12] เน้นย้ำให้มีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) และบรรยากาศไม่ลงโทษ (just culture) เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรรายงานเหตุการณ์โดยสมัครใจและมีความมั่นใจว่าข้อมูลจะถูกนำไปใช้ประโยชน์จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมวดี ศิริวิวัฒนานนท์และมณีรัตน์ รัตนามหัทธนะ[20] ชี้ว่าการสร้างวัฒนธรรมที่ไม่ตำหนิผู้รายงาน (non-punitive culture) และการสื่อสารผลการดำเนินการหลังการรายงานอย่างโปร่งใส จะช่วยกระตุ้นให้บุคลากรรายงานเหตุการณ์มากขึ้น **3.2 สถิติการรายงานอุบัติการณ์**

จากผลการศึกษาพบว่า การรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในปี พ.ศ. 2567 มีจำนวนเพียง 3 เหตุการณ์ โดยเป็นเหตุการณ์ที่เกิดจากทั้งผู้รับบริการและบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกันเอง ซึ่งอุบัติการณ์นี้ถือว่ามีจำนวนน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับลักษณะงานที่ต้องเผชิญกับผู้ป่วยและญาติในสภาวะวิกฤตที่มีความตึงเครียดสูง ส่งผลให้มีความเป็นไปได้สูงที่จำนวนเหตุการณ์จริงจะมากกว่าจำนวนที่ได้รับการบันทึกอย่างมีนัยสำคัญ ภาวะดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของระบบรายงานที่ยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจหรือความเชื่อมั่นเพียงพอให้บุคลากรกล้าที่จะแจ้งเหตุ โดยพิจารณาตามกรอบแนวคิดของ Donabedian[11] ผลลัพธ์ถือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่เกิดจากการผสานกันอย่างเหมาะสมระหว่างโครงสร้าง (Structure) และกระบวนการ (Process) หากโครงสร้างขององค์กรไม่เอื้อต่อการรายงาน เช่น การขาดช่องทางที่สะดวกและปลอดภัย หรือหากกระบวนการขาดมาตรการสนับสนุน เช่น ระบบ feedback ที่ชัดเจนและการถอดบทเรียนหลังเหตุการณ์ ย่อมทำให้บุคลากรหลีกเลี่ยงการรายงาน หรือมองว่าการรายงานไม่มีประโยชน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ ไสไหม และคณะ[5] ที่ระบุว่าความซับซ้อนของระบบความกังวลต่อผลกระทบ และวัฒนธรรมองค์กรที่ไม่เปิดกว้าง เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานพยาบาล รวมถึงการศึกษาของ Song et al[21] ที่พบว่าเกือบครึ่งของพยาบาล (49.6%) ไม่แน่ใจว่ามีระบบรายงานหรือไม่ และไม่ทราบว่าควรรายงานเหตุการณ์ประเภทใดและรายงานอย่างไร แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้างระบบรายงานที่ชัดเจน ใช้งานง่าย และมีกลไก feedback ที่สร้างแรงจูงใจเชิงบวก ตามที่ Gillespie et al.[18] พบว่าระบบรายงานที่ดีจะช่วยพัฒนาองค์กรแทนการลงโทษ และเมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[12] ซึ่งระบุว่าทุกเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลไม่ว่าจะมีความรุนแรงมากหรือน้อยต้องได้รับการบันทึกอย่างเป็นระบบ และต้องมีการนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อกำหนดมาตรการป้องกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับองค์กร

1.1 กำหนดนโยบายวิสัยทัศน์หรือนโยบายที่ชัดเจนในการไม่ยอมรับความรุนแรงอย่างเป็นทางการ

1.2 จัดให้มีการอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการความรุนแรง ทั้งในด้านทักษะการสื่อสาร การประเมินสถานการณ์ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์อย่างเหมาะสม

2. ระดับหน่วยงาน

2.1 จัดให้มีพื้นที่และสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย เช่น มีการติดตั้งปุ่มสัญญาณฉุกเฉินระหว่างจุดคัดกรองกับโซนรักษา เพื่อขอความช่วยเหลือ

2.2 พัฒนาระบบรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงภายในหน่วยงานให้สะดวก และไม่ลงโทษผู้รายงาน

3. ระดับบุคคล

3.1 บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ควรรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงทุกครั้งที่พบเห็นหรือประสบเหตุทันที

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2018). Violence in the health sector: Global research and evidence. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/275479

2. Xiao X, Zhang Y, Kong D, Li S, Yu Z.(2024). Prevalence and factors associated with workplace violence against nurses in China: A cross-sectional study. BMC Nurs. 2024;23(1):58. doi:10.1186/s12912-024-01234-5
3. Smith J, Taylor R, Ahmed H, et al.(2023). Workplace violence against emergency department nurses in the UK: a cross-sectional study. *Front Public Health*. 2023;11:1211471. doi:10.3389/fpubh.2023.1211471
4. Al-Qadi MM.(2021). Workplace violence in nursing: A concept analysis. J Adv Nurs. 2021;77(7):3359-69. doi:10.1111/jan.14887
5. วันเพ็ญ ไสไหม, สุดาพรรณ ธัญจิรา, ณวีร์ชยา ประเสริฐสุขจินดา.(2553). ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วารสารพยาบาลรามาธิบดี. 2553 ม.ค.-เม.ย.;16(1):121-35.
6. นภัสวรรณ พชรธนสาร, สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์.(2561). ความชุก ลักษณะ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลภาครัฐในเขตบริการสุขภาพที่ 6. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561 พ.ค.-ส.ค.;8(2):212-25.
7. Ramacciati N, Gili A, Mezzetti A, Ceccagnoli A, Addey B, Rasero L.(2019). Violence towards emergency nurses: The Italian National Survey 2016–2017. J Nurs Manag. 2019;27(4):792-805. doi:10.1111/jonm.12737
8. World Health Organization.(2023). Workplace violence in the health sector: Policy and prevention strategies. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077054
9. Lanctôt N, Guay S.(2021). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. Aggress Violent Behav. 2021;56:101508. doi:10.1016/j.avb.2020.101508
10. Yu-Fang Li YF, Hsu HT, Hsieh YH.(2021). Effectiveness of an enhanced workplace violence prevention program: A quasi-experimental study. J Nurs Scholarsh. 2021;53(2):225-34. doi:10.1111/jnu.12641
11. Donabedian A.(1966). Evaluating the quality of medical care. 1966. Milbank Q. 2005;83(4):691-729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x. PMID: 16279964; PMCID: PMC2690293.
12. กรมการแพทย์.(2561). แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
13. Guest G, Bunce A, Johnson L.(2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field Methods. 2006;18(1):59-82. doi:10.1177/1525822X05279903
14. Adib-Hajbaghery M, Khamechian M, Alavi NM.(2019). Workplace violence against nurses and their experiences of it in Iran: A qualitative study. Nurs Midwifery Stud. 2019;8(3):163-70. doi:10.4103/nms.nms_9_19
15. Aljohani B, Burkholder J, Tran QK, Chen C, Beisenova K, Pourmand A.(2021). Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. Public Health. 2021;196:186-97. doi:10.1016/j.puhe.2021.02.009
16. อริยฉัฏร กาฬหว้า, จักรกฤษณ์ พลราชม.(2563). การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563 ก.ย.-ธ.ค.;13(3):27-35.
17. สมพร หงษ์เวียง, อภิญญา จำปามูล.(2562). ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562;34(2):190-7.
18. Gillespie GL, Grubb PL, Brown K, Boesch MC, Ulrich DL.(2020). Nurses eat their young: A novel bullying workshop for student nurses. J Nurs Educ Pract. 2020;10(5):27-35. doi:10.5430/jnep.v10n5p27
19. ชนากานต์ อนันตริยกุล.(2565). วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 4-5. 2565;10(30):59-76.

20. เปรมวดี ศิริวิวัฒนานนท์, มณีรัตน์ รัตนามหัทธนะ.(2013). เหตุใดบุคลากรทางการแพทย์ไม่รายงานความคลาดเคลื่อนทางยา: กรณีศึกษาโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในประเทศไทย. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติ The 5th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2013; 2556 กุมภาพันธ์ 16-17; มหาสารคาม, ประเทศไทย.

21. Song C, Wang G, Wu H.(2020). Frequency and barriers of reporting workplace violence in nurses: An online survey in China. Int J Nurs Sci. 2020 Dec 3;8(1):65-70. doi: 10.1016/j.ijnss.2020.11.006. PMID: 33575447; PMCID: PMC7859538.

เปรียบเทียบผลลัพธ์ในการรักษาด้วยการใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกอันเดียวและหลายอันในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีที่มีนิ่วขนาดใหญ่

Comparison of Treatment Outcomes between Single and Multiple Plastic Stent Placements in Patients Undergoing Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography for Large Common Bile Duct Stones.

(Received: August 19,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 27,2025)

กันตภณ รัตนชื่อสกุล[1]
Kantapon Rattanachueskul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยผลของการรักษา (Therapeutic research) ดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสำเร็จในการกำจัดนิ่วในท่อน้ำดีได้หมดในการส่องกล้องทางเดินน้ำดีครั้งที่สอง ของผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินน้ำดีที่มีนิ่วขนาดใหญ่ที่มีการใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกอันเดียวและหลายอัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคนิ่วในท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 360 คน แบ่งเป็นกลุ่ม Single Plastic Stent Placements จำนวน 180 คน และกลุ่ม Multiple Plastic Stent Placements จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษา และแบบบันทึกความสำเร็จในการกำจัดนิ่วในท่อน้ำดี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อย และสถิติ Independence t-test

ผลการวิจัย พบว่าระหว่างกลุ่ม Single และ Multiple Plastic Stent Placements ขนาดของนิ่วก่อนทำ ERCP ค่าเฉลี่ยการกำจัดนิ่ว และขนาดนิ่วหลังการรักษาในแต่ละครั้ง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นจำนวนของ Plastic Stent ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญสูง ($p < .001$) โดยกลุ่ม Single ใช้ Stent เพียง 1 ชิ้น ในขณะที่กลุ่ม Multiple ใช้ Stent มากกว่า 1 ชิ้น

คำสำคัญ: การใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกอันเดียว, การใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกหลายอัน, โรคนิ่วในท่อน้ำดี

Abstract

This study was a therapeutic research conducted as a retrospective study, aiming to compare the success of complete stone clearance during the second session of endoscopic retrograde cholangiopancreatography between patients with large common bile duct stones who underwent single plastic stent placement and those who received multiple plastic stent placements. The study population comprised 360 patients diagnosed with choledocholithiasis and treated at Hat Yai Hospital, including 180 patients in the Single Plastic Stent Placement group and 180 patients in the Multiple Plastic Stent Placement group. The research instruments consisted of a data collection form for demographic characteristics, health status, and treatment information, along with a record form for complete stone clearance outcomes. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution and percentage calculation, as well as the independent t-test for inferential analysis.

The results indicated that there were no statistically significant differences ($p > .05$) between the Single and Multiple Plastic Stent Placement groups in baseline stone size prior to ERCP, mean complete stone removal, or residual stone size after each treatment session. However, a highly significant difference ($p < .001$) was found in the number of plastic stents used, with the Single group receiving only one stent, whereas the Multiple group required more than one stent.

Keywords: Single Plastic Stent Placements, Multiple Plastic Stent Placements, Common bile duct stones

[1] นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

บทนำ

โรคนิ่วในท่อน้ำดี (Common bile duct stones: CBD stones) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีนิ่วในถุงน้ำดี สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญคอเลสเตอรอล (cholesterol) บิลิรูบิน (bilirubin) และกรดน้ำดี (bile acid) ทำให้เกิดการเคลื่อนตัวของนิ่วจากถุงน้ำดีเข้าสู่ท่อน้ำดี[1] และเกิดการอุดตันในท่อน้ำดี ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการปวดท้องเฉียบพลัน ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Acute pancreatitis) หรือท่อน้ำดีอักเสบ (Cholangitis) อาการเหล่านี้สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและเป็นอันตรายถึงชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาทันท่วงที อุบัติการณ์ทั่วโลกพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะนิ่วในถุงน้ำดีมีประมาณร้อยละ 5-15 และประมาณร้อยละ 5–30 ของผู้ป่วยที่มีนิ่วในถุงน้ำดีจะเกิดภาวะนิ่วเคลื่อนเข้าท่อน้ำดีขนาดใหญ่[2] โดยพบในเพศหญิงมากกว่าชายประมาณ 2-3 เท่า และพบได้มากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนใหญ่พบในคนอายุมากกว่า 40 ปี อีกทั้งพบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นมากกว่า 70 ปี จะพบได้ถึงประมาณร้อยละ 15-30 นอกจากนี้พบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้ว ยังมีอัตราของการกลับมาเป็นซ้ำหลังการรักษาด้วยการส่องกล้องอยู่ที่ร้อยละ 4-25[3]

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิด CBD stones ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคืออายุ โดยผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดนิ่วในท่อน้ำดีสูงกว่า เนื่องจากการทำงานของถุงน้ำดีและระบบทางเดินน้ำดีที่เสื่อมถอยตามอายุ[4] นอกจากนี้ ฮอร์โมนเพศหญิง เช่น เอสโตรเจน ก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผู้หญิงมีโอกาสเกิดนิ่วในท่อน้ำดีสูงกว่า เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้การขับถ่ายคอเลสเตอรอลลดลง[5,6] การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือมีคอเลสเตอรอลมากเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดนิ่วในท่อน้ำดี เนื่องจากไขมันและคอเลสเตอรอลสามารถตกผลึกและสะสมในท่อน้ำดีได้[7] สำหรับปัจจัยทางกายภาพ เช่น การขยายตัวของท่อน้ำดี การบิดของท่อน้ำดี หรือการมีติ่งเนื้อรอบท่อน้ำดี (periampullary diverticulum) ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นิ่วเกิดขึ้น[8] นอกจากนี้ ภาวะทางพันธุกรรมและโรคเมตาบอลิก เช่น เบาหวาน หรือภาวะอ้วน ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดนิ่วในท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ยังรวมถึงการรับประทานยาบางประเภท เช่น ยาคุมกำเนิด หรือยาลดไขมันที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการขับถ่ายของคอเลสเตอรอลและกรดน้ำดีในร่างกาย[9]

การรักษานิ่วในท่อน้ำดี ประกอบด้วยการส่องกล้องตรวจและรักษาทางเดินท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography หรือ ERCP) เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย[10] โดยแพทย์จะทำการเปิดหูรูดของท่อน้ำดีและใช้เครื่องมือพิเศษในการดึงนิ่วออกจากท่อ[11] อย่างไรก็ตาม ในบางกรณีที่นิ่วมีขนาดใหญ่หรือมีลักษณะที่ซับซ้อน การนำก้อนนิ่วออกอาจเป็นเรื่องยาก เนื่องจากนิ่วขนาดใหญ่ที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางเกิน 10 มิลลิเมตร ซึ่งสามารถอุดตันท่อน้ำดีได้อย่างสมบูรณ์และทำให้การนำออกด้วยวิธีมาตรฐาน เช่น การใช้ลูกโป่งหรือสวิงจับนิ่ว ไม่สามารถทำได้สำเร็จในครั้งเดียว ในกรณีเช่นนี้การใส่ท่อระบายน้ำดีชนิดพลาสติก (Plastic biliary stent) เป็นทางเลือกหนึ่งที่ใช้เพื่อช่วยรักษาภาวะการอุดตันของท่อน้ำดีและลดภาวะแทรกซ้อน[12] การใส่ท่อชนิดนี้เป็นวิธีชั่วคราวที่ใช้ในการระบายทางเดินน้ำดี ช่วยให้การไหลเวียนของน้ำดีกลับมาเป็นปกติ ลดการอักเสบและความดันในท่อน้ำดี วิธีนี้เป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพิ่มเติมในระยะต่อไป เช่น การใช้วิธีการผ่าตัดหรือการทำ ERCP เพิ่มเติมเพื่อเอานิ่วออกในภายหลัง[13]

การส่องกล้องทางเดินน้ำดี เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อการวินิจฉัยและรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับทางเดินน้ำดี โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีนิ่วขนาดใหญ่ (Large CBD stone) ที่มีขนาดมากกว่า 15 มิลลิเมตร ซึ่งการจัดการกับนิ่วเหล่านี้เป็นเรื่องที่ท้าทาย เนื่องจากอาจไม่สามารถกำจัดนิ่วได้อย่างเต็มที่ในการทำ ERCP ครั้งแรก การวางแผนและกลยุทธ์การรักษาเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์ที่ดีที่สุด หากการส่องกล้องครั้งแรกไม่สามารถกำจัดนิ่วในท่อ

น้ำได้ทั้งหมด แพทย์จะมีแนวทางในการใส่ท่อระบายน้ำดี (Plastic stent) เพื่อให้แน่ใจว่าน้ำดีสามารถไหลผ่านท่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ[13] โดยอาจใช้ท่อระบายน้ำดีเพียงอันเดียวหรือหลายอัน ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยและลักษณะของนิ่ว การใช้ท่อระบายน้ำดีมีบทบาทสำคัญในการลดอาการที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของทางเดินน้ำดี และยังสามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้[14] การนัดหมายสำหรับการทำ ERCP ครั้งที่สองเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เนื่องจากการใส่ท่อระบายน้ำดีอาจช่วยให้การกำจัดนิ่วมีโอกาสสำเร็จมากขึ้นในการทำ ERCP ซ้ำ โดยการปรับปรุงการไหลของน้ำดีช่วยให้การจัดการกับนิ่วมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การจัดการที่เหมาะสมสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาได้ นอกจากนั้น การลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาก็เป็นอีกหนึ่งผลประโยชน์ที่สำคัญ การทำ ERCP น้อยครั้งลงช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเข้ารับการรักษา ทั้งยังช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์และระบบการดูแลสุขภาพโดยรวม การที่ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ามาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้พวกเขามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาเรื่อง เปรียบเทียบผลลัพธ์ในการรักษาด้วยการใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกอันเดียวและหลายอันในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีที่มีนิ่วขนาดใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการทำ ERCP ซ้ำ และความสำเร็จในการกำจัดนิ่วในท่อน้ำดีได้หมดในการส่องกล้องทางเดินน้ำดีครั้งที่สอง ของผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินน้ำดีที่มีนิ่วขนาดใหญ่และได้รับการใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกอันเดียวและหลายอัน

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความสำเร็จในการกำจัดนิ่วในท่อน้ำดีได้หมดในการส่องกล้องทางเดินน้ำดีครั้งที่สอง ของผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินน้ำดีที่มีนิ่วขนาดใหญ่ที่มีการใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกอันเดียวและหลายอัน

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยผลของการรักษา (Therapeutic research) ดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

อาสาสมัครหรือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย

คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคนิ่วในท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้าร่วมศึกษาวิจัย (inclusion criteria) มีดังนี้ 1) เพศชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคนิ่วในท่อน้ำดีขนาดใหญ่ (Common bile duct stones: CBD stones) ทั้งจาก Abdominal ultrasound, CT scan, MRI หรือ Cholangiogram 3) ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของนิ่วมากกว่า 15 มิลลิเมตร 4) ได้รับการรักษาด้วยการทำ ERCP และใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกอันเดียวหรือหลายอัน และ 5) ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและได้ลงนามในเอกสารความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

สำหรับเกณฑ์การถอนอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion Criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการส่องกล้องทางเดินน้ำดี (ERCP) ได้ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคอื่นๆ สำหรับการกำจัดนิ่วในท่อน้ำดี เช่น การผ่าตัดแบบเปิดหรือการใช้เทคโนโลยีอื่นๆ เพื่อจัดการกับนิ่วในท่อน้ำดี 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคดังกล่าวต่อไปนี้ Suppurative cholangitis, periampullary malignancy, cholangiocellular cancer, biliary stricture, sclerosing cholangitis, intraductal papillary neoplasm of bile duct (IPNB), choledochal cyst หรือ Biliary fistula[15-16]

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G

* power กำหนดค่าความเชื่อมั่น (Alpha Level) เท่ากับ 95% หรือ 0.05 ขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้[17] ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ค่าพลังอำนาจทางสถิติ (Power) เท่ากับ 0.95 สัดส่วนการแบ่งกลุ่ม (Allocation Ratio) ซึ่งมี 2 กลุ่มและต้องการให้แต่ละกลุ่มมีขนาดใกล้เคียงกัน ใช้ค่า 1:1 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 300 คน เพื่อป้องกันการถอนตัวจากงานวิจัย (drop out) จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ 360 คน แบ่งเป็นกลุ่ม Single Plastic Stent Placements จำนวน 180 คน และกลุ่ม Multiple Plastic Stent Placements จำนวน 180 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด และสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาจากประชากรทั้งหมดด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส และสิทธิการรักษา

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษา ประกอบด้วย 1) โรคประจำตัว 2) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Bilirubin 3) ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น Abdominal ultrasound, CT scan, MRI หรือ Cholangiogram 4) ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (Hospital stay; day) 5) จำนวน Plastic Stent (Single and Multiple Plastic Stent) 6) ลักษณะทางคลินิก

3. แบบบันทึกความสำเร็จในการกำจัดนิ่วในท่อน้ำดีได้หมดในการส่องกล้องทางเดินน้ำดีครั้งที่สอง เป็นแบบบันทึกที่ใช้เพื่อประเมินความสำเร็จในการกำจัดนิ่วในท่อน้ำดีของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินน้ำดี (ERCP) ครั้งที่สองหลังจากการใส่ท่อระบายน้ำดีชนิดพลาสติกครั้งแรก เนื้อหาของแบบบันทึกถูกออกแบบมาเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับผลลัพธ์การรักษา ประสิทธิภาพของการส่องกล้อง และปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความสำเร็จในการกำจัดนิ่วแบบบันทึกประกอบด้วย ขนาดและจำนวนของนิ่วที่พบในครั้งแรก การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการใส่ท่อระบาย ผลการตรวจทางรังสีหรืออัลตราซาวด์เพื่อยืนยันสถานะของนิ่วหลังจากการส่องกล้องครั้งแรก และผลของการส่องกล้องครั้งที่สอง โดยเน้นการวัดว่าผู้ป่วยสามารถกำจัดนิ่วในท่อน้ำดีได้หมดหรือไม่ในการทำหัตถการครั้งที่สอง ทั้งนี้แบบบันทึกดังกล่าวมีจุดประสงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกอันเดียวกับหลายอัน เพื่อให้สามารถประเมินความแตกต่างของผลลัพธ์ในการรักษาได้อย่างแม่นยำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ผู้วิจัยทำหนังสือส่งถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการวิจัย

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เพศชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคนิ่วในท่อน้ำดีขนาดใหญ่ (Common bile duct stones: CBD stones) ทั้งจาก Abdominal ultrasound, CT scan, MRI หรือ Cholangiogram 3) ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของนิ่วมากกว่า 15 มิลลิเมตร 4) ได้รับการรักษาด้วยการทำ ERCP และใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกอันเดียวหรือหลายอัน และ 5) ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและได้ลงนามในเอกสารความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น กลุ่มที่ได้รับการทำ Single Multiple Plastic Stent Placements และกลุ่มที่ได้รับการทำ Multiple Plastic Stent Placements กลุ่มละ 180 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้าและใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย

4. ดำเนินการบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างย้อนหลัง โดยบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึก ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ใช้ระยะเวลา 10-15

นาที 2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษา ใช้ระยะเวลา 10-15 นาที 3) แบบบันทึกความสำเร็จในการกำจัดนิ่วในท่อน้ำดีได้หมดในการส่องกล้องทางเดินน้ำดีครั้งที่สอง ใช้ระยะเวลา 10-15 นาที และ 4) แบบบันทึกจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการทำ ERCP ซ้ำ ใช้ระยะเวลา 10-15 นาที

5. ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวม สร้างตารางบันทึกข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษา ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ เปรียบเทียบข้อมูลระหว่าง 2 กลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบที ในกรณีที่เป็นข้อมูลเชิงจัดหมวดหมู่ เช่น เพศ สิทธิการรักษา หรือโรคประจำตัว ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความสำเร็จในการกำจัดนิ่วในท่อน้ำดีได้หมดในการส่องกล้องทางเดินน้ำดีครั้งที่สอง และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการทำ ERCP ซ้ำ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทำ Single Multiple Plastic Stent Placements และกลุ่มที่ได้รับการทำ Multiple Plastic Stent Placements ด้วยสถิติที (Independence t-test)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตามเลขที่อนุมัติ HYH EC 088-67-01 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเก็บรักษาความลับของข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัยและการรายงานผล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษา

การศึกษาวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 360 คน แบ่งเป็นกลุ่ม Single Plastic Stent Placements จำนวน 180 คน และกลุ่ม Multiple Plastic Stent Placements จำนวน 180 คน กลุ่ม Single Plastic Stent Placements เป็นเพศชายร้อยละ 50.6 และเพศหญิงร้อยละ 49.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 68.82 ปี (SD = 10.649) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสดร้อยละ 50.6 และมีคู่สมรสร้อยละ 49.4 สิทธิการรักษาที่พบมากที่สุดคือสิทธิประกันสังคมร้อยละ 41.7 รองลงมาคือสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 36.1 สิทธิข้าราชการ/กรมบัญชีกลางร้อยละ 19.4 และชำระเงินเองร้อยละ 2.8 สำหรับโรคประจำตัว พบผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 37.2 และไขมันในเลือดสูงร้อยละ 62.8 ค่าเฉลี่ยของ Bilirubin อยู่ที่ 5.926 (SD = 3.648) ขนาดเฉลี่ยของนิ่วที่ตรวจพบจาก US/CT/MRI เท่ากับ 1.820 เซนติเมตร (SD = 0.223) และมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.06 วัน (SD = 2.340)

กลุ่ม Multiple Plastic Stent Placements เป็นเพศชายร้อยละ 50.0 และเพศหญิงร้อยละ 50.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 68.93 ปี (SD = 10.321) สถานภาพสมรสใกล้เคียงกับกลุ่มแรก โดยโสดร้อยละ 50.0 และมีคู่สมรสร้อยละ 50.0 สิทธิการรักษาที่พบมากที่สุดคือสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 42.8 รองลงมาคือสิทธิประกันสังคมร้อยละ 32.8 สิทธิข้าราชการ/กรมบัญชีกลางร้อยละ 21.7 และชำระเงินเองร้อยละ 2.8 สำหรับโรคประจำตัว พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 32.4 และไขมันในเลือดสูงร้อยละ 67.6 ค่าเฉลี่ยของ Bilirubin เท่ากับ 7.282 (SD = 4.946) ขนาดเฉลี่ยของนิ่ว 2.345 เซนติเมตร (SD = 0.595) และมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 8.00 วัน (SD = 3.549) ดังตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่ม Single Plastic Stent Placements และ Multiple Plastic Stent Placements พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล และโรคประจำตัว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะ

พื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติในด้านค่าผลการตรวจทางคลินิกและการรักษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย Bilirubin ($p < .05$) ขนาดของนิ่วที่ตรวจพบ ($p < .001$) และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ($p < .001$) โดยกลุ่ม Multiple Plastic Stent Placements มีค่า Bilirubin สูงกว่า ขนาดนิ่วใหญ่กว่า และมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลยาวนานกว่ากลุ่ม Single Plastic Stent Placements อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษา (n=360)

ข้อมูลทั่วไป	Single Plastic Stent Placements (n=180)	Multiple Plastic Stent Placements (n=180)	รวม (n=360)	t	*p*- value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ				-.125[c]	.826
ชาย	91 (50.6)	90 (50.0)	181 (50.3)		
หญิง	89 (49.4)	90 (50.0)	179 (49.7)		
อายุ (Mean, SD)	68.82 (10.649)	68.93 (10.321)	68.88 (10.472)	-.086[c]	.914
สถานภาพสมรส				-.106[c]	.926
โสด	91 (50.6)	90 (50.0)	181 (50.3)		
คู่	89 (49.4)	90 (50.0)	179 (49.7)		
สิทธิการรักษาของผู้ป่วย				.408[c]	.624
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	65 (36.1)	77 (42.8)	142 (39.4)		
ประกันสังคม	75 (41.7)	59 (32.8)	134 (37.2)		
ข้าราชการ/กรมบัญชีกลาง	35 (19.4)	39 (21.7)	74 (20.6)		
ชำระเงินเอง	5 (2.8)	5 (2.8)	10 (2.8)		
โรคประจำตัว				-.845[c]	.328
ความดันโลหิตสูง	67 (37.2)	58 (32.4)	125 (34.8)		
ไขมันในเลือดสูง	113 (62.8)	122 (67.6)	235 (65.2)		
ผลการตรวจ Bilirubin (Mean, SD)	5.926 (3.648)	7.282 (4.946)	6.604 (4.393)	-2.960[t]	.003*
ขนาด Stone จากผล US/CT/MRI (Mean, SD)	1.820 (0.223)	2.345 (0.595)	2.082 (0.520)	-11.080[t]	.000**
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (Mean, SD)	6.06 (2.340)	8.00 (3.549)	7.03 (3.155)	-6.120[t]	.000**

หมายเหตุ * = $p<.05$, ** = $p<.001$, c = Chi-square test, t = Independent t-test

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การรักษา

กลุ่ม Single Plastic Stent Placements ผู้ป่วยทั้งหมดในกลุ่มนี้ได้รับการใส่ Stent เพียง 1 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 100 ขนาดเฉลี่ยของนิ่วครั้งแรกก่อนทำ ERCP เท่ากับ 2.067 เซนติเมตร (SD = 0.5214) ผลการกำจัดนิ่ว (Complete stone removal) มีค่าเฉลี่ย 2.60 (SD = 0.737) หลังการรักษาครั้งแรกขนาดเฉลี่ยของนิ่วลดลงเหลือ 1.356 เซนติเมตร (SD = 0.3917) และในการทำครั้งที่สอง ลดลงเหลือ 0.855 เซนติเมตร (SD = 0.356) ส่วนการทำครั้งที่สาม ขนาดเฉลี่ยของนิ่วอยู่ที่ 0.743 เซนติเมตร (SD =

0.112) แสดงให้เห็นแนวโน้มการลดลงของขนาดนิ่วอย่างต่อเนื่องหลังการรักษา

กลุ่ม Multiple Plastic Stent Placements ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนการใส่ Stent แตกต่างกัน โดยร้อยละ 59.4 ได้รับการใส่ 2 ชิ้น ร้อยละ 39.4 ได้รับการใส่ 3 ชิ้น และ ได้รับการใส่ 4 ชิ้น ร้อยละ 1.2 ขนาดเฉลี่ยของนิ่วครั้งแรกก่อนทำ ERCP เท่ากับ 2.099 เซนติเมตร (SD = 0.5232) ผลการกำจัดนิ่ว (Complete stone removal) มีค่าเฉลี่ย 2.69 (SD = 0.711) หลังการรักษาครั้งแรก ขนาดเฉลี่ยของนิ่วลดลงเหลือ 1.378 เซนติเมตร (SD = 0.3972) และในการทำครั้งที่สอง ลดลงเหลือ 0.848 เซนติเมตร (SD = 0.333) ส่วนการทำครั้งที่สาม ขนาดเฉลี่ยของนิ่วอยู่ที่ 0.708 เซนติเมตร (SD = 0.106) แสดงให้เห็นการลดลงของขนาดนิ่วอย่างชัดเจนเช่นเดียวกับกลุ่มแรก

เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างกลุ่ม Single และ Multiple Plastic Stent Placements พบว่า ขนาดของนิ่วก่อนทำ ERCP ค่าเฉลี่ยการกำจัดนิ่ว และขนาดนิ่วหลังการรักษาในแต่ละครั้ง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นจำนวนของ Plastic Stent ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญสูง ($p < .001$) โดยกลุ่ม Single ใช้ Stent เพียง 1 ชิ้น ในขณะที่กลุ่ม Multiple ใช้ Stent มากกว่า 1 ชิ้น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษาระหว่างกลุ่ม Single และ Multiple Plastic Stent Placements (n=360)

ข้อมูลทั่วไป	Single Plastic Stent Placements (n=180)	Multiple Plastic Stent Placements (n=180)	รวม (n=360)	t	*p*- value
	Mean (SD)	Mean (SD)			
จำนวน Plastic Stent (จำนวน/ร้อยละ)				-36.800	.000**
1	180 (100.00)	-	180 (50.0)		
2	-	107 (59.4)	107 (29.7)		
3	-	71 (39.4)	71 (19.7)		
4	-	2 (1.2)	2 (0.6)		
ขนาด Stone size (cm) ครั้งแรกก่อนทำ ERCP	2.067 (.5214)	2.099 (.5232)	2.083 (.5218)	.558	.552
Complete stone removal	2.60 (.737)	2.69 (.711)	2.64 (.725)	-1.164	.245
ขนาด Stone size (cm) หลังทำครั้งที่ 1	1.356 (.3917)	1.378 (.3972)	1.367 (.3941)	-.534	.593
ขนาด Stone size (cm) หลังทำครั้งที่ 2	0.855 (0.356)	0.848 (0.333)	0.851 (0.343)	-.426	.689
ขนาด Stone size (cm) หลังทำครั้งที่ 3	0.743 (0.112)	0.708 (0.106)	0.724 (0.109)	-5.578	.596

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ลักษณะข้อมูลประชากรพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล และโรคประจำตัว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใส่ Single Plastic Stent และ Multiple Plastic Stent ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าทั้งสองกลุ่มมี

ความเทียบเคียงกันได้ (comparability) ในด้านลักษณะทางประชากรและปัจจัยสุขภาพพื้นฐาน ซึ่งมีความสำคัญต่อการตีความผลลัพธ์เชิงคลินิก เนื่องจากสามารถลดอคติ (bias) และเพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิเคราะห์ผลลัพธ์การรักษาได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า ลักษณะประชากรพื้นฐานไม่ได้มีผลต่อประสิทธิผลของการใส่ stent ในการลดขนาดของนิ่วโดยตรง[18-19] กล่าวอีกนัยหนึ่ง การที่กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในเชิงประชากรพื้นฐาน ชี้ให้เห็นว่าความแตกต่างของผลการรักษาที่เกิดขึ้นต่อมาน่าจะเป็นผลมาจากวิธีการรักษาที่แตกต่างกันโดยตรง (single stent เทียบกับ multiple stents) มากกว่าผลกระทบจากปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ

ในด้านผลลัพธ์ทางการรักษา การวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ขนาดของนิ่วทั้งก่อนและหลังการรักษาในแต่ละครั้ง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม Single Plastic Stent และ Multiple Plastic Stent ($p > 0.05$) เช่นเดียวกับผลของ complete stone removal ซึ่งมีความใกล้เคียงกันในทั้งสองกลุ่ม ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ากระบวนการลดขนาดและกำจัดนิ่วสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการใส่ stent เพียงชิ้นเดียวหรือหลายชิ้นก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า ที่แสดงให้เห็นว่าการใส่ plastic stent ชั่วคราวมีบทบาทสำคัญในการลดขนาดของนิ่วขนาดใหญ่หรือนิ่วจำนวนมากให้อยู่ในระดับที่สามารถกำจัดออกได้อย่างสมบูรณ์ด้วยการทำ ERCP[20-21] โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน การเลือกใช้ stent ชั่วคราวเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้สามารถบรรลุผลการรักษาที่เทียบเท่ากับวิธีมาตรฐาน โดยไม่ลดทอนประสิทธิภาพของการรักษาและช่วยลดความเสี่ยงจากการแทรกแซงที่ซับซ้อนเกินความจำเป็น[21]

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในจำนวนของ stent ที่ใช้ระหว่างสองกลุ่ม ($p < 0.001$) โดยกลุ่ม Multiple Plastic Stent มีการใส่ stent ตั้งแต่สองชิ้นขึ้นไป ในขณะที่กลุ่ม Single Plastic Stent ใช้เพียงชิ้นเดียว ความแตกต่างนี้สะท้อนให้เห็นถึงการตัดสินใจทางคลินิกที่ขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วยและคุณสมบัติของนิ่วเป็นสำคัญ กล่าวคือ ผู้ที่มีนิ่วขนาดใหญ่หรือนิ่วหลายก้อนอาจจำเป็นต้องได้รับ stent หลายชิ้นเพื่อเพิ่มแรงกดและแรงเสียดทานต่อผนังนิ่ว ส่งผลให้การสลายตัวของนิ่วเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเชิง meta-analysis ยืนยันว่า การใส่ multiple stents สามารถช่วยลดขนาดและจำนวนของนิ่วลงอย่างมีนัยสำคัญ และเพิ่มโอกาสของการกำจัดนิ่วออกได้สำเร็จในที่สุด[22-24] ดังนั้น แม้ผลลัพธ์สุดท้ายในด้าน complete stone removal จะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม แต่การใช้ multiple stents อาจเป็นทางเลือกเชิงกลยุทธ์ที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีนิ่วขนาดใหญ่หรือซับซ้อน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาและลดโอกาสของการทำหัตถการซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การใส่ stent เพียงชิ้นเดียวสามารถให้ผลลัพธ์ด้านการลดขนาดและการกำจัดนิ่วที่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับการใส่หลายชิ้น ดังนั้น ในผู้ป่วยทั่วไปที่มีนิ่วขนาดไม่ใหญ่มากหรือไม่ซับซ้อน การเลือกใช้ Single Plastic Stent อาจเพียงพอและเหมาะสม ลดความซับซ้อนของหัตถการและค่าใช้จ่ายโดยไม่กระทบต่อผลลัพธ์การรักษา สำหรับผู้ป่วยที่มีนิ่วขนาดใหญ่หรือหลายก้อน งานวิจัยสะท้อนว่า Multiple Plastic Stents อาจมีประโยชน์มากกว่าในการช่วยให้การสลายนิ่วเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและลดความจำเป็นในการทำหัตถการซ้ำ แพทย์จึงควรพิจารณาลักษณะนิ่วและความเสี่ยงของผู้ป่วยร่วมด้วยก่อนเลือกแนวทางการรักษา

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต

ควรมีการติดตามผลในระยะยาว (long-term outcomes) เช่น อัตราการเกิดนิ่วซ้ำ

ภาวะแทรกซ้อนหลังการใส่ stent และความจำเป็นในการทำหัตถการซ้ำ (repeat ERCP) เพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของวิธีการรักษาแต่ละรูปแบบอย่างครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

1. Wu Y, Xu CJ, Xu SF. Advances in Risk Factors for Recurrence of Common Bile Duct Stones. Int J Med Sci. 2021;18(4):1067-74.
2. Deng F, Zhou M, Liu PP, Hong JB, Li GH, Zhou XJ, Chen YX. Causes associated with recurrent choledocholithiasis following therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A large sample sized retrospective study. World J Clin Cases. 2019;7(9):1028-37.
3. Nzenza TC, Al-Habbal Y, Guerra GR, Manolas S, Yong T, McQuillan T. Recurrent common bile duct stones as a late complication of endoscopic sphincterotomy. BMC Gastroenterol. 2018;18(1):39.
4. Oh DJ, Nam JH, Jang DK, Lee JK. Complications of common bile duct stones: A risk factors analysis. Hepatobiliary Pancreat Dis Int. 2021;20(4):361-5.
5. Kim MU, Lee Y, Lee JH, Cho SB, Lee MS, So YH, Choi YH. Predictive factors affecting percutaneous drainage duration in the percutaneous treatment of common bile duct stones. PLoS One. 2021;16(3):e0248003.
6. Ando T, Tsuyuguchi T, Okugawa T, Saito M, Ishihara T, Yamaguchi T, Saisho H. Risk factors for recurrent bile duct stones after endoscopic papillotomy. Gut. 2003;52(1):116-21.
7. Wen N, Wang Y, Cai Y, Nie G, Yang S, Wang S, Xiong X, Li B, Lu J, Cheng N. Risk factors for recurrent common bile duct stones: a systematic review and meta-analysis. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2023;17(9):937-47.
8. Kim DI, Kim MH, Lee SK, Seo DW, Choi WB, Lee SS, Park HJ, Joo YH, Yoo KS, Kim HJ, Min YI. Risk factors for recurrence of primary bile duct stones after endoscopic biliary sphincterotomy. Gastrointest Endosc. 2001;54(1):42-8.
9. Choe JW, Kim SY, Lee DW, Hyun JJ, Ahn KR, Yoon I, Jung SW, Jung YK, Koo JS, Yim HJ, Lee SW. Incidence and risk factors for postoperative common bile duct stones in patients undergoing endoscopic extraction and subsequent cholecystectomy. Gastrointest Endosc. 2021;93(3):608-15.
10. Mohammed N, Pinder M, Harris K, Everett SM. Endoscopic biliary stenting in irretrievable common bile duct stones: stent exchange or expectant management-tertiary-centre experience and systematic review. Frontline Gastroenterol. 2016;7(3):176-86.
11. Lee SJ, Choi IS, Moon JI, Choi YW. Optimal treatment for concomitant gallbladder stones with common bile duct stones and predictors for recurrence of common bile duct stones. Surg Endosc. 2022;36(7):4748-56.
12. Duran A, Çalta AF. Management of difficult bile duct stones with temporary plastic stent and ursodeoxycholic acid treatment: 5 years of experience. Anatolian Current Medical Journal. 2022;4(3):305-10.

ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย

The results of Development of Surveillance and Health Promotion model for Monks by Lifestyle Medicine in Nong khai Province.

(Received: September 23,2025 ; Revised: September 27,2025 ; Accepted: September 29,2025)

ธวัชชัย เหลืองศิริ[1] สิทธิศานติ์ ทรัพย์สิริโสภา[1] ฉัตรฑิวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย์[1] สุธิดา ดวงพุทธา[1]
Tawatchai Luangsiri[1] Sitthisant Sapsirisopa[1] Chattiwat Faimuenwai[1] Suthida Duangputtha[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยและแผนการวิจัยไว้เป็น ๓ ระยะ โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในจังหวัดหนองคาย 3) เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตในจังหวัดหนองคาย ดำเนินการในพระสงฆ์ทุกรูปที่พำนักในวัดทุกแห่ง ในจังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-กรกฎาคม 2568 การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าน้อยสุด และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์

ผลการวิจัยพบว่า 1) พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคายมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยพฤติกรรมด้านการแปรงฟัน การนอนหลับ การฉันน้ำเปล่า และการดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม มีค่าเฉลี่ยดีขึ้นจากก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P value < 0.05 ส่วนพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การดื่มเครื่องดื่มประเภทชา/กาแฟ การฉันผักและผลไม้สด และการสูบบุหรี่หรือยาเส้น ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) พระสงฆ์มีภาวะซึมเศร้าดีขึ้นในทุกประเด็นและเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยแบบ 2 คำถาม (2Q) พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าดีขึ้นจากก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P value < 0.05 ทั้ง 2 ประเด็น ได้แก่ รู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง และประเด็นรู้สึก เบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน 3) น้ำหนักตัว ปริมาณน้ำตาลในเลือด (เจาะที่ปลายนิ้ว) ค่าความดันโลหิต หลังการดำเนินการมีค่าเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P value < 0.05 สำหรับส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) และการมีโรคประจำตัวพบว่าไม่แตกต่างจากก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์, เวชศาสตร์วิถีชีวิต

Abstract

The study titled *"Outcomes of Developing a Surveillance and Health Promotion Model for Buddhist Monks Using Lifestyle Medicine in Nong Khai Province"* employed action research consisting of three phases. The objectives were: (1) to examine the situation and problems in surveillance and health promotion for Buddhist monks in Nong Khai Province; (2) to develop a surveillance and health promotion model for Buddhist monks using lifestyle medicine; and (3) to compare outcomes before and after the implementation of the model. The study was conducted with all monks residing in every temple in Nong Khai Province between February and July 2025. Data collection tools included the *Desirable Health Behavior Questionnaire for Monks*

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

(Department of Health, 2025), the *Depression Screening Questionnaire (2Q)* (Department of Mental Health, 2022), and individual monk health surveillance and promotion records. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum) and inferential statistics (Paired t-test) to compare monks' health behaviors.

The results revealed that: (1) desirable health behaviors of monks improved in all aspects. Specifically, behaviors related to tooth brushing, sleeping, drinking plain water, and consumption of carbonated beverages significantly improved after the intervention at the 0.05 level of statistical significance. However, behaviors concerning physical activity, consumption of energy drinks, tea/coffee, fresh fruits and vegetables, and smoking showed no statistically significant differences; (2) depressive symptoms among monks improved in all aspects. A comparison of mean depression scores using the 2Q tool before and after implementation showed statistically significant improvement at the 0.05 level in both indicators: feeling down, depressed, or hopeless, and lack of interest or pleasure in activities; (3) body weight, blood sugar level (finger-prick), and blood pressure improved significantly after the intervention at the 0.05 level, while height, body mass index (BMI), and prevalence of chronic diseases showed no significant differences.

Keywords: Model Development, Surveillance and Health Promotion of Buddhist Monks, Lifestyle Medicine

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทยที่มีผลกระทบมาจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความผกผันของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม สามารถเกิดขึ้นได้กับประชากรทุกคนรวมทั้งในพระสงฆ์ด้วย ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพระสงฆ์มีแนวโน้มมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น จากการสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ในช่วง ๒๐ ปีที่ผ่านมา คือ พ.ศ. 2549 พบว่ามีพระสงฆ์ที่มีสุขภาพดีร้อยละ 60.3 แต่ในปี พ.ศ. 2559 มีพระสงฆ์ที่มีสุขภาพดีลดลงเหลือร้อยละ 52.3 และในปี พ.ศ. 2560 มีพระสงฆ์อาพาธที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ด้วยโรคไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม ส่วนโรคที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่คือโรคต้อกระจก ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ท้องร่วง และเบาหวาน ส่วนข้อมูลทางสุขภาพของพระสงฆ์ในต่างจังหวัด จากการสำรวจข้อมูลพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่ามีพระสงฆ์เข้ารับการรักษาด้วยโรคเบาหวานมากที่สุด รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง[1] จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยของพระสงฆ์เป็นการเจ็บป่วยที่มีองค์ประกอบหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลาย ๆ องค์ประกอบรวมกันอันได้แก่ การดูแลสุขอนามัยด้านโภชนาการ การจัดการกับความเครียด บุหรี่ และการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกาย รวมทั้งลักษณะวิถีชีวิตหรือพื้นที่ที่พระสงฆ์จำพรรษาอยู่ เป็นต้น ซึ่งถ้าวิเคราะห์แล้วจะพบว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส การเจ็บป่วยนี้ยังมีผลกระทบต่อการปฏิบัติศาสนกิจของพระสงฆ์ด้วยซึ่งมีโอกาสที่จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของพระพุทธศาสนาได้ ในอนาคตข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ในปีพุทธศักราช 2566 จากรายงานข้อมูลโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ พบว่า พระสงฆ์-สามเณรอาพาธมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความผิดปกติของฟันและโครงสร้างการติดเชื้อทางเดินหายใจ และเนื้อเยื่อผิดปกติ โดยสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่มาจากปัญหาการบริโภคไม่ถูกหลักโภชนาการ อีกทั้งพระสงฆ์ไม่

สามารถเลือกฉันอาหารเองได้ ต้องฉันอาหารตามที่ฆราวาสใส่บาตร หรือนำอาหารมาถวาย ประกอบกับสถานภาพของพระภิกษุไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้พระสงฆ์และวัดมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพเป็นศูนย์กลางสุขภาพชุมชนและจัดสภาพแวดล้อมที่ดีให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ[2]

จากข้อมูลการดำเนินงานในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่า ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๘ (ประกอบด้วยจังหวัดอุดรธานี จังหวัดสกลนคร จังหวัดนครพนม จังหวัดเลย จังหวัดหนองคาย จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัด บึงกาฬ) พบว่า 5 อันดับแรกของโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1.โรคเบาหวาน 2.โรคความดันโลหิตสูง 3. โรคหัวใจและหลอดเลือด 4.โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Stroke) และ 5.โรคไตวายเรื้อรัง โดยพบว่ามีพระสงฆ์จำนวนมากที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง บางรูปถูกตัดนิ้วเท้าทั้งสองข้างจากอาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่มาจากปัญหาการบริโภคไม่ถูกหลักโภชนาการ อีกทั้งพระภิกษุไม่สามารถเลือกฉันอาหารเองได้ ต้องฉันอาหารตามที่ฆราวาสใส่บาตรหรือเอาอาหารมาถวายประกอบกับสถานภาพของพระไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค[3]

เวชศาสตร์วิถีวิถีชีวิต (Lifestyle Medicine: LM) ประกอบไปด้วยข้อพึงปฏิบัติอยู่ 6 เสาหลัก (Six Pillars) ได้แก่ การบูรณาการแนวทางเวชศาสตร์ปฏิบัติด้านวิถีชีวิตเข้ากับหลักการของการแพทย์ปัจจุบัน ซึ่งการบูรณาการนี้ มีจุดมุ่งหมายที่เน้นให้แต่ละบุคคลมุ่งและตั้งใจปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ทำให้สุขภาวะของแต่ละคนอยู่อย่างยาวนาน (Healthy Aging) และในกรณีที่เป็นโรคอยู่แล้วก็สามารถ ใช้เป็นแนวทางเสริมในการบำบัดรักษาได้ แนวทางนี้เริ่มใช้มากขึ้นและมีการบูรณาการในปี ค.ศ. 2007 โดยให้คำจำกัดความของเวชศาสตร์วิถีชีวิตว่าเป็น “การประยุกต์ ใช้หลักการด้านสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมศาสตร์การแพทย์และแรงจูงใจที่แต่ละคนต้องปฏิบัติในการจัดการปัญหาสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตในระดับคลินิกหรือคงความมีสุขภาวะให้ ยืนยาวในคนที่ปราศจากโรค”[4]

จังหวัดหนองคาย เป็นจังหวัดหนึ่งที่ประชาชนนับถือศาสนาพุทธเป็นจำนวนมาก จังหวัดหนองคายประกอบด้วย 9 อำเภอ มีวัดจำนวน 572 แห่ง มีพระสงฆ์สังกัดมหานิกาย จำนวน 2,217 รูป สังกัดธรรมยุติ จำนวน 518 รูป รวมทั้งสิ้น 2,735 รูป จากข้อมูลของกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายพบว่า ในปีงบประมาณ 2567 มีพระสงฆ์ในจังหวัดหนองคายที่มีอาการอาพาธและเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 54.17 โดยส่วนใหญ่เป็นการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มอาการที่เข้ารับบริการมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและที่เกี่ยวเนื่อง จะเห็นได้ว่าพระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย เป็นประชากรที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันและลดปัญหาจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข[5]

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นพุทธมามกะที่เลื่อมใสในพุทธศาสนาเห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ตามหลัก 4 พระธรรมวินัย ที่เอื้อต่อสุขบัญญัติตามธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ขอ ๗ ที่กล่าวไว้ว่า พระสงฆพึงมีความรอบรูดานสุขภาพ การดูแลตนเองทั้งเรื่องอาหาร การรักษาสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย สภาพแวดลอม และการพักผ่อนอย่างเหมาะสม การฝึกฝนพัฒนาจิตและปัญญาเพื่อให้มีความพรอมต่อการทำหน้าที่ในฐานะผู้สืบทอดและเผยแผ่พระพุทธศาสนาได้อย่างเต็มที่ ขอ ๘ พระสงฆพึงดูแลสุขภาวะอุปัชฌาย์ อาจารย์และ

สหธรรมิกในขณะอาพาธ ด้วยการรักษาพยาบาล การดูแลอาหาร สภาพแวดล้อม และการพักผ่อนอย่างเหมาะสม เป็นต้น ดังนั้นจึงเห็นสมควรทำการวิจัยเรื่อง ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย (The results of Development of Surveillance and Health Promotion model for Monks by Lifestyle Medicine in Nong Khai Province) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ และเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในจังหวัดหนองคาย อันจะเป็นการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในจังหวัดหนองคาย
3. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในจังหวัดหนองคาย

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่องผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยและแผนการวิจัยไว้เป็น ๓ ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1

เป็นการศึกษาข้อมูล การเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล เพื่อเป็นฐานข้อมูลก่อนการพัฒนารูปแบบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ประชากรในการวิจัยระยะที่ 1 เป็นพระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย ทุกรูป จำนวน ๑,๙๗๒ รูป

1.2 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นผู้ที่ยินดีร่วมการศึกษาวิจัย และเป็นผู้ที่สามารถร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ครบถ้วนตามที่กำหนด

1.3 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) เป็นผู้ที่ไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ไม่สามารถร่วมการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตาม

1.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการศึกษารวบรวมเอกสารและข้อมูลการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 รวมทั้งทบทวนเอกสารวิชาการ ผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนระบบการจัดให้บริการด้านสาธารณสุขในประชากรกลุ่มพระสงฆ์

1.5 ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินการในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

การวิจัยระยะที่ 2

เป็นการร่างรูปแบบและตรวจสอบความเหมาะสม การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย โดยการสนทนากลุ่ม

2.1 ประชากรในการวิจัยระยะที่ 2 ได้แก่ ผู้แทนคณะสงฆ์จังหวัดหนองคาย จำนวน 5 รูป บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 5 คน ผู้แทนส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน และ

ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข/ Care Giver/ นักบริบาลท้องถิ่น จำนวน 5 คน รวม 20 คน

2.2 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และสามารถร่วมการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

2.3 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) เป็นผู้ที่ไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ไม่สามารถร่วมการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

2.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการสนทนากลุ่มเพื่อร่างรูปแบบและตรวจสอบความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ จังหวัดหนองคาย โดยผู้มีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้อง

2.5 ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินการในระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

การวิจัยระยะที่ 3

เป็นการทดลองใช้และประเมินเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในจังหวัดหนองคาย โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ (กรมอนามัย, ๒๕๖8) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๕) และแบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ประชากรในการวิจัยระยะที่ 3 เป็นพระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย ทุกรูป จำนวน ๑,๙๗๒ รูป

3.2 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นผู้ที่ยินดีร่วมการศึกษาวิจัย และเป็นผู้ที่สามารถร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ครบถ้วนตามที่กำหนด

3.3 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) เป็นผู้ที่ไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ไม่สามารถร่วมการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตาม

3.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการทดลองใช้และประเมินเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย

3.5 ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินการในระหว่างเดือนมีนาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์
จำนวน 7 ข้อ (รวม 9 ข้อย่อย)

2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย

2.1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ประกอบด้วย ๒ ข้อคำถาม

2.2) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ประกอบด้วย ๙ ข้อคำถาม

2.3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ประกอบด้วย ๘ ข้อคำถาม

3) แบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของพระสงฆ์ เพื่อใช้ประกอบกับแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ประกอบด้วยข้อมูล อายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) โรคประจำตัว ผลการประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยบุคลากรสาธารณสุขผู้ทำการตรวจ/ประเมิน เป็นผู้บันทึกข้อมูล

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ด้วยการหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย Rovinelli, & Hambleton[6] โดยเป็นการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาว่ามีความสอดคล้องกับชื่อเรื่องการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย

คำถามการวิจัย กรอบแนวคิดในการวิจัย นิยามศัพท์และวิธีดำเนินการวิจัย หรือไม่ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พบว่าทุกข้อคำถาม ได้คะแนน ร้อยละ ๘๐.๐๐ ขึ้นไป ซึ่งเป็นไปตามค่าที่ยอมรับได้ตามค่าการอ้างอิง

การทดสอบความน่าเชื่อถือ **(Reliability Test)** ของแบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล โดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยดำเนินการในพระสงฆ์ จำนวน 30 รูป ในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ กำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป[7] จากการทดสอบพบว่า แบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.87 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ตามที่กำหนดไว้

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่อง ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย รหัส COA No. NKPH11 ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

ผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1

พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการไม่สูบ/เลิกสูบบุหรี่หรือยาเส้น มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 79.61 รองลงมามีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการแปรงฟัน ร้อยละ 77.33 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ที่จำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนมากที่สุด คือ พฤติกรรมการฉันเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม ที่พบว่ามีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 42.49

ผู้วิจัยสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี ประกอบด้วย 4 พฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการฉันเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม พฤติกรรมการฉันเครื่องดื่มประเภทชา/กาแฟ พฤติกรรมการฉันผักและผลไม้สด พฤติกรรมการฉันน้ำเปล่า ตามลำดับ ทั้งนั้นเนื่องจากพระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีค่าคะแนนพฤติกรรมที่พึงประสงค์น้อยกว่า ร้อยละ 50 ใน 4 พฤติกรรมดังกล่าว

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 2 คำถาม (2Q) ทำให้ทราบว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคายมีความรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง จำนวน 14 รูป คิดเป็นร้อยละ 0.71 และยังพบว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีความรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน จำนวน 21 รูป คิดเป็นร้อยละ 1.06 โดยมีจำนวนพระสงฆ์ที่ต้องทำการคัดกรองต่อไปด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 9 คำถาม (9Q) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 8 คำถาม (8Q) จำนวน 28 รูป

ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 9 คำถาม (9Q) ผู้วิจัยพบว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา พระสงฆ์จำนวน 28 รูป มีอาการเหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรงเป็นบางวัน (1-7 วัน) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.14 รองลงมาพบว่ามีความรู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวังเป็นบางวัน (1-7 วัน) ร้อยละ 78.57 ทั้งนี้ ร้อยละ 100 ไม่คิดจะทำร้ายตนเองและเมื่อนำผลจากการคัดกรองมาแปลผลเพื่อจำแนกระดับภาวะซึมเศร้าพบว่า ร้อยละ 78.57 ของพระสงฆ์ 28 รูป ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก และพบว่า มี

เพียง ร้อยละ 21.43 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 8 คำถาม (8Q) ในพระสงฆ์ทั้ง 28 รูป พบว่าร้อยละ 100 ไม่คิดอยากตาย ไม่อยากทำร้ายตัวเอง ไม่คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ไม่มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย ไม่ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย ไม่ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บและไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย และเมื่อนำผลการคัดกรองไปจำแนกกลุ่ม พบว่าร้อยละ 100 ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน

ผู้วิจัยสรุปได้ว่า พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย ร้อยละ 100 ไม่คิดอยากตาย ไม่อยากทำร้ายตัวเอง ไม่คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ไม่มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย ไม่ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย ไม่ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บและไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย และร้อยละ 100 ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน มีพระสงฆ์เพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 1.06) ที่พบว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีความรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินและมีเพียงร้อยละ 0.71 ที่มีความรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ผลจากการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.92 มีอายุอยู่ในระหว่าง 35-59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 53.18 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.87 ปี พระสงฆ์ร้อยละ 53.45 มีน้ำหนักระหว่าง 45-69 กิโลกรัม โดยมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 67.78 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.62 กิโลกรัม พระสงฆ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 48.63 มีส่วนสูงระหว่าง 150-164 เซนติเมตร โดยมีส่วนสูงเฉลี่ย 162.08 เซนติเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.64 เซนติเมตร เมื่อนำน้ำหนักตัวและส่วนสูง มาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.04 มีดัชนีมวลกายอยู่ในค่าปกติ เมื่อพิจารณาโรคประจำตัวของพระสงฆ์พบว่า มีโรคประจำตัว ร้อยละ 20.99 โดยส่วนใหญ่อาพาธด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 24.00 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.79 และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 19.93 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า พระสงฆ์ร้อยละ 20.44 มีปริมาณน้ำตาลในเลือด (เจาะที่ปลายนิ้ว) ตั้งแต่ 100 มก./ดล. ขึ้นไป ในขณะอดอาหารเมื่อตรวจวัดความดันโลหิต พบว่า ร้อยละ 24.39 ของพระสงฆ์ มีระดับความดันโลหิตในระดับเสี่ยงขึ้นไป

ผู้วิจัยสรุปได้ว่า พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลด้วยหลักการเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเด็นดังต่อไปนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันโลหิต ภาวะไขมันในเลือดสูง ปริมาณน้ำตาลในเลือดสูง ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2

การร่างรูปแบบและตรวจสอบความเหมาะสมการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย โดยการสนทนากลุ่ม ผู้ร่วมการสนทนากลุ่มประกอบด้วย ผู้แทนคณะสงฆ์จังหวัดหนองคาย จำนวน 5 รูป บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 5 คน ผู้แทนส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน และผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข/Care Giver/นักบริบาลท้องถิ่น จำนวน 5 คน รวม 20 คน

โดยใช้แบบบันทึกผลการสนทนากลุ่ม เพื่อใช้ในการบันทึกข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนข้อวิพากษ์ของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อจัดทำร่างรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์และแบบตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ โดยมีลักษณะเป็นมาตราส่วนเพื่อให้คะแนน ซึ่งกำหนดค่าคะแนนเป็นช่วง 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยได้นำ

ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาทำการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานครบถ้วนทุกด้าน

ผู้วิจัยจึงได้สรุปผลการศึกษาในรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย ที่ได้จากการสนทนากลุ่มและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีครอบคลุมในประเด็นการเฝ้าระวังสุขภาพด้วยการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นและการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า การแจ้งผลการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การนัดหมายและช่องทางรับการตรวจวินิจฉัยและรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในทุกมิติ การให้บริการคำปรึกษาและข้อแนะนำทางการแพทย์และสาธารณสุข การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแด่พระสงฆ์ที่อาพาธที่วัด/ศาสนสถาน และการเยี่ยม/ติดตามพระสงฆ์ที่อาพาธ

สรุปผลการวิจัยระยะที่ 3

การทดลองใช้และประเมินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการ เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในจังหวัดหนองคาย โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล โดยสรุปผลการวิจัยดังนี้

หลังจากการนำรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในจังหวัดหนองคายที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ผู้วิจัยพบว่า พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีพฤติกรรมการแปรงฟัน 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและก่อนนอนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.10 รองลงมามีการแปรงฟันทุกครั้งหลังฉันอาหารและก่อนนอน ร้อยละ 24.24 โดยมีการมีพฤติกรรมการแปรงฟัน 1 ครั้งต่อวัน น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 18.66

หลังจากการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน พบว่า พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีพฤติกรรมการนอนหลับ (วันละ 6-8 ชั่วโมง) จำนวน 6-7 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.38 รองลงมามีการนอนหลับ (วันละ 6-8 ชั่วโมง) จำนวน 4-5 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 21.35 และมีการนอนหลับ (วันละ 6-8 ชั่วโมง) จำนวน 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 5.27 ตามลำดับ

ด้านการมีกิจกรรมทางกายของพระสงฆ์ (เช่น การเดิน/บิณฑบาต/กวาดลานวัด/ทำสวน ฯลฯ) จนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ อย่างน้อยวันละ 30 นาที พบว่าส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที ตั้งแต่ 5 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.58 รองลงมามีกิจกรรมทางกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที แต่ไม่ถึง 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 19.98 และไม่มีกิจกรรมทางกายหรือมีไม่ถึงวันละ 30 นาที น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 6.44

พฤติกรรมการฉันน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว (น้ำ 1 แก้ว เท่ากับ 200 มิลลิลิตร) พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีการฉันน้ำได้ 8 แก้ว ทุกวัน/เกือบทุกวัน (6 - 7 วันต่อสัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 66.02 รองลงมามีการฉันน้ำได้ 8 แก้ว เป็นบางวัน (3 - 5 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 28.75 และฉันไม่ได้หรือฉันไม่ถึง 8 แก้วต่อวัน (0 - 2 วันต่อสัปดาห์) น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.22 ตามลำดับ

จากข้อมูลพบว่า พระสงฆ์มีการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง (ปริมาณ 100 - 150 มิลลิลิตร/ขวด/วัน) 1-3 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.73 รองลงมาดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง 4-5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 28.30 และ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง 6-7 วันต่อสัปดาห์น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.98

ผู้วิจัยพบว่า พระสงฆ์มีการดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา/กาแฟ (ปริมาณ 200 มิลลิลิตร/ถ้วย/วัน) จำนวน 1-3 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.03 รองลงมาดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา/กาแฟ

6-7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 23.99 โดยพบว่ามีพระสงฆ์ร้อยละ 19.68 ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มประเภทชา/กาแฟ

สำหรับ เครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม (ปริมาณ 250 มิลลิลิตร/ขวด/วัน) พบว่ามากที่สุดมีการดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม จำนวน 1-3 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 39.71 รองลงมามีการดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม จำนวน 4-5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 30.12 โดยพบว่ามีพระสงฆ์ร้อยละ 18.61 ที่ไม่ดื่มน้ำอัดลม

ผู้วิจัยพบว่า พระสงฆ์มีการฉันผักและผลไม้สด (ปริมาณ 400 กรัม หรือ 5 กำมือต่อวัน) เป็นประจำเกือบทุกวัน/ทุกวัน (6 - 7 วันต่อสัปดาห์) เป็นส่วนใหญ่ โดยคิดเป็นร้อยละ 50.05 รองลงมา พบว่า ฉันผักและผลไม้สดเป็นบางวัน (3 - 5 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 44.17 และพบว่าไม่ฉันหรือฉันแต่ไม่ถึง 400 กรัม หรือ 5 กำมือต่อวัน (0 - 2 วันต่อสัปดาห์) น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.78 ตามลำดับ

จากข้อมูลผู้วิจัยพบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.58 มีประวัติเคยสูบบุหรี่หรือยาเส้นแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว รองลงมาพบว่าไม่เคยสูบ ร้อยละ 23.02 และร้อยละ 17.39 ยังสูบจนถึงปัจจุบัน

เมื่อนำข้อมูลมาสรุปเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพในการไม่สูบ/เลิกสูบบุหรี่หรือยาเส้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.61 รองลงมามีพฤติกรรมการแปรงฟันที่พึงประสงค์ ร้อยละ 81.34 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนมากที่สุด คือ พฤติกรรมการฉันฉันผักและผลไม้สด ร้อยละ 50.05

ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ภายหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นในทุกด้าน ผลการวิจัยยังพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ด้านการแปรงฟัน การนอนหลับ การฉันน้ำเปล่าและการดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม มีค่าเฉลี่ยดีขึ้นจากก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P value < 0.05 ส่วนพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การดื่มเครื่องดื่มประเภทชา/กาแฟ การฉันผักและผลไม้สด และการสูบบุหรี่หรือยาเส้น ไม่มีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 2 คำถาม (2Q) ทำให้ทราบว่าใน 2 สัปดาห์ก่อนหน้านี้ พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีความรู้สึกหดหู่ เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวัง จำนวน 4 รูป คิดเป็นร้อยละ 0.20 นอกจากนี้ยังพบว่าใน 2 สัปดาห์ก่อนหน้านี้ พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย รู้สึก เบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน จำนวน 5 รูป คิดเป็นร้อยละ 0.25 โดยมีจำนวนพระสงฆ์ที่ต้องทำการคัดกรองต่อไปด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 9 คำถาม (9Q) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 8 คำถาม (8Q) จำนวน 8 รูป

จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 9 คำถาม (9Q) ผู้วิจัยพบว่าในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนหน้านี้พระสงฆ์ จำนวน 8 รูป มีอาการหลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไปเป็นบางวัน (1-7 วัน) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 ซึ่งมีสัดส่วนเท่ากับการมีอาการเหนื่อยง่ายหรือ ไม่ค่อยมีแรงเป็นบางวัน (1-7 วัน) รองลงมาพบว่า มีเบื่ออาหารหรือกินมากเกินไปเป็นบางวัน (1-7 วัน) ร้อยละ 37.50 ทั้งนี้ร้อยละ 100 ไม่คิดจะทำร้ายตนเอง และเมื่อนำผลจากการคัดกรองมาแปลผลเพื่อจำแนกระดับภาวะซึมเศร้าพบว่า ร้อยละ 100 ของพระสงฆ์ 8 รูป ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

ข้อมูลจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 8 คำถาม (8Q) ในพระสงฆ์ทั้ง 8 รูป พบว่า ร้อยละ 100 ไม่คิดอยากตาย ไม่อยากทำร้ายตัวเอง ไม่คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัว

ตาย ไม่มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย ไม่ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย ไม่ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บและไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายและเมื่อนำผลการคัดกรองไปจำแนกกลุ่ม พบว่าร้อยละ 100 ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน

ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ภายหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคายมีภาวะซึมเศร้าดีขึ้นในทุกประเด็นและเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยแบบ 2 คำถาม (2Q) ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าดีขึ้นจากก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P value < 0.05 ทั้ง 2 ประเด็น ได้แก่ รู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง และประเด็นรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน

จากการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล ผู้วิจัยพบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน พระสงฆ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.48 มีอายุอยู่ในระหว่าง 35-59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 53.22 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.88 ปี พระสงฆ์ร้อยละ 54.51 มีน้ำหนักระหว่าง 45-69 กิโลกรัม โดยมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 67.69 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.58 กิโลกรัม พระสงฆ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.63 มีส่วนสูงระหว่าง 150-164 เซนติเมตร โดยมีส่วนสูงเฉลี่ย 162.08 เซนติเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.64 เซนติเมตร เมื่อนำน้ำหนักตัวและส่วนสูง มาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.83 มีดัชนีมวลกายอยู่ในค่าปกติ เมื่อพิจารณาโรคประจำตัวของพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์มีโรคประจำตัว ร้อยละ 20.99 โดยส่วนใหญ่อาพาธด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 24.00 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.79 และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 19.93 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า พระสงฆ์ร้อยละ 19.12 มีปริมาณน้ำตาลในเลือด (เจาะที่ปลายนิ้ว) ตั้งแต่ 100 มก./ดล. ขึ้นไป ในขณะอดอาหารเมื่อตรวจวัดความดันโลหิต พบว่าร้อยละ 22.01 ของพระสงฆ์ มีระดับความดันโลหิตในระดับเสี่ยงขึ้นไป

ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ภายหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคายสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น ผู้วิจัยพบว่า น้ำหนักตัว ปริมาณน้ำตาลในเลือด (เจาะที่ปลายนิ้ว) ค่าความดันโลหิต หลังการดำเนินการมีค่าเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P value < 0.05 สำหรับส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) และการมีโรคประจำตัว พบว่าไม่แตกต่างจากก่อนดำเนินการ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องจึงจะเห็นผล (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมี, 2562)

สรุปและอภิปรายผล

จากการนำการตามรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในจังหวัดหนองคายที่ได้รับการพัฒนาขึ้น พบว่าพระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นในทุกด้าน พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ด้านการแปรงฟัน การนอนหลับ การฉันน้ำเปล่า และการดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม มีค่าเฉลี่ยดีขึ้นจากก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P value < 0.05 ส่วนพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การดื่มเครื่องดื่มประเภทชา/กาแฟ การฉันผักและผลไม้สด และการสูบบุหรี่หรือยาเส้นไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันดำเนินการเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในพระสงฆ์ ซึ่งสอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๖๐[8] และมติมหาเถรสมาคม ครั้งที่ ๗/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ มติที่ ๑๙๑/๒๕๖๐ เรื่องการดำเนินงาน

พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะที่กำหนดให้ดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ และมีผลเทียบเคียงได้กับการศึกษาของ สุพัฒตรา สังข์กร[9] ที่สรุปผลการศึกษาไว้ว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-59 ปี ร้อยละ 65.2 และอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34.8 พบว่าเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ ร้อยละ 53.2 ค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 31.8 รองลงมาอ้วน ร้อยละ 24.5 น้ำหนักเกิน ร้อยละ 23.2 อ้วนมาก ร้อยละ 11.5 และส่วนใหญ่พระสงฆ์จำวัด 1-5 พรรษา ร้อยละ 40.0

ภายหลังการดำเนินงานตามรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย มีภาวะซึมเศร้าดีขึ้นในทุกประเด็นและเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยแบบ 2 คำถาม (2Q) ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าดีขึ้นจากก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P value < 0.05 ทั้ง 2 ประเด็น ได้แก่ รู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง และประเด็นรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาและแนวคิดหลักของธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ การมีสุขภาวะที่ดีของพระสงฆ์นั้นควรจะดีพร้อมทั้ง ๔ มิติ คือ สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางปัญญาอย่างเป็นรูปธรรมตามหลักสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัฒน์ ชัยวรรณ์[10] ที่พบว่ามีพระสงฆ์เพียงส่วนน้อย คือ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ที่ประสบปัญหาสุขภาวะทางจิต คือรู้สึกว่ามีอาการวิตกกังวลนอนไม่หลับ รู้สึกว่ามีอาการเจ็บป่วยทางกาย และรู้สึกว่ามีความบกพร่องทางสังคม ตามลำดับ

ภายหลังการดำเนินการตามรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตพระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น ผู้วิจัยพบว่า น้ำหนักตัว ปริมาณน้ำตาลในเลือด (เจาะที่ปลายนิ้ว) ค่าความดันโลหิต หลังการดำเนินการมีค่าเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ P value < 0.05 สำหรับส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) และการมีโรคประจำตัวพบว่าไม่แตกต่างจากก่อนดำเนินการ ประเด็นดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ พระกิตติญาณ เมธี (สมเกียรติ รามัญวงศ์)[11] ที่ได้ทำวิจัยเรื่องการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดลพบุรี ซึ่งพบว่าพระสงฆ์ในจังหวัดลพบุรี ขาดความคล่องตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ขาดการดูแลต่อเนื่องและเยี่ยมติดตาม ขาดกิจกรรมรณรงค์การให้ความรู้ เพื่อลดละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงร่วมกันระหว่างวัดและหน่วยงาน องค์กรและประชาชนในชุมชน ขาดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนและพระสงฆ์ในการบริโภคอาหารที่จากหน่วยงานเกี่ยวข้อง โดยอาจใช้การสื่อสารความเสี่ยงมาช่วยในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ตามการศึกษาของ กีรติภัทท์ ยอดจันทร์ และวิรัติ วิโรจโน[12] ที่ทำการวิจัยเรื่องรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ในพระภิกษุสงฆ์ จังหวัดพิจิตรและผลการศึกษาพบว่า ๑) รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนทั่วไป ๒) ปัจจัยที่ทำให้การสื่อสารความเสี่ยงไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ได้แก่ 1.ผู้ทำหน้าที่ในการสื่อสารความเสี่ยง 2.พระภิกษุสงฆ์เมื่อเกิดอาพาธ ๓) พระภิกษุสงฆ์ต้องการรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงให้ครอบคลุมถึงระเบียบวิธีปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนาและรัฐธรรมนูญพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 การดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย ชุมชนและสังคม กับการดูแลอุปัฏฐากพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย 3 ประเด็น คือ (1) หลักพระธรรมวินัยกับการดูแลสุขภาพ (2) การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลพระสงฆ์

ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (3) พระคิลานุปัฏฐากมีศักยภาพในการสร้างการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายพระสงฆ์แกนนำในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ มีความรู้ มีทัศนคติและมีทักษะในการส่งเสริมสุขภาพดูแลพระสงฆ์ สามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลพระสงฆ์ได้อย่างถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัยและถูกต้องตามหลักวิชาการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องจึงจะเห็นผล[13]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 หน่วยงานด้านการกำหนดนโยบาย ควรให้ความสำคัญและกำหนดนโยบายเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

1.2 หน่วยบริการสาธารณสุข หน่วยงาน/องค์กรส่งเสริมพระพุทธศาสนาและพระสงฆ์ ควรมีการ เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยถือปฏิบัติเป็นงานประจำและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 หน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานด้านศาสนาและองค์กรเกี่ยวกับพระสงฆ์ ควรมีความร่วมมือในการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ร่วมกันโดยนำหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาเป็นแนวทางในการดำเนินงาน

2.2 ควรกำหนดให้การเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ เป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปถือปฏิบัติ

2.3 กระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรพิจารณาให้การสนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ให้กับหน่วยบริการทุกระดับอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อให้หน่วยบริการสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์) ควรดำเนินการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ ด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจในพระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

3.1 เพื่อทำให้มีความครอบคลุมนักบวชในทุกศาสนา การวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาดำเนินการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมนักบวชในทุกศาสนา

3.2 เนื่องจากผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร ดังนั้น หากมีทรัพยากรและเวลาเพียงพอ การวิจัยครั้งต่อไปควรดำเนินการในระยะเวลาที่นานขึ้น

3.3 เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกอย่างแท้จริง ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาสาเหตุแห่งพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดหนองคายอีกทางหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ที่ปรึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชลการ ทรงศรี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย นายแพทย์ณรงค์ จันทร์แก้ว นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและการสนับสนุนการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

ขอกราบขอบพระคุณพระเทพวชิรคุณ เจ้าอาวาสวัดโพธิ์ชัยพระอารามหลวง เจ้าคณะจังหวัดหนองคาย พระสงฆ์ทุกรูปที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

นี้ ด้วยความเมตตา กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ อันเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. ปิติณัช ราชภักดี และคณะ, 2561. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี.ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2561.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, รายงานประจำปี 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2568]; เข้าถึงได้จาก: https://www.priest-hospital.go.th/report/reportYear.
3.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [ออนไลน์], แหล่งที่มา: https://www.thaihealth.or.th/?p=234209 [1 กรกฎาคม 2568]
4. อมร ลีลารัศมี, เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine: LM). [ออนไลน์], แหล่งที่มา: https://tmc.or.th/pdf/att-dn-236.pdf [20 กุมภาพันธ์ 2568].
5. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ. (2567). รายงานข้อมูลพระสงฆ์จังหวัดหนองคาย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
6. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Tijdschrift voor Onderwijsresearch, 2(2), 49-60.
7. Cronbach, L. J. (1970). Essentials of psychological test (5th ed.). New York : Harper Collins.
8. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560. ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆแห่งชาติ พุทธศักราช 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท โอ. เอส. พริ้นติ้ง เฮาส จำกัด.
9. สุพัฒตรา สังข์กร, 2568. สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ เขตสุขภาพที่ 6.
10. สุพัฒน์ ชัยวรรณ์, 2565. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาวะของพระสงฆ์ ในพื้นที่จังหวัดนครปฐม (DEVELOPMENT OF HEALTH CARE MONKS IN NAKHON PATHOM PROVINCE) ดุษฎีนิพนธ์ หลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
11. พระกิตติญาณ เมธี (สมเกียรติ รามัญวงศ์), 2561. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดลพบุรี", วารสารรัชต์ภาคย์, ปีที่ 12 ฉบับที่ 25 (มกราคม-เมษายน 2561)
12. กีรติภัทท์ ยอดจันทร์ และ วิรัติ วิโรจโน, 2562. รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ในพระภิกษุสงฆ์ จังหวัดพิจิตร. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาขอนแก่น. ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 ประจาเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562.
13. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมี, 2562. พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนเสริมชนิดอัตราการไหลสูง ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลสระบุรี

Predicting factor related to positive outcome of using HFNC in pediatric patients admitted to Saraburi Hospital.

(Received: August 15,2025 ; Revised: September 15,2025 ; Accepted: September 16,2025)

วิไลวรรณ แสงธรรม[1] โสภา เกิดพิทักษ์[2]
Wilaiwan Sangthum[1] Sopa Kerdpitak[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราความสำเร็จของการรักษาด้วย HHHFNC ในผู้ป่วยเด็กและตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การวินิจฉัยโรค ค่าคะแนน Respiratory failure score (RS) และอัตราการเต้นของหัวใจกับความสำเร็จในการใช้ HHHFNC เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Retrospective Cohort โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึง 15 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วย HHHFNC ณ โรงพยาบาลสระบุรี ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา t-test และ Multivariable risk (Binary) Regression analysis

ผลการศึกษาพบว่า จากผู้ป่วยจำนวน 112 ราย มีอัตราความสำเร็จของการรักษาด้วย HHHFNC ร้อยละ 72.32 และพบว่าการที่ค่าคะแนน RS ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป หลังเริ่มใช้ HHHFNC ที่นาทีที่ 60 สามารถทำนายความสำเร็จของการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted risk ratio -2.59, 95%CI 0.22–0.81, p = 0.010)

คำสำคัญ: เครื่องให้ออกซิเจนเสริมชนิดอัตราการไหลสูง, ความสำเร็จในการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนเสริมชนิดอัตราการไหลสูง

Abstract

This study was survey research aimed to determine the success rate of HHHFNC treatment in pediatric patients and to examine the associations between age, diagnosis, respiratory failure score (RS), and heart rate with treatment success. A retrospective cohort study was conducted at Saraburi Hospital using data from medical records of pediatric patients aged 1 month to 15 years who received HHHFNC. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, and multivariable risk (binary) regression analysis.

Among 112 pediatric patients, the success rate of HHHFNC treatment was 72.32%. A decrease in RS of at least 2 points at 60 minutes after initiating HHHFNC was found to be a statistically significant predictor of treatment success (Adjusted Risk Ratio -2.59, 95% CI 0.22–0.81, p = 0.010).

Key words: Heat Humidified High Flow Nasal Canular (HHHFNC), Successfulness in treatment using HHHFNC

บทนำ

เครื่องให้ออกซิเจนเสริมชนิดอัตราการไหลสูง (Heat humidified high flow nasal canular; HHHFNC) เป็นการรักษาทางเลือกใหม่ ในผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาของระบบหายใจ ถึงแม้ว่าการรักษาเดิมในผู้ป่วย กลุ่มนี้จะได้รับการรักษาด้วย การใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่เครื่อง ช่วย

[1] อาจารย์ประจำหลักสูตร ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา
[2] พยม. (การพยาบาลเด็ก) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสระบุรี

หายใจร้อยละ 20-64 ของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต[1]

หลักฐานงานวิจัยในผู้ป่วยเด็กที่ใช้ HHHFNC มีค่าใช้จ่ายในการรักษาถูกกว่าใส่เครื่องช่วยหายใจ และลดจำนวนวันที่เข้ารับการรักษา เนื่องจากเป็นแนวทางรักษาทางเลือกใหม่ ซึ่งผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับการหายใจได้ง่ายกว่าและไม่ต้านเครื่อง เนื่องจาก การรักษาด้วย HHHFNC เป็นวิธีการใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ออกซิเจนเสริมในทางเดินหายใจชนิดเดิม อย่างไรก็ตามการรักษาด้วย HHHFNC ยังด้อยประสิทธิภาพกว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด Noninvasive mechanical ventilator ดังนั้นการให้รักษาด้วย HHHFNC ควรอยู่ภายใต้การดูแลและติดตามอาการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ[2,3]

โรงพยาบาลสระบุรีเริ่มมีการนำ HHHFNC มาใช้ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2560 เริ่มใช้ในผู้ป่วยหลังถอดท่อช่วยหายใจ และต่อมานำมาใช้เพื่อลดการใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากการใช้ที่ไม่ซับซ้อน และสามารถช่วยลดการทำงานของระบบหายใจ เพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ สามารถทำให้เกิดความดันบวกในช่วงหายใจออก[4,5,6] และสามารถนำมาเป็นทางเลือก เพื่อส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซหลังจากการรักษาด้วยการใช้ ออกซิเจน Canular และออกซิเจน Mask แล้วไม่ได้ผล[7,8] โดยประสิทธิภาพในใช้ HHHFNC ได้จากการประเมิน Pulse oxygen saturation FiO2, อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ รวมทั้งอาการหายใจลำบาก[9] รวมทั้งยังพบการรายงานปัญหาความล่าช้าของการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งมักมีผลการรักษาที่ไม่ดีตามมา[10]

จากงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศตุรกี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการใช้ HHHFNC ในผู้ป่วยเด็ก คือ อายุ การวินิจฉัยโรค ค่าคะแนน Respiratory failure score และ ค่า SpO2/FiO2[10] จากความแตกต่างของแนวปฏิบัติ และเกณฑ์ในการพิจารณาความสำเร็จในการใช้ HHHFNC ในผู้ป่วยเด็ก ทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษามาปรับใช้ในประเทศไทยได้ และเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับอัตราความสำเร็จในการใช้ HHHFNC ในผู้ป่วยเด็กในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการรักษาด้วยการใช้ HHHFNC ในผู้ป่วยเด็ก ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาภาวะหายใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ HHHFNC เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมิน และติดตาม และวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใช้ HHHFNC เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากความล่าช้าในการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราความสำเร็จในการรักษาด้วย HHHFNC ในผู้ป่วยเด็ก และความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การวินิจฉัยโรค ค่าคะแนน Respiratory failure score (RS) และอัตราการเต้นของหัวใจ กับความสำเร็จในการใช้ HHHFNC ในผู้ป่วยเด็ก

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ แบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study)

สถานที่ศึกษา โรงพยาบาลสระบุรี

กลุ่มประชากรศึกษา ผู้ป่วยอายุ 1 เดือน ถึง 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักนานมากกว่า 24 ชั่วโมง และได้รับการรักษาด้วยHHHFNC ในเดือน มีนาคม ถึง สิงหาคม 2561

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ ได้แก่ มีข้อมูลเกี่ยวกับการสั่งการรักษาในภาวะ Hypotension เช่น ให้สารน้ำมากกว่า 40 ml /kg ด้วย isotonic

intravenous fluid ใน 1 ชั่วโมง หรือ มีการสั่งให้ vasoactive drug เพื่อรักษาระดับ blood pressure

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะลมรั่วในเยื้อหุ้มปอดและไม่ได้รับการระบายลม

3. ผู้ป่วยมีคะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) ไม่มากกว่า 8 คะแนน

4. Post extubation

การเก็บข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ น้ำหนัก อายุ และ ของผู้ป่วยเด็ก ข้อมูลด้านการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ใช้ HHHFNC จำนวนวันที่เข้ารักษาในห้องผู้ป่วยหนัก และการเกิดภาวะ Nasal mucosal injury หลังใช้ HHHFNC ข้อมูลด้านอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการทางคลินิกก่อนใช้ HHHFNC HR และ RFS อาการทางคลินิก ณ. นาทีที่ 30 ของการใช้ HHHFNC RFS และ HR อาการทางคลินิก ณ. นาทีที่ 60 ของการใช้ HHHFNC RFS และ HR โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ลงบันทึกในแบบรวบรวมข้อมูล

2. ประเมินความสำเร็จในการใช้ HHHFNC โดยผู้ป่วยที่สำเร็จ คือผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจชนิด Noninvasive mechanical ventilator หรือ ไม่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดชนิด Invasive mechanical ventilator ตั้งแต่ 30 นาที จนถึง 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเริ่มใช้ HHHFNC

คำจำกัดความ

ความสำเร็จในการใช้ HHHFNC หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจชนิด Noninvasive mechanical ventilator หรือ ไม่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจชนิด Invasive mechanical ventilator ตั้งแต่ 30 นาที จนถึง 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเริ่มใช้ HHHFNC

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษาของผู้ป่วยเด็ก ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความต่างของลักษณะพื้นฐานตัวแปรเชิงเดี่ยว ด้วยสถิติ t-test

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ด้วยสถิติ multivariable risk (binary) regression analysis

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ทำการศึกษานำร่องในเด็ก สัดส่วนของ อายุที่มีผลต่อความสำเร็จและความเหลวล้มในการใช้ HHHFNC 1 ต่อ 1 ทดสอบสมมุติฐาน 2 ทาง โดยกำหนด power 80% ความคลาดเคลื่อนที่ 0.05

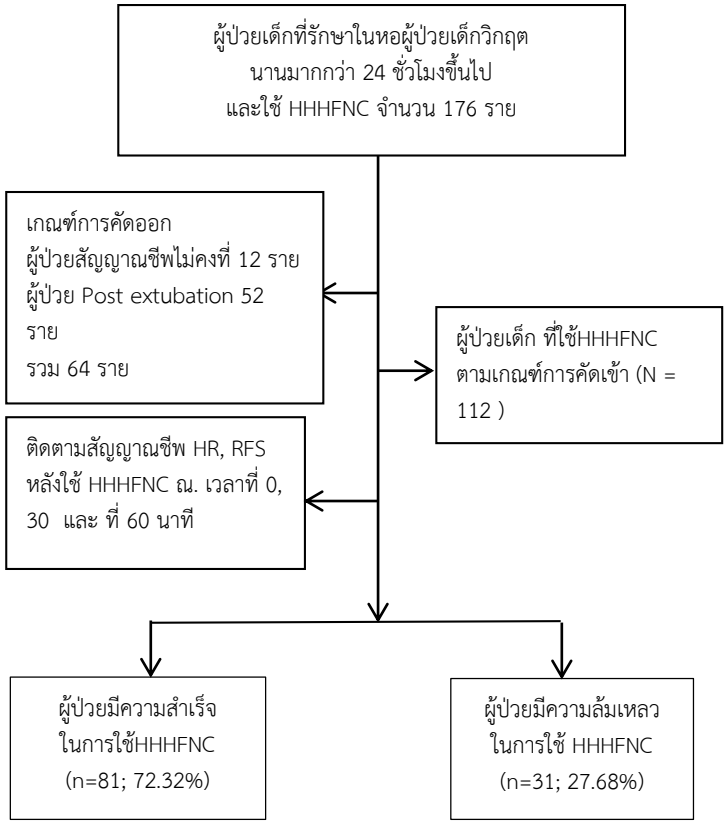
ตัวอย่างที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มาจากปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับความสำเร็จและความเหลวล้มในการใช้ HHHFNC คือปัจจัย ด้านอายุ ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย HHHFNC ในโรงพยาบาลสระบุรี ปี 2559 พบร้อยละ 15.1 และในปี 2560 พบร้อยละ 7.0 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 112 ราย

จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูลและผ่านการพิจารณาจริยธรรมโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสระบุรี รหัส EC163/02/2018 ลงวันที่ 9 พฤษภาคม 2561 เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยโดยความสมัครใจ และการเสนอข้อมูลในภาพรวมจะไม่มีการอ้างอิงที่สืบค้นไปยังกลุ่มตัวอย่างได้

ผลการวิจัย

ในช่วงเดือน มีนาคม ถึง สิงหาคม 2561 รวมระยะเวลา 6 เดือน ทั้งหมด 176 ราย คัดออกจากการศึกษา 64 รายเนื่องจาก ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ และ มีการใช้ HHHFNC หลังจากการถอดท่อช่วยหายใจ 52 ราย คงมีผู้ป่วยเด็กจำนวนทั้งหมด 112 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 68 ราย (ร้อยละ 60.71) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 8 เดือน มีน้ำหนัก ประมาณ 8 กิโลกรัม โรคหลักส่วนใหญ่ที่เป็นคือ Pneumonia (ร้อยละ 92.86) และโรค หลักที่พบรองลงมา คือ Bronchitis (ร้อยละ 4.46) มีภาวะแทรกซ้อน คือ Nasal mucosal injury มากถึงร้อยละ 54.46



ภาพประกอบที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาด้วย HHHFNC ในโรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 สิงหาคม 2561

กลุ่มที่มีความสำเร็จในการใช้ HHHFNC 81 ราย (ร้อยละ 72.32) และกลุ่มที่มีความล้มเหลวในการใช้ HHHFNC 31 ราย (ร้อยละ 27.68) (ตารางที่ 1) และจากการประเมินและติดตามอาการแสดงทางคลินิก หลังการใช้ HHHFNC ณ นาทีที่ 30 และ 60 พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดซึ่งสามารถทำให้อธิบายได้ว่าอาการแสดงเช่น คะแนน RFS และอัตราการเต้นของหัวใจ

HHHFNC ณ นาทีที่ 60 มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 2) ผลการเปรียบเทียบผลความสำเร็จของการรักษา ณ. เวลาที่ 30 และ 60 นาทีและพบว่าคะแนน RS ที่ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนน หลังการรักษาด้วย HHHFNC 60 นาที เป็นปัจจัยเดียวที่ HHHFNC

(p =0.010) จากการใช้การวิเคราะห์ Logistic analysis พบว่าค่าคะแนน RS ที่ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนนที่นาทีที่ 60 เป็นค่าเดียวที่สามารถทำนายผลสำเร็จของการใช้ HHHFNC ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted risk ratio -2.59, 95% CI 0.227-0.815, p = 0.010) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาด้วย HHHFNC

ข้อมูลทั่วไป (median/interquartile or n, %)	**สำเร็จ, n = 81 (72.32%)**	**ไม่สำเร็จ, n = 31 (27.68%)**	**P value (95%CI)**
เพศ (ชาย)	44 (54.32)	24 (77.42)	
อายุ (เดือน)	8 (3.5-23)	8 (4-24)	0.55 (-7.82-14.72)
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	8.2 (5.1- 11.6)	8.5 (5.5 - 13)	0.84 (-2.72-2.21)
โรค			0.673 (0.585-2.291)
Pneumonia	75 (92.59)	29 (93.55)	
Bronchiolitis	4 (4.94)	1 (3.23)	
อื่นๆ CHF Post operation	 0 2 (3.23)	 1 (2.47) 0	
Complication			
Nasal obstruction	34 (41.98)	17 (54.46)	
No nasal obstruction	47 (58.02)	14 (45.16)	
Pneumothorax	0	0	
Respiratory failure score (RFS) ก่อนใช้ HHHFNC	6 (5-6)	6 (5-6)	0.76 (0.34-0.46)
Heart rate ก่อนใช้ HHHFNC	160 (146-169)	158 (141-172)	0.50 (-13.51-6.66)

ตารางที่ 2 แสดงอาการทางคลินิกหลังให้การรักษาด้วย HHHFNC

อาการทางคลินิก	**ก่อนใช้ HHHFNC**	**หลังใช้ HHHFNC 30 นาที**	**หลังใช้ HHHFNC 60 นาที**
RS	6 (5-6)	5 (4-6)	4 (4-5)
HR	160 (144-170)	150134-161	136 124-155

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการใช้ HHHFNC

ปัจจัยที่ศึกษา (median/ Interquartile range or n, %)	**ความสำเร็จในการใช้ HHHFNC**		Adjusted risk difference	95% Confident interval	P*
	สำเร็จ n=81, (72.32%)	**ล้มเหลว,n=-31 (27.68%)**			
อายุ (เดือน)	8 (3.5-23)	8 (4-24)	- 0.66	.974 - 1.013	0.511

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการใช้ HHHFNC

ปัจจัยที่ศึกษา (median/ Interquartile range or n, %)	ความสำเร็จในการใช้ HHHFNC		Adjusted risk difference	95% Confident interval	P*
	สำเร็จ n=81, (72.32%)	ล้มเหลว,n=-31 (27.68%)			
เพศ (ชาย)	44 (54.32)	24 (77.42)	0.29	0.661 - 1.746	0.771
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	8.2 (5.1- 11.6)	8.5 (5.5 - 13)	0.71	0.944 - 1.131	0.477
โรค					
Pneumonia	75 (92.59)	29 (93.55)	0.58	0.452 - 4.329	0.561
Bronchiolitis	4 (4.94)	1 (3.23)	0.15	0.230 - 5.538	0.879
คะแนน RFS ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนนหลังใช้ HHHFNC ณ นาทีที่ 30	5 (4-6)	5 (4-6)	0.77	0.749 - 1.939	0.443
คะแนน RFS ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนนหลังใช้HHHFNC ณ นาทีที่ 60	4 (4-4)	5 (4-6)	-2.59	0.227 - 0.815	0.010
อัตราการเต้นของหัวใจลดลงร้อยละ20หลังใช้ HHHFNC ณ นาทีที่ 30	150 (138-160)	150 (130-166)	0.59	0.986 - 1.027	0.558
อัตราการเต้นของหัวใจลดลงร้อยละ20 หลังใช้ HHHFNC ณ นาทีที่ 60	134 (124- 152)	152 (123-171)	-1.07	0.969 - 1.009	0.283

*P value โดย Risk regression analysis, แปลผลโดยควบคุมปัจจัยลักษณะทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศน้ำหนัก และโรคหลัก ,** Missing data= 0

สรุปและอภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเด็กที่ใช้ HHHFNC ในการศึกษานี้ทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะข้อมูล ทั่วไปที่ใกล้เคียง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอัตราความสำเร็จจากการรักษาด้วยการใช้ HHHFNC ในโรงพยาบาลสระบุรีส่วนใหญ่ มีการวินิจฉัยโรคหลัก คือ pneumonia (ร้อยละ 92.86) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา 7,11,12 ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่ คือ Nasal mucosal injury (ร้อยละ 54.46) และอารียา ดีสมโชค (2559)13 ซึ่งพบการบาดเจ็บของจมูกในวันแรกของการใช้ HHHFNC ร้อยละ 93.3 นอกจากนั้นยังพบว่าการใช้ออกซิเจนเสริม ชนิดอัตราการไหลสูงในผู้ป่วยเด็กค่าคะแนน RS ที่ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนนหลังการใช้ HHHFNC ณ นาทีที่ 60 สามารถทำนาย

ความสำเร็จของการใช้ เครื่อง HHHFNC สอดคล้องการศึกษาของแตกต่างจากการศึกษาของ Can F K, และคณะ (2017)10 ที่พบว่าค่าคะแนน RS ที่ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนน หลังการใช้ HHHFNC ณ นาทีที่ 30

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น เพื่อประเมินความสัมพันธ์ของค่า SpO2/FiO2 อัตราการเต้นของหัวใจลดลงร้อยละ 20 หลังใช้ HHHFNC ณ นาทีที่ 30 และ 60 นาที และแยกการวิเคราะห์แยกโดยการแบ่งตามช่วงอายุ

2. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าคะแนน RS ที่ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนน หลังการใช้ HHHFNC ณ นาทีที่ 60 สามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมิน และติดตามอาการ รวมทั้งเป็นข้อมูลในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคระบบหายใจ จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใช้ HHHFNC และลดภาวะแทรกซ้อนจากความล่าช้าในการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณ ศ.ดร.นพ. ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พญ. พรมนัส พันธุ์สุจริตไทย พญ. พัชรี ด้วงทอง โรงพยาบาลสระบุรี และคณะกรรมการพัฒนาระบบการวิจัยที่ให้คำแนะนำในการเขียนโครงร่างงานวิจัยและคำแนะนำการวิเคราะห์ทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Farias JA, Frutos F, Esteban A, Casado Flores J, Retta A, Baltodano A, et al.(2004). What is the daily practice of mechanical ventilation in pediatric intensive care units: A multicenter study. Neonatal and Pediatric Intensive Care. 2004;30:918-25.
2. Teague WG.(2003). Non-invasive ventilation in the pediatric intensive care unit for children with acute respiratory failure. Pediatr Pulmonol. 2003;35(6):418-26.
3. Garpestad E, Brennan J, Hill NS.(2009). Non-invasive ventilation for critical care. Chest. 2007;132(2):711-20.
4. Dysart K, Miller TL, Wolfson MR, Shaffer TH.(2009). Research in high flow therapy: mechanisms of action. Respir Med. 2009;103(10):1400-5.
5. Frizzola M, Miller TL, Rodriguez ME, Zhu Y, Rojas J, Hesek A, et al.(2011). High-flow nasal cannula: impact on oxygenation and ventilation in an acute lung model. Pediatr Pulmonol. 2011;46(1):67-74.
6. Pham TM, O'Malley L, Mayfield S, Martin S, Schibler A.(2015). The effect of high flow nasal cannula therapy on the work of breathing in infants with bronchiolitis. Pediatr Pulmonol. 2015;50(7):713-20.
7. Schibler A, Pham TM, Dunster KR, Foster K, Barlow A, Gibbons K, et al.(2011). Reduced intubation rates for infants after introduction of high-flow nasal prong oxygen delivery. Intensive Care Med. 2011;37(5):847-52.
8. Wing R, James C, Maranda LS, Armsby CC.(2012). Use of high-flow nasal cannula support in the emergency department reduces the need for intubation in pediatric acute respiratory insufficiency. Pediatr Emerg Care. 2012;28(11):1117-23.
9. Pilar J, Lopez Y, Morteruel E.(2015). High flow oxygen therapy and continuous positive airway pressure. In: Medina A, Pons-Odena M, Martinon-Torres F, editors. Noninvasive Ventilation in Pediatrics. 3rd ed. Madrid: Ergon; 2015. p. 53-60.

10. Can FK, Anil MB, Zengin N, Durak F, Alparslan C.(2017). Predictive factor for the outcome of high flow nasal cannula therapy in a pediatric intensive care unit: Is the SpO2/FiO2ratio useful? J Crit Care. 2017;16(7):1-9.
11. Morris JV, Kapetanstrataki M, Parslow RC, Davis PJ, Ramnarayan P.(2019). Patterns of use of heated humidified high-flow nasal cannula therapy in PICUs in the United Kingdom and Republic of Ireland. Pediatr Crit Care Med. 2019;20(3):223-32.
12. Can FK, Anil AB, Anil M, Zengin N, Bal A, et al.(2017). Impact of high-flow nasal cannula therapy in quality improvement and clinical outcomes in a non-invasive ventilation pediatric intensive care unit. Pediatr Pulmonol. 2017;54:835-40.
13. Syananondh K, Deesomchok A.(2016). Comparison of heated humidified high flow nasal cannula (HHHFNC) and nasal continuous positive airway pressure (NCPAP) for postextubation respiratory care in preterm infants. J Med Assoc Thai. 2016;33(2):156-67.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง: กรณีศึกษา 2 ราย

Palliative Care for lung cancer patients: Case study 2 Cases.

(Received: August 21,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 27,2025)

ณัฐพัฒฐ์ วิมลจิตร[1]
Nutthaphut Wimonjit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง: กรณีศึกษา 2 ราย ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายที่มีการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 2 ราย โดย คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งปัญหาสุขภาพองค์รวม เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประเมินผู้ป่วยโดยการใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 วินิจฉัย CA Lung with metastasis with Palliative care Left pleural effusion with Anemia with anemia symptoms with Diabetes mellitus type 2 with Simple Hyperglycemia กรณีศึกษารายที่ 2 วินิจฉัย CA Lung with metastasis with Palliative care with Pneumonia with Diabetes mellitus type 2 with Simple Hyperglycemia ผลการศึกษา พบว่า ก่อนจำหน่าย รายที่ 1 ประเมิน PPS 30% ญาติขอเช่า O_2 ไฟฟ้า จัดส่งข้อมูลและประสานการดูแลต่อเนื่องส่ง HHC ให้ รพ.สต. ติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ไม่มีนัดตรวจติดตาม รายที่ 2 ประเมิน PPS 60% ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้บ้าง เช่นการรับประทานอาหารเอง เดินเข้าห้องน้ำโดยญาติพยุง ตัวโรครุนแรง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ไม่มีนัดตรวจติดตาม ทั้ง 2 ราย ให้คำแนะนำหากมีอาการรบกวนต่าง ๆ เช่น อาการปวดมากขึ้น หอบเหนื่อย หอบมาก รับประทานอาหารไม่ได้ สามารถมาโรงพยาบาลได้ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีระยะเวลานอนโรงพยาบาล เป็นเวลา 5 วัน

คำสำคัญ: มะเร็งปอด กระบวนการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

Abstract

This case study aimed to compare palliative care for patients with terminal lung cancer: a case study of two patients admitted to the special ward at Phon Hospital, Khon Kaen Province. The study included two patients with terminal lung cancer receiving palliative care. Patients with complex health problems were selected, including comprehensive medical records. Data were collected through observation, patient and family interviews, and patient assessments using the nursing process. The results revealed that case study 1 was diagnosed with CA lung metastasis with palliative care, left pleural effusion with anemia, anemia symptoms, type 2 diabetes mellitus, and simple hyperglycemia. Case study 2 was diagnosed with CA lung metastasis with palliative care, pneumonia, type 2 diabetes mellitus, and simple hyperglycemia.

The results revealed that case study 1 had a PPS of 30% before discharge. A relative requested to rent an O2 generator. Information was provided and ongoing care coordination was coordinated. The patient was transferred to the HHC at the subdistrict health promotion hospital for follow-up visits. The physician then cleared him to discharge. In the second case, PPS was assessed at 60%. The patient was able to perform some activities, such as eating independently and going to the bathroom with support from a family member. Due to the severe disease, the doctor allowed him to discharge. No follow-up appointments were scheduled for both cases. Advice was given for any disturbing symptoms, such as increased pain, dyspnea, severe shortness of breath, or inability to eat. He was able to come to the hospital. Both cases had admitted for 5 days.

Keywords: lung cancer, nursing process, palliative care

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

มะเร็งปอดเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ในประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ1-2 บทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญในการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประครอง อย่างมีประสิทธิภาพ และได้มาตฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมทุกมิติในการดูแล[1]

โรงพยาบาลพล ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย พบว่ามีผู้ป่วยประคับประคองกลุ่มโรคมะเร็งร้อยละ 37.70 โรคมะเร็งที่พบบ่อยได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม มะเร็งกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยประคับประคองกลุ่มโรคไม่ใช่มะเร็งที่เข้าสู่ระยะท้ายหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาพบร้อยละ 62.30 ผู้ป่วยมะเร็งปอด ระหว่างปี 2563-2567 มีจำนวน 194 ราย, 182 ราย, 292 ราย, 353 ราย และ 485 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้าเกณฑ์ Palliative Care จำนวน 11 ราย, 9 ราย, 17 ราย, 20 ราย และ 18 ราย ตามลำดับ และเป็นมะเร็งปอดที่เสียชีวิต 5 ราย,3 ราย, 7 ราย, 8 ราย และ 7 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาการที่พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่ 3 อันดับ คือ 1) อาการปวด (Pain) มีอาการปวดระดับรุนแรง Pain score > 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 52.78, 49.57, 48.53, 59.32 และ 52 ตามลำดับ 2) อาการเหนื่อยล้า (Fatigues) คิดเป็นร้อยละ 86.72, 72.30, 58.44, 74.44 และ 89 ตามลำดับ 3) อาการหายใจลำบาก ภาวะหายใจลำบาก (Dyspnea) คิดเป็นร้อยละ 80.07, 89.32, 77.26, 92.23 และ 94.10 ตามลำดับ[2] โดยส่วนใหญ่ผู้ระยะท้ายมีอาการไม่สุขสบายทางกายที่พบบ่อยได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก หอบเหนื่อย นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านจิตใจ สังคมและความต้องการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ[3]

ผู้ศึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ในการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตลอดระยะเวลาที่เหลืออยู่ ซึ่งผู้ป่วยต้องการการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย และญาติในการเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย ทีมพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเยียวยาจิตใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อลดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย บรรเทาอาการหรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากพยาธิสภาพของโรคที่ลุกลาม และเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะการดำเนินของโรค จนถึงในระยะสุดท้าย พยาบาลจึงให้ความสำคัญและเน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 ราย กรณีศึกษานี้จะมีส่วนช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดในระยะท้ายได้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคองจำนวน 2 ราย

2..เพื่อพัฒนากระบวนการแนวทางการการพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการพยาบาลและดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายที่มีการดูแลแบบประคับประคองย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้ายที่มีการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 2 ราย โดย คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งปัญหาสุขภาพองค์รวม ที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลพล

3. ขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นรายกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา

รวบรวมประวัติการเจ็บป่วย มีการประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินการปรับตัวของญาติ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนการให้การพยาบาล โดยใช้องค์ความรู้ตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาลของวัตสัน4 ขออนุมัติหัวหน้าพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย

4. ศึกษาเอกสาร ค้นคว้าจากตำรา งานวิชาการ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน วิเคราะห์ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

6. สรุปผลการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report[5] โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการพยาบาล พร้องทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาโดยจะไม่มีผลต่อการรับการรักษาใดๆ การนำเสนอผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญ : เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม ซีด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง **ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :** 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม ไม่มีไข้ ไอแห้ง ๆ ญาติจึงพามาโรงพยาบาล **ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :** มะเร็งปอด รักษาที่ รพ.ขอนแก่น แบบประคับประคอง เบาหวาน รับการรักษาที่โรงพยาบาลพล รับประทานยาสม่ำเสมอ **ประวัติการใช้ยาและสิ่งเสพติด :** ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา	**อาการสำคัญ :** หายใจเหนื่อยหอบ ใจสั่น นอนราบไม่ได้ ไอ มีเสมหะเป็นมา 1 สัปดาห์ **ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :** 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไอบ่อยครั้ง มีเสมหะสีเหลือง หายในเหนื่อยหอบ ต้องลุกมานั่งหายใจในเวลากลางคืน นอนหนุนหมอน 2 ใบ นอนราบไม่ได้ ร่วมกับมีอาการใจสั่น ไม่เจ็บหน้าอก ญาติจึงพามาโรงพยาบาล **ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต :** มะเร็งปอด รักษาที่ รพ.ขอนแก่น แบบประคับประคอง เบาหวาน รับการรักษาที่โรงพยาบาลพล รับประทานยาสม่ำเสมอ **ประวัติการใช้ยาและสิ่งเสพติด :** ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

2. เปรียบเทียบการรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์ข้อมูล
ชายไทย อายุ 57 ปี มาด้วยอาการ เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม ซีด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ญาติจึงพามาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : มะเร็งปอด รักษาที่ รพ.ขอนแก่น แบบประคับประคอง เบาหวาน รับการรักษาที่โรงพยาบาลพล รับประทานยาสม่ำเสมอผู้ป่วยซึม ถามตอบช้า GCS E4V4M6, pupil 3 mm RTLBE อุณหภูมิ 36.9℃ ชีพจร 134 ครั้ง/นาที หายใจ 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/74 mmHg O_2 saturation 97% (O_2 mask with bag 10 LPM) ประเมิน Pain score ≥ 7 คะแนน ประเมิน PPS 30 % ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วย PC ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ตัวโรค	ชายไทย อายุ 65 ปี มาด้วยอาการ หายใจเหนื่อยหอบ ใจสั่น นอนราบไม่ได้ เป็นมา 1 สัปดาห์ แรกรับที่ ER GCS E4V5M6 อุณหภูมิ 36.8 ℃, ชีพจร 118 ครั้ง/นาที, หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/80 mmHg, เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม O_2 saturation 97% on O_2 canular 3 LPM PPS 30% สามารถทำกิจกรรมได้บ้าง เช่น การทานอาหารเอง เดินเข้าห้องน้ำโดยญาติพยุง ตัวโรคเริ่มรุนแรง โรคประจำตัว DM, HT ประเมิน Pain Score 5 คะแนน, ประเมิน Pain เป็นระยะ Pain score 5 คะแนน คะแนน Palliative Performance Scale	รายที่ 1 มีปัญหาดังนี้ 1.มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) กินได้น้อย 2.หายใจเหนื่อยหอบ ให้ O2 mask with bag 10 LPM 3.ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย 4.แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการติดเชื้อที่ปอด 5.ลุกลามแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง 6.มีภาวะกรดจากการเผาผลาญ 7)มีภาวะซีด ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาดังนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์ข้อมูล
รุนแรง ประเมิน Pain score 8 คะแนน คะแนน Palliative Performance Scale (PPSv2) PPS 30% บรรเทาปวดดูแลให้ MO 3 mg. IV, MO 10 mg sc drip in 24 hr. กินได้น้อย 2-3 คำ เบื่ออาหาร นอนซึม เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 cc IV 80 cc/hr. ผล CXR massive pleural effusion lung แพทย์ได้ pleural Tapping ได้รับ PRC blood gr. B Rh positive จำนวน 7-unit วันที่ 2 มกราคม 2568 ล่าสุด Hct 29 % ดูแลให้ได้รับยา Lasix 40 mg. IV, CPM 1 amp ก่อนให้ PRC ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV OD, DTX stat 386 mg% ดูแลให้ได้รับ RI 10 unit sc stat และติดตามผล DTX ต่อเนื่อง	(PPSv2) PPS 60% บรรเทาปวดดูแลให้ MO 2.5 mg po prn q 4 – 6 hr., Lorazepam (1) 1 tab SL prn for dyspnea กินอาหารได้น้อย ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 cc IV 80 cc/hr., CXR massive no pleural effusion lung, Lung: Clear both lung ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV OD, FBS 130 mg% ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาและติดตามผล DTX ต่อเนื่อง	1.มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) กินได้น้อย 2.หายใจเหนื่อยหอบ ให้ O2 canular 3 LPM 3.ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย 4.แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการติดเชื้อที่ปอด 5. ลุกลามแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง 6)มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

3. เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามหลักของกระบวนการพยาบาล

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ข้อที่เหมือนกันคือ 1) ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดจากการลุกลามของมะเร็ง 2) หายใจเหนื่อยหอบ จากการติดเชื้อที่ปอด 3) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย 4) แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปอดมีการลุกลามแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง และ 5) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) จากการรวบรวมข้อมูลข้างต้น นำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ตรงตามเป้าหมาย

4. เปรียบเทียบการวางแผนการพยาบาลตามหลักของกระบวนการพยาบาล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวางแผนการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ	เป้าหมาย	การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การจัดการความปวด	เพื่อลดอาการปวด	ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ pain score ดูแลให้ MO 3 mg iv Mo 30 mg Subcutaneous in 24 hr.	ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ pain score ดูแลให้ MO 2.5 mg po prn q 4-6 hr.
การจัดการหอบเหนื่อย	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ	ประเมิน O_2 sat 97% On O_2 mask with bag 10 LPM Keep O_2 sat ≥ 94% ดูแลให้ Lorazepam 1 tab SL prn for dyspnea	O_2 sat 97% On O_2 canular 3 LPM Lorazepam 1 tab SL prn for dyspnea
จัดการภาวะซีด	ไม่มีภาวะซีด Hct อยู่ในเกณฑ์ ≥ 30 vol%	ให้ PRC 7 unit Hct จาก 14.3 vol% เพิ่มเป็น 30 vol%	-
ร่างกายรับสารน้ำสารอาหารได้ลดลง	ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำทางปาก อย่างเพียงพอโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา	0.9% NSS 1000 ml iv 80 cc/hr ให้รับประทานอาหารปกติ จัดอาหารเสริมระหว่างมื้อ	0.9% NSS 1000 ml iv 80 cc/hr ให้รับประทานอาหารปกติ จัดอาหารเสริมระหว่างมื้อ
มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 80/120 mg%	DTX stat 386 mg% ดูแลให้ RI 10 unit iv stat	273 mg% ดูแล ให้ RI 4 unit sc และ322 mg% ดูแล ให้ RI 8 unit sc

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวางแผนการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ	เป้าหมาย	การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
มีภาวะติดเชื้อที่ปอด	ลดการติดเชื้อ	Ceftriaxone 2 gm iv OD c stat + NSS 100 ml	ATB Ceftriaxone 2 gm iv OD with stat + NSS 100ml **19/4/2568** - off ceftriaxone 2 gm - Ceftazidime 2 gm iv q 8 hr.
มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	ลดการติดเชื้อ	-	ATB Ceftriaxone 2 gm iv OD with stat + NSS 100ml **19/4/2568** - off ceftriaxone 2 gm - Ceftazidime 2gm iv q 8 hr.
จัดการเรื่องความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลลดลง	ผู้ป่วยและญาติซักถามน้อยลง เข้าใจในคำแนะนำและแนวทางการรักษาอย่างถูกต้อง	ผู้ป่วยและญาติซักถามน้อยลง เข้าใจในคำแนะนำและแนวทางการรักษาอย่างถูกต้อง
การวางแผนการจำหน่าย	ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลและวางแผนการจำหน่ายเพื่อดูแลต่อเนื่อง	ทำ Family meeting ระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ญาติมีความเห็นตรงกันต้องการนำผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ทีมได้จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น O_2 ไฟฟ้า ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่ง HHC พร้อมประสานงานเครือข่าย เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน	ทำ Family meetingระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ญาติมีความเห็นตรงกันประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง มีอาการดีขึ้นขอไปพักที่บ้านเพื่ออยู่กับภรรยาและลูก ความต้องการของผู้ป่วยขอรักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตทีมได้จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่ง HHC พร้อมประสานงานเครือข่ายเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน

5. เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากอาหารปวดจากการลุกลามของมะเร็ง **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินอาการข้างเคียงจากการใช้ยา Opioids เช่น ง่วงนอน ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เพ้อ กดการหายใจ คัน กล้ามเนื้อกระตุก 2.ประเมิน Pain Score โดยใช้ Face Scale of pain 8 คะแนน ดูแลให้ MO 10 mg Subcutaneous in 24 hr. ตามแผนการรักษาการ Monitor MO เรื่องการหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต อาจเกิดหายใจลำบาก การกดการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจช้า, เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น เนื่องจากผู้ป่วย ได้รับยา Lorazepam ร่วมด้วย อาจเพิ่มความ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากอาหารปวดจากการลุกลามของมะเร็ง **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมิน Pain score โดยใช้ Face Scale if pain 5 คะแนน ดูแลให้ MO 2.5 mg po ๆ 4-6 hr.ตามแผนการรักษา 2.ประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังได้รับยาบรรเทาความปวด 3.ประเมินอาการข้างเคียงจากการใช้ยา Opioids เช่น ง่วงนอน ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เพ้อ กดการหายใจ คัน กล้ามเนื้อกระตุก 4.เบี่ยงเบนความปวดโดยให้ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชื่นชอบ แนะนำให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติตามความเหมาะสม เพื่อลดความปวด เช่น การฟังเพลง การ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เสี่ยงในการกดระบบประสาท กดระบบหายใจ ทำให้เกิดอาการโคม่าและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ 3.ประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวด 4.เบี่ยงเบนความปวดโดยให้ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชื่นชอบ แนะนำให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติตามความเหมาะสม เพื่อลดความปวด เช่น การฟังเพลง การนวด การทำสมาธิ การฝึกลมหายใจ การประคบด้วยความร้อนหรือเย็น เป็นต้น 5.ดูแลจัดท่านอน fowler's position ในท่าที่สุขสบาย ให้เคลื่อนไหวอิริยาบถช้า ๆ 6.ประเมินสัญญาณชีพตามชนิดของยาลดปวดที่ได้รับทั้งก่อนและหลังได้รับยาลดปวด 7.ดูแลให้ O2 mask with bag 10 LPM 8.ประเมิน PPS ทำให้ทราบการพยากรณ์โรคและประเมินภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วย PPS < 50% ผู้ป่วยและญาติได้รับการทำ Advance care plan เตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานเมื่อระยะสุดท้าย 9. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การพักผ่อนไม่มีเสียงดังรบกวน ประเมินความพึงพอใจในการจัดการกับความเจ็บปวด 10.ติดตามอาการ ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ 11.ดูแลให้ได้รับยา Lorazepam (1) 1x1 © hs ลดอาการหอบ **เกณฑ์การประเมินผล** - ชีพจร การหายใจ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เร็ว ไม่หอบผู้ป่วยนอนหลับพักได้ - ไม่กระสับกระส่าย สีหน้าสดชื่นขึ้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น - บ่นปวดลดลง Pain 1 – 2 คะแนน	นวด การทำสมาธิ การฝึกลมหายใจ การประคบด้วยความร้อนหรือเย็น เป็นต้น 5.ดูแลจัดท่านอน fowler's position ในท่าที่สุขสบาย ให้เคลื่อนไหวอิริยาบถช้า ๆ 6.ประเมินสัญญาณชีพตามชนิดของยาลดปวดที่ได้รับทั้งก่อนและหลังได้รับยาลดปวด 7.ดูแลให้ O2 canular 3 LPM 8.ประเมิน PPS 9.ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การพักผ่อน ไม่มีเสียงดังรบกวน 10.ประเมินความพึงพอใจในการจัดการกับความเจ็บปวด 11.ติดตามอาการ ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ 12.ดูแลให้ได้รับยา Lorazepam (1) 1x1 © hs ลดอาการหอบเวลากลางคืน **เกณฑ์การประเมินผล** - ผู้ป่วยนอนหลับพักได้ - บ่นปวดลดลง Pain 1 – 2 คะแนน - ไม่กระสับกระส่าย สีหน้าสดชื่นขึ้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จากการติดเชื้อที่ปอด กิจกรรมการพยาบาล 1.ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 2 – 4 ชม. โดยเฉพาะอัตราการหายใจ 2.ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใน ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการชีด ถ้า O2 sat < 95% ขณะ On O2 canular 3 LPM plan เปลี่ยนเป็น O2 mask with bag 10 LPM ตามแผนการรักษา 3.ดูแลให้ยาลดอาการหอบเหนื่อย Lorazepam 1 tab © prn ทุก 2-4 hr. 4.ดูแลจัดท่านอน fowler's position 5.ดูแลประเมิน Lung ประเมิน O2 saturation 6.ให้ O2 mask with bag 10 LPM ตามแผนการรักษา 7.ดูแล Hygiene care 8.ดูแลให้พักผ่อนหรือจำกัดกิจกรรมตามความจำเป็น **เกณฑ์การประเมินผล**	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จากการติดเชื้อที่ปอด กิจกรรมการพยาบาล 1.ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 2 – 4 ชม. โดยเฉพาะอัตราการหายใจ 2.ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินอัตรา การหายใน ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการชีด ถ้า O2 sat < 95% ขณะ On O2 canular 3 LPM plan เปลี่ยนเป็น O2 mask with bag 10 LPM ตามแผนการรักษา 3.ดูแลให้ยาลดอาการหอบเหนื่อย Lorazepam 1 tab © prn ทุก 2-4 hr. 4.แลจัดท่านอน fowler's position 5.ดูแลประเมิน Lung ประเมิน O2 saturation 6.ให้ O2 canular 3 LPM ตามแผนการรักษา 7.ดูแล Hygiene care 8.ดูแลให้พักผ่อนหรือจำกัดกิจกรรมตามความจำเป็น **เกณฑ์การประเมินผล**

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
- อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 24 – 26 ครั้ง/นาที ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ - O2 saturation มากกว่า 95% - ไม่มีปลายมือ ปลายเท้าซีด เขียว	- อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 24 – 26 ครั้ง/นาที ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ - O2 saturation มากกว่า 95% - ไม่มีปลายมือ ปลายเท้าซีด เขียว
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะซีดเนื่องจากโรคเรื้อรังร่วมกับการทำงานของไตบกพร่อง เกณฑ์การประเมินผล 1.Hct อยู่ในเกณฑ์ > 30 vol% 2.สามารถทำกิจกรรมได้บ้าง 3.อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 24 – 26 ครั้ง/นาที ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ 4.O2 sat < 95% 5.ไม่มีปลายมือ ปลายเท้าซีด เขียว 6.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือปฏิกิริยาการแพ้เลือด **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินอาการแสดงภาวีซีด ได้แก่ เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง 2.ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ 3.ดูแลให้ได้รับ PRC Blood gr. B rh+ ตามแผนการรักษา 30/12/2567 ให้ PRC 2 unit 31/12/2567 ให้ PRC 2 unit 1/1/2568 ให้ PRC 1 unit 2/2/2568 ให้ PRC 2 unit 1)ก่อนให้เลือด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการบ่งชี้ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยอ่านชื่อสกุลของตนเองที่ใบคล้องเลือด สอบถามกลุ่มเลือดของผู้ป่วย หากพบว่าไม่ตรงกันห้ามให้เลือด ต้องทำการตรวจสอบกลุ่มเลือดของผู้ป่วยซ้ำกับ LAB	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เกณฑ์การประเมินผล 1.ไม่แสดงอาการติดเชื้อ เช่น ไข้สูง หนาวสั่น 2.UA: WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ **กิจกรรมการพยาบาล** 1.บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชม. โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย 2.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ตามแผนการรักษา3.การประเมินการติดเชื้อ สังเกตอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้สูง หนาวสั่น 4.ดูแลให้ได้รับ ATB Ceftriaxone 2 gm iv q 8 hr. ตามแผนการรักษา observe อาการข้างเคียงเช่น หายใจหรือกลืนอาหารได้ลำบาก เสียงแหบ เจ็บคอ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ผลข้างเคียงของยาอย่างรุนแรงทำให้เกิดภาวะช็อกจากการแพ้ยา 5.แนะนำให้ดื่มน้ำมาก ๆ โดยการเตรียมน้ำให้เวรละ 1,000 มล. ประเมินทุกเวรไม่ให้กลั้นปัสสาวะ 6.ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol (500) 1 tab po q 4-6 hr. เมื่อมีไข้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เนื่องจากตับอ่อนพร่องการทำงาน **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินสัญญาณชีพให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2.จัดอาหารที่มีประโยชน์ เหมาะสมกับโรคที่เป็น 3.เน้นความสำคัญในการรับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษา 4.เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการเหนื่อยเพลีย ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออกมาก5.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ DTX premeal, hs keep 80-180 mg% 6.ดูแลให้ยา RI ฉีดใต้ผิวหนัง ได้ตามแผนการรักษา เมื่อ DTX > 300 mg% ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด, HR, อาการ hypoglycemia ภายใน 60 นาทีหลังให้ยา พบ อาการใจสั่น เหงื่อออกมาก หน้ามืด เป็นลม รายงานแพทย์ 7.ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 cc iv 80 cc/hr. **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 80 -180 mg%	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เนื่องจากตับอ่อนพร่องการทำงาน **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญาณชีพให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2.จัดอาหารที่มีประโยชน์ เหมาะสมกับโรคที่เป็น 3. เน้นความสำคัญในการรับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษา 4.เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการเหนื่อยเพลีย ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออกมาก 5.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ DTX premeal, hs keep 80-180 mg% 6.ดูแลให้ยา RI ได้ตามแผนการรักษา 7.ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 cc iv 80 cc/hr **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 80 -180 mg%

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ร่างกายรับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย กิจกรรมการพยาบาล 1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำ ทางปาก อย่างเพียงพอ โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา 2.ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 cc iv 80 cc/hr. ตามแผนการรักษา 3.จัดอาหารเสริมระหว่างมื้อโดยญาตินำอาหารที่ผู้ป่วยชอบทานมาเพิ่ม รวมทั้งผลไม้ 4.ให้อาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง 5.ดูแลความสะอาดปากและฟันก่อนและหลังรับประทานอาหาร 6.ให้กำลังใจในการรับประทานอาหาร 7.แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค และอาการเจ็บป่วย ปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารที่ผู้ป่วย ต้องการ 8.ประเมินความสมดุล กรด-ด่าง โดยติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า Electrolyte 9.สังเกตอาการแสดงของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะขาดน้ำ ความตึงตัวของผิวหนัง ปากแห้ง อ่อนเพลีย ปัสสาวะน้อย 10.ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 11.ประสานโภชนากร ประเมินความเพียงพอของการได้รับสารอาหารและอาหารเสริมเพิ่ม **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ไม่มีภาวะน้ำตาลต่ำมีอากรเหนื่อยเพลีย ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออกมาก 2.ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร เช่น น้ำหนักลดมาก ผิวแห้ง ริมฝีปากแห้ง	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ร่างกายรับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย กิจกรรมการพยาบาล 1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำ ทางปาก อย่างเพียงพอ โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา 2.ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 cc iv 80 cc/hr. ตามแผนการรักษา 3.จัดอาหารเสริมระหว่างมื้อโดยญาตินำอาหารที่ผู้ป่วยชอบทานมาเพิ่ม รวมทั้งผลไม้ 4.ให้อาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง 5.ดูแลความสะอาดปากและฟันก่อนและหลังรับประทานอาหาร 6.ให้กำลังใจในการรับประทานอาหาร 7.แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค และอาการเจ็บป่วย ปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารที่ผู้ป่วย ต้องการ 8.ประเมินความสมดุล กรด-ด่าง โดยติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า Electrolyte 9.สังเกตอาการแสดงของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะขาดน้ำ ความตึงตัวของผิวหนัง ปากแห้ง อ่อนเพลีย ปัสสาวะน้อย 10.ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 11.ประสานโภชนากร ประเมินความเพียงพอของการได้รับสารอาหารและอาหารเสริมเพิ่ม **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ไม่มีภาวะน้ำตาลต่ำมีอากรเหนื่อยเพลีย ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออกมาก 2.ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร เช่น น้ำหนักลดมาก ผิวแห้ง ริมฝีปากแห้ง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย **กิจกรรมการพยาบาล** 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ให้กำลังใจด้วยท่าทางเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความใส่ใจ หมั่นตรวจเยี่ยมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ 2.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค แนวทางการรักษาของแพทย์ ผลลัพธ์ในการรักษาตามความเป็นจริง 3.ดูแลเรื่องภาวะโภชนาการของผู้ป่วย หากรับประทานอาหารได้มากขึ้น ผู้ป่วยสามารถทนต่อกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น 4.ช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ **เกณฑ์การประเมินผล** -ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การลุกนั่งบนเตียง การเคลื่อนไหวเอง การขับถ่าย การรับประทานอาหารได้เอง	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย **กิจกรรมการพยาบาล** 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ให้กำลังใจด้วยท่าทางเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความใส่ใจ หมั่นตรวจเยี่ยมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ 2.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค แนวทางการรักษาของแพทย์ ผลลัพธ์ในการรักษาตามความเป็นจริง 3.ดูแลเรื่องภาวะโภชนาการของผู้ป่วย หากรับประทานอาหารได้มากขึ้น ผู้ป่วยสามารถทนต่อกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น 4.ช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ **เกณฑ์การประเมินผล** -ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การลุกนั่งบนเตียง การเคลื่อนไหวเอง การขับถ่าย การรับประทานอาหารได้เอง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย **กิจกรรมการพยาบาล**	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย **กิจกรรมการพยาบาล**

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ให้กำลังใจด้วยท่าทางเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความใส่ใจ หมั่นตรวจเยี่ยมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ 2.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค แนวทางการรักษาของแพทย์ ผลลัพธ์ในการรักษาตามความเป็นจริง 3.ให้กำลังใจและเข้าใจผู้ป่วยและญาติ โดยใช้คำพูดสุภาพ ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล 4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยและอธิบายเพิ่มเติม 5.ฝึกการผ่อนคลายให้ผู้ป่วย เช่น จัดท่าให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย หรือ ฝึกการหายใจเข้า - ออก ช้า ๆ ฝึกการทำสมาธิ 6.ดูแล ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ป้อนข้าว ป้อนยา 7.การสังเกตและประเมินปฏิกิริยาของผู้ป่วยเป็นระยะ 8.ให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นระยะ ไม่ควรให้ครั้งเดียวพร้อมตรวจสอบว่าผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่ อย่างไร และมีการให้ข้อมูลซ้ำเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจได้ถูกต้อง 9.หลีกเลี่ยงคำพูดที่บั่นทอนความหวังของผู้ป่วย 10.เมื่อผู้ป่วยมีท่าทีสบายขึ้น ทราบความกังวลของผู้ป่วยและสาเหตุจึงเริ่มสรุปข้อมูลและร่วมวางแผนในเรื่องต่าง ๆ กับผู้ป่วยรวมทั้งการดูแลต่อเนื่องในขั้นตอนต่าง ๆ **เกณฑ์การประเมินผล** -ผู้ป่วยและญาติซักถามน้อยลง เข้าใจในคำแนะนำและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง	1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ให้กำลังใจด้วยท่าทางเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความใส่ใจ หมั่นตรวจเยี่ยมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ 2.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค แนวทางการรักษาของแพทย์ ผลลัพธ์ในการรักษาตามความเป็นจริง 3.ให้กำลังใจและเข้าใจผู้ป่วยและญาติ โดยใช้คำพูดสุภาพ ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล 4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยและอธิบายเพิ่มเติม 5.ฝึกการผ่อนคลายให้ผู้ป่วย เช่น จัดท่าให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย หรือ ฝึกการหายใจเข้า - ออก ช้า ๆ ฝึกการทำสมาธิ 6.ดูแล ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ป้อนข้าว ป้อนยา 7.การสังเกตและประเมินปฏิกิริยาของผู้ป่วยเป็นระยะ 8.ให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นระยะ ไม่ควรให้ครั้งเดียวพร้อมตรวจสอบว่าผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่ อย่างไร และมีการให้ข้อมูลซ้ำเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจได้ถูกต้อง 9.หลีกเลี่ยงคำพูดที่บั่นทอนความหวังของผู้ป่วย 10.เมื่อผู้ป่วยมีท่าทีสบายขึ้น ทราบความกังวลของผู้ป่วยและสาเหตุจึงเริ่มสรุปข้อมูลและร่วมวางแผนในเรื่องต่าง ๆ กับผู้ป่วยรวมทั้งการดูแลต่อเนื่องในขั้นตอนต่าง ๆ **เกณฑ์การประเมินผล** -ผู้ป่วยและญาติซักถามน้อยลง เข้าใจในคำแนะนำและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีภาวะไม่ยอมรับการเจ็บป่วย กลัวที่จะเผชิญหน้ากับวาระสุดท้าย **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินภาวะสุขภาพและความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัว ตามแนวทาง INHOMESSS การดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้าน 2.ทีมสหสาขาวิชาชีพสอน/ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติและผู้ดูแลตามปัญหาที่พบ 3.ประเมินความพร้อมความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองและดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วย 4.ประสานเป้าหมายการดูแลร่วมกันกันเครือข่ายที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย แผนการต่อเนื่องเพื่อยืมอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เตียง O2 และ ที่นอนลม การใช้ Syringe Driver การใช้อุปกรณ์ O2 5.วางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ได้แก่ ให้ข้อมูลเรื่องโรคเกี่ยวกับการใช้ยาในการบรรเทาอาการปวด มีการประสาน HHC ประสานทีมส่งต่อปัญหาในการออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามเยี่ยมภายใน 1-2 สัปดาห์ 6.ส่งเสริมการดูแลด้านจิต สังคม จิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลร่วมกัน	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีภาวะไม่ยอมรับการเจ็บป่วย กลัวที่จะเผชิญหน้ากับวาระสุดท้าย **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินภาวะสุขภาพและความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัว ตามแนวทาง INHOMESSS การดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้าน 2.ทีมสหสาขาวิชาชีพสอน/ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติและผู้ดูแลตามปัญหาที่พบ 3.ประเมินความพร้อมความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองและดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วย 4.ประสานเป้าหมายการดูแลร่วมกันกันเครือข่ายที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย แผนการต่อเนื่องเพื่อยืมอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เตียง O2 และ ที่นอนลม การใช้ Syringe Driver การใช้อุปกรณ์ O2 5.วางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ได้แก่ ให้ข้อมูลเรื่องโรคเกี่ยวกับการใช้ยาในการบรรเทาอาการปวด มีการประสาน HHC ประสานทีมส่งต่อปัญหาในการออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามเยี่ยมภายใน 1-2 สัปดาห์ 6.ส่งเสริมการดูแลด้านจิต สังคม จิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลร่วมกัน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
7.ประเมินทักษะการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง เป็นต้น และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 8.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกความต้องการ 2.ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย สามารถเลือกและวางแผนการเสียชีวิตอย่างสงบ ตามความปรารถนาถึงแก่กรรมโรงพยาบาลหรือที่บ้าน 3.ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ 4.ผู้ป่วยพึงพอใจการดูแลของแพทย์ และเจ้าหน้าที่สุขภาพ	7.ประเมินทักษะการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง เป็นต้น และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 8.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกความต้องการ 2.ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย สามารถเลือกและวางแผนการเสียชีวิตอย่างสงบ ตามความปรารถนาถึงแก่กรรมโรงพยาบาลหรือที่บ้าน 3.ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ 4.ผู้ป่วยพึงพอใจการดูแลของแพทย์ และเจ้าหน้าที่สุขภาพ

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 วินิจฉัย CA Lung with metastasis with Palliative care Left pleural effusion with Anemia with anemia symptoms with Diabetes mellitus type 2 with Simple Hyperglycemia กรณีศึกษารายที่ 2 วินิจฉัย CA Lung with metastasis with Palliative care with Pneumonia with Diabetes mellitus type 2 with Simple Hyperglycemia ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จำนวนวันที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเท่ากันคือ 5 วัน ซึ่งมีผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหาที่พบดังนี้

มีสาเหตุของการปวดเนื่องจากมีการกระจายลุกลามของเซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยรายที่ 1 ระยะแรก Pain score 10 คะแนน หลังได้รับยา Pain score ลดลง $\leq$ 7 คะแนน และยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ได้ ได้รับ Opioids ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด และชั้นใต้ผิวหนัง ผู้ป่วยปวดลดลง สามารถนอนพักได้ ไม่กระสับกระส่าย ไม่หอบเหนื่อยมาก และยังได้รับ O_2 mask with bag 10 LPM อย่างต่อเนื่อง และได้รับยา Lorazepam (1) 1x1 © hs ลดอาการหอบ ส่วนรายที่ 2 ระยะแรกรับ Pain Score 5 คะแนน หลังได้รับยา Pain Score ลดลง $\leq$ 5 คะแนน และยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แต่น้อย ได้รับ Opioids ชนิดกิน ผู้ป่วยปวดลดลง สามารถนอนพักได้ ไม่หายใจหอบช่วงกลางคืน และยังได้รับ O_2 canular 3 LPM อย่างต่อเนื่อง และได้รับยา Lorazepam (1) 1x1 © hs ลดอาการหอบเวลากลางคืน

มีสาเหตุภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการติดเชื้อที่ปอดและมีการกระจาย ลุกลามของเซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยรายที่ 1 ระยะแรกรับ หายใจ 32 ครั้ง/นาที นาที CXR massive pleural effusion lung, Lung crepitation ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ไหล่ช่วยหายใจ On O_2 canular 3 LPM Plan เปลี่ยนเป็น O_2 mask with bag 10 LPM O_2 sat 97% และยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ได้ ได้รับ Opioids ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด และชั้นใต้ผิวหนัง ผู้ป่วยปวดลดลง สามารถนอนพักได้ ไม่กระสับกระส่าย ไม่หอบเหนื่อยมาก ได้รับ O_2 mask with bag 10 LPM อย่างต่อเนื่อง และได้รับยา Lorazepam (1) 1x1 © hs ลดอาการหอบ ส่วนรายที่ 2 ระยะแรกรับ หายใจ 24 ครั้ง/นาที CXR massive pleural effusion lung Lung crepitation ได้ทำ O_2 saturation 97% O_2 canular 3 LPM และยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อย

ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ แต่น้อย ได้รับ Opioids ชนิดกิน ผู้ป่วยปวดลดลง สามารถนอนพักได้ ไม่หายใจหอบช่วงกลางคืน และยังได้รับ O_2 canular 3 LPM อย่างต่อเนื่อง และได้รับยา Lorazepam (1) 1x1 © hs ลดอาการหอบเวลากลางคืน

มีภาวะซีด (anemia) ผู้ป่วยรายที่ 1 ราย เป็นผลจากการรับ CMT: Taxel + Carbo after 3 cycle ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง จึงทำให้การทำงานของไตบกพร่อง ทำให้มีการสร้างสาร Erythropoietin (อิริโทรโพอิติน) ซึ่งเป็นฮอร์โมนในร่างกายที่ผลิตขึ้นจากไต ทำหน้าที่ช่วยสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงที่มีส่วนสำคัญในการเพิ่มระดับฮีโมโกลบิน จึงทำให้ผู้ป่วยซีดได้ มีภาวะซีด เนื่องจากมีโรคประจำตัว DM ภาวะโลหิตจาง ที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานนั้นจะเกิดขึ้นทีละน้อย ยิ่งกินน้ำตาล หรือร่างกายเสื่อมไม่สามารถเผาผลาญพลังงานที่ได้จากอาหาร ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะ Hct ต่ำกว่าปกติ ได้รับ PRC Blood gr. B rh^+ HCT หลังให้เลือด 14.3 vol% เพิ่มเป็น 34 vol% แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ระดับ HCT มีค่าปกติ ผู้ป่วยได้รับการรักษาบรรเทาความปวด ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับ MO 30 mg Subcutaneous in 24 hr และ MO 3 mg iv บรรเทาอาการหายในเหนื่อยหอบ On O_2 mask with bag 10 LPM Keep O_2 sat $\geq$ 94% และ ผล CXR massive pleural effusion lung ได้ Set thoracocentesis lt. 2 ครั้ง lease 300 ml, 200 ml CXR หลัง tab ปอด ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับ Lorazepam 1 tab SL prn for dyspnea, MO 2.5 mg po prn q 4-6 hr., On O_2 canular 3 LPM Keep O_2 sat $\geq$ 95

มีภาวะการติดเชื้อในร่างกาย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะการณ์ติดเชื้อที่ปอด ผู้ป่วยรายที่ 1 ผลLab WBC 17,190 cell/mm^3, Neutrophil 93%, PLT 867,000 cell/mm^3, eGFR 116.41 ml/m, Creatinine 0.6 mg/dl, BUN 18 mg/dl, NA 132 mmol/L, K4 mmol/L, CL 95 mmol/L, CO_2 26 mmol/L, Blood Ketone 0.2 mmol/L ส่วนรายที่ 2 มีภาวการณ์ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ WBC 16,490 cell/mm^3 มีภาวะการติดผิดปกติ คือ CBC พบ Hct 33.2%, WBC 16,490 cell/mm^3, Neutrophil 91%, PLT 580,000 cell/mm^3, eGFR 111.63 ml/m, Creatinine 0.5 mg/dl, BUN 10 mg/dl, NA 143 mmol/L, K 3.7 mmol/L, CL 92 mmol/L, CO_2 25 mmol/L, UA : WBC 5-10 cell/HPF, UA : Sq.Epithelial 3-5 cell/HPF, UA : Specific gravity 1.020,ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะติดเชื้อในร่างกายได้รับ ATB เพื่อลดการติดเชื้อชนิดเดียวกัน ส่วนรายที่ 2 เปลี่ยน ATB เพื่อควบคุมการติดเชื้อ จาก Ceftriaxone 2 gm day 5 เป็น Ceftazidime 2 gm iv q 8 hr. การส่งตรวจระดับ Lactate เนื่องจากการลดลงของค่า Lactate บ่งชี้ถึงการประคับประคองการไหลเวียนเลือด (Hemodynamic) ที่ดีทำให้สามารถเพิ่มการใช้ออกซิเจนระดับเซลล์ได้มีผลต่อการติดตามการรักษา และได้รับสารน้ำที่เพียงพอต่อร่างกายการตรวจน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วย การล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลได้อีกด้วย ซึ่งในผู้ป่วยทั้ง 2 ใช้เวลานานในการควบคุมของการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน จึงทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และต้องปรับระดับน้ำตาบในเลือดอยู่ในระดับปกติ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาพยาบาลตาม CPG และ CNPG Palliative care ที่ตึกผู้ป่วยใน ทำ Family meeting มีอุปกรณ์ต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยและญาติต้องการที่จะกลับไปดูแลตนเอง แบบประคับประคองที่บ้านมีการประสานข้อมูล ส่ง HHC เพื่อการดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเบาหวาน หากพบภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ก็จะได้รับยา RI ฉีดเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด[6]

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย อาการเหนื่อย อ่อนเพลียจากการลุกลามของเซลล์มะเร็ง การรับประทานอาหารได้น้อย รวมไปถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ และมีญาติคอยช่วยเหลือ

ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี แนะนำญาติให้เพิ่มความอยากหรือกระตุ้นการอยากอาหารโดยการจัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้รับประทานเป็นพิเศษ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากการลุกลามของเซลล์มะเร็งจากการประเมินผู้ป่วยสามารถปรับตัวตามกลไกของความเศร้าโศกจนถึงระยะที่ยอมรับได้ เข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวและเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถยอมรับได้ เข้าใจและสามารถ ปฏิบัติตัวและเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนรายที่ 2 ยอมรับแต่ไม่พร้อมเข้าสู่ระยะสุดท้ายเนื่องจากเป็นห่วงลูกสาวอยากมีชีวิตอยู่กับลูกนาน ๆ และญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากการลุกลามของเซลล์มะเร็งจากการประเมินผู้ป่วยสามารถปรับตัวตามกลไกของความเศร้าโศกจนถึงระยะที่ยอมรับได้ เข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวและเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนรายที่ 2 ยอมรับแต่ไม่พร้อมเข้าสู่ระยะสุดท้ายเนื่องจากเป็นห่วงลูกสาวอยากมีชีวิตอยู่กับลูกสาวนาน ๆ[7]

การวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยรายที่ 1 ประเมิน PPS 30% ญาติขอเช่า O_2 ไฟฟ้า จัดส่งข้อมูลและประสานการดูแลต่อเนื่องส่ง HHC ให้ รพ.สต. ติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ไม่มีนัดตรวจติดตาม แนะนำหากมีอาการรบกวนต่าง ๆ เช่น อาการปวดมากขึ้น หอบเหนื่อย หอบมาก ทานไม่ได้ สามารถมาโรงพยาบาลได้ รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลพล เป็นเวลา 5 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ประเมิน PPS 60% ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้บ้าง เช่นการทานอาหารเอง เดินเข้าห้องน้ำโดยญาติพยุง ตัวโรครุนแรง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ไม่มีนัดตรวจติดตาม แนะนำหากมีอาการรบกวนต่าง ๆ เช่น อาการปวดมากขึ้น หอบเหนื่อย หอบมาก ทานไม่ได้ สามารถมาโรงพยาบาลได้ รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลพล เป็นเวลา 5 วัน

สำหรับความยุ่งยากในการวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยรายที่ 2 ทำ Family meeting 4 ครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยยังมีความห่วงใยต่อลูกสาวอันเป็นที่รักจึงยากที่จะให้ยอมรับการเสียชีวิต เมื่อเวลานั้นมาถึง

เอกสารอ้างอิง

1.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2558). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปอด ปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทโฆษิตการพิมพ์ จำกัด.

2. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลพล. (2568). สถิติผู้ป่วยเรื้อรังโรงพยาบาลพล ขอนแก่น. เอกสารรายงาน.

3. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2553). เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ขอนแก่น:คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

4. Jean Watson, The theory of human caring: 1979, 1988.

5. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2568).หลักจริยธรรมการวิจัยในคน.[อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.crecthai.crg/html/th/index.php.

6. ดาริน จตุรภัทรพร. (2554). สุข รัก เข้าใจ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต : Palliative care. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

7. นภา ทวีรรยงกุล,สุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2559). ประสบการณ์อาการและการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. Rama Nurs J Vol.21 No.1 January-April 2015:82-95.

ผลของโปรแกรมการสอนทักษะการสื่อสารทางสังคมนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัม ต่อการรับรู้ของบิดามารดาที่บุตรมีภาวะออทิซึมสเปกตรัม

The Effects of a Social Communication Skills Teaching Program on the Perceptions of Parents of Children with Autism Spectrum Disorders.

(Received: August 21,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 27,2025)

พรมณี หาญหัก[1] ปิยะวรรณ ศรีสุรักษ์[1] และเพ็ญณี แนรอท[1]
Pornmanee Hanhak[1] Piyawan Srisurak[1] and Pennee Narot[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการรับรู้ของผู้ปกครองในการพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสังคมของบุตรที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder: ASD) และเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการสอนทักษะการสื่อสารทางสังคมที่ออกแบบขึ้นต่อการรับรู้ของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการสื่อสารของเด็ก ภายใต้บริบทพหุวัฒนธรรมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครอง และบุตรที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัมระดับประถมศึกษา จำนวน 60 ครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 วัฒนธรรมหลัก ได้แก่ กลุ่มออสโตรเอเชียติค และกลุ่มไต-กะได กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ครอบครัว เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ภูมิหลังครอบครัว แบบประเมินการรับรู้ของผู้ปกครอง แบบประเมินทักษะการสื่อสารของนักเรียนออทิซึม และนวัตกรรมการเรียนรู้ ได้แก่ คู่มือ แอปพลิเคชัน และหนังสือเสริมทักษะการสื่อสาร

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการใช้นวัตกรรม ผู้ปกครองมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านแนวทางการพัฒนาทักษะการสื่อสารของบุตรที่ได้คะแนนต่ำที่สุด ส่วนทักษะการสื่อสารของนักเรียนอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง หลังจากใช้นวัตกรรมติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ผลการทดสอบ Paired t-test แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ของผู้ปกครองและทักษะการสื่อสารของนักเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งในมิติของการสื่อสารภายในครอบครัว โรงเรียน และสังคม นอกจากนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนว่าผู้ปกครองมีความเข้าใจและความมั่นใจในการดูแลบุตรมากขึ้น ขณะที่เด็กมีความกล้าแสดงออกและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ออทิซึมสเปกตรัม, ทักษะการสื่อสารทางสังคม, การรับรู้ของผู้ปกครอง, พหุวัฒนธรรม, นวัตกรรมการเรียนรู้

Abstract

This study aimed to examine parents' perceptions regarding the development of social communication skills in their children with Autism Spectrum Disorder (ASD) and to evaluate the effects of a specifically designed social communication teaching program on both parental perception and children's communication behaviors within a multicultural context in Northeastern Thailand. A Participatory Action Research (PAR) approach was applied, involving 60 families of primary school-aged children with ASD, equally divided into two major cultural groups: Austroasiatic and Tai-Kadai. The participants were further divided into an experimental group and a control group of 30 families each. Research instruments included a family background interview form, a parental perception assessment scale, a child social communication skills assessment, and a set of learning innovations consisting of a manual, a mobile application, and a storybook to promote communication.

The findings revealed that, prior to the intervention, parents demonstrated a moderate level of perception, with the lowest scores found in the area of strategies for enhancing their child's social communication. Children's social communication skills were also at a low-to-moderate level, particularly in broader social interactions such as peer communication at school and interaction with strangers. After a six-week intervention program, Paired t-test results showed statistically significant improvements ($p < .001$) in both parental perception and children's

[1] นักศึกษาปริญญาเอก, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น Corresponding author: Pornmanee Hanhak; Email: hpronm@kku.ac.th

communication skills across all domains, including family communication, school communication, and community interaction. Qualitative data further indicated that parents gained greater understanding and confidence in supporting their children, while children displayed improved social participation and confidence in school and community activities. The results suggest that the developed innovations effectively enhanced parental perception and children's social communication skills. The culturally sensitive design of the program was particularly valuable in reducing cultural barriers and misconceptions, thereby supporting parents' ability to foster their children's development more effectively.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Social Communication Skills, Parental Perception, Multicultural Context, Learning Innovation

บทนำ

ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นสังคมที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ภาษา ศาสนา และวัฒนธรรม ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมในลักษณะพหุวัฒนธรรม (Multicultural context) ที่ประชาชนจากหลายกลุ่มชาติพันธุ์ต้องอยู่ร่วมกันภายใต้ความแตกต่างดังกล่าว[1] การยอมรับความหลากหลายกลายเป็นประเด็นสำคัญระดับโลก โดยเฉพาะเมื่อกระแสโลกาภิวัตน์ และการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานเพิ่มมากขึ้น ทำให้การเรียนรู้ และการอยู่ร่วมกันอย่างเข้าใจกลายเป็นสิ่งจำเป็น[2] ประเทศไทยเองมีพื้นที่ที่สะท้อนความเป็นพหุวัฒนธรรมชัดเจน โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไทยลาว แต่ยังคงมีชาติพันธุ์อื่นๆ อาศัยอยู่ร่วมกัน เช่น กวย เขมร ผู้ไทย และกะเลิง การอยู่ร่วมกันดังกล่าว ก่อให้เกิดวัฒนธรรมที่หลากหลาย และเอกลักษณ์ของภูมิภาค[3,4] อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และวิถีชีวิตยังคงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัว และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางทางสังคม[4]

หนึ่งในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางคือ บุคคลที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder: ASD) ซึ่งเป็นความผิดปกติด้านพัฒนาการทางระบบประสาท ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รวมถึงพฤติกรรมที่ซ้ำๆ[5] สถิติจากศูนย์ควบคุม และป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (CDC) รายงานว่า เด็กประมาณ 1 ใน 59 คนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder : ASD) โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า สำหรับประเทศไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รายงานว่ามีผู้ที่จดทะเบียนเป็นบุคคลออทิซึมกว่า 13,000 คน และคาดว่ามีมากกว่า 300,000 คนทั่วประเทศ แต่มีเพียงส่วนน้อยที่สามารถทำงานและเลี้ยงชีพได้ด้วยตนเอง[6]

การดูแล และส่งเสริมศักยภาพบุคคลออทิซึม จึงเป็นความท้าทายที่ต้องดำเนินการอย่างจริงจัง ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กกลุ่มนี้คือ "ผู้ปกครอง" เนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะชีวิต โดยเฉพาะทักษะการสื่อสารทางสังคมที่เป็นรากฐานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอนาคต[7] หากผู้ปกครองมีความเข้าใจและการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับลักษณะของภาวะออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder : ASD) และแนวทางการช่วยเหลือก็จะสามารถสนับสนุนให้เด็กพัฒนาตามศักยภาพได้สูงสุด อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยสะท้อนให้เห็นว่าผู้ปกครองเด็กออทิซึมยังคงประสบปัญหาด้านการตีตราจากสังคม รวมถึงความรู้สึกด้านลบ เช่น ความเครียด ความอับอาย และการหลีกเลี่ยงสังคม[8] สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ปกครองขาดแรงจูงใจในการพัฒนาบุตร ดังนั้นการส่งเสริม "การรับรู้ของผู้ปกครอง" ผ่านนวัตกรรม และการสนับสนุนเชิงระบบจึงเป็นแนวทางที่สำคัญ[6]

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ของผู้ปกครองในการสอนทักษะการสื่อสารทางสังคมสำหรับบุตรที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัม ภายใต้บริบท

พหุวัฒนธรรมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อเป็นกลไกที่ช่วยให้ผู้ปกครองสามารถสนับสนุนบุตรอย่างมีประสิทธิภาพ ลดข้อจำกัดจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม และสร้างโอกาสให้เด็กออทิซึมสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในสังคม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้ปกครองในการพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสังคมของบุตรที่กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษา และมีภาวะออทิซึมสเปกตรัม ภายใต้บริบทพหุวัฒนธรรมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

2. เพื่อศึกษาผลของของโปรแกรมการสอนทักษะการสื่อสารทางสังคมนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัมต่อการรับรู้ของบิดามารดาที่บุตรมีภาวะออทิซึมสเปกตรัม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยดำเนินการตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยมีผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้ปกครอง ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ของการวิจัยนี้ ได้แก่ ผู้ปกครองและบุตรที่กำลังเรียนชั้นประถมศึกษา และมีภาวะออทิซึมสเปกตรัม ซึ่งทั้งหมดมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. ผู้ปกครอง โดยผู้ปกครองต้องมีการได้ยินปกติ สามารถพูด ฟัง และอ่านภาษาไทยกลางได้ต้องใช้ภาษาตามวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวัน และเลือกผู้ปกครองจาก 2 กลุ่มวัฒนธรรมหลักของภาคอีสานตามตระกูลภาษา ได้แก่ กลุ่มออสโตรเอเชียติค (Austroasiatic) กลุ่มไต-กะได (Tai-Kadai) โดยเลือกผู้ปกครองจากศูนย์การศึกษาพิเศษที่บุตรกำลังเรียนอยู่วัฒนธรรมละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน

2. นักเรียน โดยเป็นนักเรียนต้องอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา สามารถพูด และอ่านภาษาไทยกลางได้ตามระดับประถมศึกษา การได้ยิน และการมองเห็นอยู่ในเกณฑ์ปกติ ต้องใช้ภาษาตามวัฒนธรรมกับผู้ปกครองเป็นกิจวัตร และเลือกนักเรียนจากศูนย์การศึกษาพิเศษที่กำลังเรียนอยู่วัฒนธรรมละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ปกครอง

1.1 คัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ข้างต้น

1.2 หากมีผู้ปกครองเกิน 30 คนในวัฒนธรรมใด จะใช้วิธีจับสลากแบบสุ่ม โดยให้หมายเลขแต่ละคนไม่ซ้ำกัน และจับหมายเลขจนได้ครบ 30 คนต่อวัฒนธรรม

1.3 ผู้ปกครองที่เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับคำอธิบายด้วยวาจาเกี่ยวกับ: ชื่อโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการทำวิจัย การเก็บและรายงานข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ ความลับของข้อมูล สิทธิในการถอนตัว และการลงนามยินยอมเข้าร่วม

1.4 ผู้ปกครองต้องมีโทรศัพท์มือถือที่สามารถเล่นอินเทอร์เน็ตได้ และเห็นภาพ ตัวหนังสือ และเสียงพูดชัดเจน

2. นักเรียน

2.1 คัดเลือกตามผู้ปกครองในข้อ 2.1 วัฒนธรรมละ 30 คน

2.2 หากผู้ปกครองมีบุตรมากกว่า 1 คน จะเลือกบุตรคนโตที่กำลังเรียนประถมศึกษา

2.3 นักเรียนจะได้รับคำอธิบายด้วยวาจาเกี่ยวกับชื่อโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการทำวิจัย การเก็บ และรายงานข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ ความลับของข้อมูล และสิทธิในการเข้าหรือไม่เข้าร่วม

2.4 นักเรียนต้องสามารถใช้โทรศัพท์มือถือพื้นฐานได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือที่ประยุกต์จากการศึกษาวิจัยของ ธิราภร มณีรัตน์[9] เรื่องการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกในจังหวัดขอนแก่นด้วยโปรแกรมฝึกทักษะสังคม ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ภูมิหลังครอบครัวของนักเรียนที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัม แบบสัมภาษณ์นี้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัวของนักเรียนออทิซึม เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โครงสร้างครอบครัว และประวัติการดูแลบุตร เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสังคม

2. แบบประเมินการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสังคมของนักเรียนออทิซึม แบบประเมินนี้ใช้วัดระดับการรับรู้ความเข้าใจ และทัศนคติของผู้ปกครองที่มีต่อลักษณะพฤติกรรมการสื่อสารทางสังคมของบุตร ตลอดจนแนวทางในการสนับสนุน และส่งเสริมทักษะดังกล่าว โดยพัฒนาขึ้นจากเอกสารงานวิจัย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3. แบบประเมินทักษะการสื่อสารทางสังคมของนักเรียนออทิซึม เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดพฤติกรรมการสื่อสารทางสังคมของนักเรียนออทิซึมในด้านต่างๆ เช่น การแสดงออกทางภาษา การใช้ภาษากาย การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการตอบสนองต่อสถานการณ์ทางสังคม จัดทำในรูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เพื่อสะท้อนระดับความสามารถ

4. แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสังคม เป็นสื่อดิจิทัลที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ของนักเรียนออทิซึม โดยบรรจุกิจกรรม บทเรียน และแบบฝึกหัดที่เน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสารในชีวิตประจำวัน มีการออกแบบให้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของผู้เรียน ใช้งานง่าย และสามารถใช้ซ้ำเพื่อการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง

5. หนังสือส่งเสริมการพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสังคม หนังสือเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วยเนื้อหา ภาพประกอบ ตัวอย่างสถานการณ์ทางสังคม และกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้ปกครองสามารถนำไปใช้ร่วมกับบุตร เพื่อเสริมสร้างการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ดำเนินการโดยนำแบบสอบถามและแบบประเมินทั้งหมด เสนอต่อ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Item Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์คะแนนที่ ≥ 0.5 ขึ้นไป ผลการประเมินพบว่าเครื่องมือทั้งหมดมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67 – 1.00 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาอย่างเหมาะสม

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability Testing) ทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try-out) จำนวน 15 ราย แต่ไม่รวมอยู่ในการวิจัยหลัก ประเมินค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วย สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.85

3. การปรับปรุงเครื่องมือก่อนใช้งานจริงจากผลการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และการทดสอบนำร่อง ผู้วิจัยได้ปรับถ้อยคำบางรายการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ปรับภาษาให้อ่านง่าย ชัดเจน และลดความคลุมเครือ เพื่อให้สอดคล้องกับระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินความต้องการจำเป็น (Needs Assessment) ของผู้ปกครอง

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

1.2 ติดต่อประสานงานทางโทรศัพท์กับผู้บริหารศูนย์ฯ เพื่อขอรายชื่อครูผู้สอนบุคคลออทิซึม

จังหวัดละ 1 คน ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน และผู้ช่วยวิจัย

1.3 จัดประชุมครูผู้สอนผ่านระบบ Zoom เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย บทบาทหน้าที่ และประโยชน์ที่หน่วยงานจะได้รับ

1.4 จัดประชุมผู้ปกครอง และเด็กออทิซึม 60 ครอบครัว ผ่าน Zoom โดยมีครูผู้ช่วยวิจัยช่วยเหลือผู้ปกครองที่ไม่ถนัดใช้เทคโนโลยี พร้อมชี้แจงรายละเอียดงานวิจัย และขั้นตอนการให้ความยินยอม

1.5 ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง 60 คน แบบรายบุคคล ผ่าน Zoom โดยใช้แบบสัมภาษณ์ภูมิหลังครอบครัว ครูผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ช่วยเรื่องการเข้าระบบเท่านั้น ไม่มีสิทธิ์เข้าถึงเนื้อหาการสัมภาษณ์

1.6 แจกเอกสารข้อมูลการขอความยินยอมให้ผู้ปกครองศึกษารายละเอียด และลงนามก่อนส่งคืนให้ผู้วิจัย

1.7 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากแบบสุ่ม ได้กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

2. การใช้นวัตกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสังคม

2.1 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินการรับรู้ของผู้ปกครอง (Pre-test) ผ่าน Google Form โดยมีครูผู้ช่วยวิจัยช่วยด้านเทคนิค แต่ไม่สามารถเข้าถึงคำตอบของผู้ปกครอง

2.2 จัดอบรมผู้ปกครอง และนักเรียนกลุ่มทดลองเกี่ยวกับการใช้คู่มือ แอปพลิเคชัน และหนังสือนิทานส่งเสริมทักษะ ผ่านระบบ Zoom

2.3 กลุ่มทดลองใช้โปรแกรม Web Application และหนังสือส่งเสริมการสื่อสาร สัปดาห์ละ 3 ครั้ง (จันทร์–พุธ–ศุกร์) ต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ รวม 18 ครั้ง โดยมีการประเมินระหว่างการใช้นวัตกรรมทุก 2 สัปดาห์ และติดตามประเมินความคงทนหลังหยุดใช้นวัตกรรม

2.4 ลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินการรับรู้ของผู้ปกครองอีกครั้ง (Post-test) ผ่าน Google Form

2.5 ประเมินทักษะการสื่อสารทางสังคมของนักเรียนออทิซึมทั้งก่อน และหลังการใช้นวัตกรรม พร้อมสรุปและวิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อนำเสนอข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครองและนักเรียน ตลอดจนพฤติกรรมการสื่อสารทางสังคมในภาพรวมและรายด้าน

1.2 สถิติทดสอบที (Paired Sample t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้ปกครองและทักษะการสื่อสารทางสังคมของนักเรียนก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม

1.3 การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA / MANOVA) เมื่อจำเป็นเพื่อตรวจสอบความแตกต่างของผลการวิจัยระหว่างกลุ่มตัวอย่างจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดไว้คือ .05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตพฤติกรรมการสื่อสารทางสังคม การใช้กระบวนการ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ถอดความ (Transcription) จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

2.2 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Data Validation) โดยผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูล

2.3 การเข้ารหัส (Coding) เพื่อจัดหมวดหมู่ประเด็น

2.4 สังเคราะห์ประเด็นหลัก (Themes) ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

2.5 การนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพในรูปแบบคำอธิบาย (Narrative) พร้อมยกตัวอย่างข้อความจากผู้ให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนข้อค้นพบ

3. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล (Trustworthiness)

3.1 ใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่ ผู้ปกครอง ครู และผู้วิจัย

3.2 มีการนำผลการวิเคราะห์เบื้องต้นกลับไปตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูล (Member Checking)

3.3 การใช้การทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของการตีความ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับการพิจารณา และรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยอย่างเป็นทางการ โดยมีเลขที่อนุมัติจริยธรรมการวิจัยคือ HE663316 ลำดับที่ : 4.4.01 : 2/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ปกครองที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 60 คน มาจาก 2 วัฒนธรรมหลัก (ออสโตรเอเชียติค และ ไต-กะได) อย่างละ 30 คน และนักเรียนที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัม จำนวน 60 คน อยู่ในระดับประถมศึกษา มีการได้ยิน และการมองเห็นปกติ สามารถใช้ภาษาไทยกลาง และภาษาท้องถิ่นได้

2. ระดับการรับรู้ของผู้ปกครองก่อนใช้นวัตกรรม พบว่า ผู้ปกครองมีการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ลักษณะอาการ และแนวทางการช่วยเหลือบุคคลออทิซึมสเปกตรัมอยู่ในระดับปานกลาง และด้านที่มีค่าคะแนนต่ำที่สุดคือ “แนวทางการพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสังคม”

3. ทักษะการสื่อสารทางสังคมของนักเรียนก่อนใช้นวัตกรรม อยู่ในระดับ ต่ำถึงปานกลาง โดยเฉพาะด้านการสื่อสารในสังคมกว้าง เช่น การโต้ตอบกับบุคคลแปลกหน้า และการสื่อสารในโรงเรียน

4. ผลของการใช้นวัตกรรม (แอปพลิเคชัน + หนังสือคู่มือ) หลังการทดลอง พบว่า ระดับการรับรู้ของผู้ปกครอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักเรียนที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัมมีทักษะการสื่อสารทางสังคม ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกด้าน ได้แก่ การสื่อสารในครอบครัว การสื่อสารในโรงเรียน และการสื่อสารในสังคม

ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ปกครองสะท้อนว่าการใช้นวัตกรรมช่วยเพิ่มความเข้าใจ และความมั่นใจในการดูแลบุตรนักเรียนมีความกล้าแสดงออกมากขึ้น และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนได้ดีขึ้น รวมทั้งครู และผู้เกี่ยวข้องพบว่าการสื่อสารของนักเรียนเป็นธรรมชาติมากขึ้น และมีการโต้ตอบเชิงบวกกับเพื่อนร่วมชั้น

การรับรู้ของผู้ปกครอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.95, SD = 0.48) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (Mean = 4.12, SD = 0.39) ผลการทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired t-test) พบว่า ความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุและอาการ แนวทางการช่วยเหลือ และการพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสังคม ล้วนมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นทั้งหมด และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทักษะการสื่อสารทางสังคมของนักเรียนที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัม ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (Mean = 2.68, SD = 0.45) หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Mean = 3.95, SD = 0.42) ผลการทดสอบ Paired t-test พบว่า ความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รายด้านพบว่า ทั้งการสื่อสารในครอบครัว การสื่อสารในโรงเรียน และการสื่อสารในสังคม มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired t-test) ของการรับรู้ของผู้ปกครองและทักษะการสื่อสารทางสังคมของนักเรียนออทิซึมสเปกตรัมก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม (*N*=60)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง (Mean ± SD)	หลังทดลอง (Mean ± SD)	*t*	*p-value*
การรับรู้ของผู้ปกครอง (Overall perception)	2.95 ± 0.48	4.12 ± 0.39	12.56	< .001
- ด้านสาเหตุและอาการ	3.01 ± 0.52	4.20 ± 0.41	11.24	< .001
- ด้านแนวทางการช่วยเหลือ	2.89 ± 0.50	4.05 ± 0.40	12.02	< .001
- ด้านการพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสังคม	2.76 ± 0.47	4.11 ± 0.43	13.15	< .001
ทักษะการสื่อสารทางสังคมของนักเรียน (Overall)	2.68 ± 0.45	3.95 ± 0.42	14.08	< .001
- การสื่อสารในครอบครัว	2.85 ± 0.49	4.01 ± 0.40	10.97	< .001
- การสื่อสารในโรงเรียน	2.70 ± 0.51	3.92 ± 0.44	11.83	< .001
- การสื่อสารในสังคม	2.49 ± 0.46	3.91 ± 0.41	12.67	< .001

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้ได้สรุป และอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้ปกครองในการพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสังคมของบุตรที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัมโครงสร้างผล และการอภิปราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับลักษณะอาการและแนวทางการพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสังคมของบุตรมีความแตกต่างตามภูมิหลังวัฒนธรรม โดยปัจจัยที่ส่งผลได้แก่ ความเชื่อดั้งเดิม ประสบการณ์ตรงในการเลี้ยงดู และระดับการเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ และการศึกษา

นอกจากนี้ ผู้ปกครองบางส่วนยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสาเหตุและแนวทางการดูแล ส่งผลให้การพัฒนาทักษะของเด็กอาจไม่เต็มศักยภาพ ซึ่งผลวิจัยนี้ตรงกับแนวคิดที่ว่าการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะออทิซึมได้รับอิทธิพลจากแรงจูงใจ ความเชื่อ อารมณ์ และประสบการณ์ส่วนตัว[7] นอกจากนี้ งานวิจัยในวัฒนธรรมหลากหลายในสหรัฐอเมริกา และสหราชอาณาจักรพบว่า ผู้ปกครองที่ขาดความรู้เกี่ยวกับออทิซึม มักตีความผิดเกี่ยวกับออทิซึม เช่น คาดว่าเป็น “ความบกพร่องทางจิต” ซึ่งขัดขวางการเข้ารับบริการและการแทรกแซงที่เหมาะสม สอดคล้องกับผลงานของ Huang & Zhou[10] งานวิจัยจากประเทศไทย และไต้หวันพบว่าในบริบทเอเชีย ปัญหาการตีตราทางสังคมและค่านิยมทางศาสนาส่งผลต่อมุมมองของผู้ปกครองและวิธีการตอบสนองต่อเด็กออทิซึม สรุปได้ว่า การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและครอบคลุมสำคัญอย่างยิ่ง หากผู้ปกครองได้เข้าใจถูกต้อง เช่น สาเหตุ และวิธีช่วยเหลือที่เหมาะสม เด็ก ออทิซึมมีโอกาสพัฒนาศักยภาพได้สูงขึ้นสอดคล้องของ นพวรรณ ศรีวงค์พาน และคณะ[11] ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ออทิซึม ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจากการสังเกตพฤติกรรมโดยครูกับระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พบว่า ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจากการสังเกตพฤติกรรมโดยครูกับค่าคะแนนระดับสติปัญญา (IQ) มีความสัมพันธ์กันโดยเด็กที่ครูสังเกต พบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นออทิซึมบกพร่องทางการเรียนรู้ และบกพร่องทางสติปัญญามี IQ ต่ำ ร้อยละ 62.8, 86.2, 60.3 และ 69.4 ตามลำดับ และเด็กที่มี IQ ต่ำมีโอกาสพบความเสี่ยงต่อภาวะสมาธิสั้นออทิซึมบกพร่องทางการเรียนรู้ และบกพร่องทางสติปัญญามากกว่าเด็กที่มี IQ ปกติ 7.5 เท่า การออกแบบเครื่องมือหรือการสื่อสาร

กับผู้ปกครองควรเอื้อให้สอดคล้องกับฐานความเชื่อและประสบการณ์ของผู้ปกครอง เพื่อให้การรับรู้มีประสิทธิผลมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ดวงกมล ทองอยู่[7] ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง แนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน พบว่า การรับรู้ขึ้นกับแรงจูงใจ ความเชื่อ อารมณ์ และประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งอาจทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนได้ รวมทั้งผู้ปกครองเด็กออทิซึมมักเผชิญกับการตีตราจากสังคม ทำให้เกิดความเครียด และการหลีกเลี่ยงการเข้าสังคมที่สะท้อนว่าการรับรู้เชิงลบของผู้ปกครองมีผลต่อท่าทีในการสนับสนุนบุตร[8] ดังนั้น การสร้างการรับรู้ที่ถูกต้อง และครอบคลุมจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะหากผู้ปกครองเข้าใจโรค และวิธีการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม จะช่วยให้เด็กออทิซึมมีโอกาสพัฒนาตามศักยภาพได้สูงขึ้น[11]

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมต่อการรับรู้ของผู้ปกครอง โครงสร้างผลและการอภิปรายผลการวิจัย หลังจากที่ผู้ปกครองได้ใช้นวัตกรรม (คู่มือ แอปพลิเคชัน และหนังสือนิทาน) พบว่า ระดับการรับรู้เกี่ยวกับอาการ แนวทางการสอน และทักษะการสื่อสารทางสังคมของบุตรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งจากความเข้าใจที่ชัดเจน และแนวทางปฏิบัติที่จับต้องได้ อภิปรายผลได้ว่า 1) Parent-mediated intervention (การแทรกแซงโดยผู้ปกครองเป็นศูนย์กลาง) ช่วยพัฒนาการสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ของเด็กออทิซึม[11] 2) Parent-implemented interventions (การแทรกแซงโดยผู้ปกครอง) แสดงให้เห็นว่า มีผลบวกต่อพฤติกรรมด้านบวก, ทักษะสังคม, และการสื่อสารของเด็กออทิซึม ขนาดผล (Effect size) อยู่ในระดับ กลางถึงสูง (g ≈ 0.47–0.55) 3) การใช้เทคโนโลยีช่วยสอน (เช่น แอปพลิเคชัน) การใช้แอปหรือสื่อโต้ตอบสามารถช่วยพัฒนาทักษะสังคมของเด็กออทิซึมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13] สรุปได้ว่า การให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการสอนเด็กออทิซึม และการใช้เทคโนโลยีช่วยสอน เป็นวิธีที่ช่วยพัฒนาการสื่อสาร, ปฏิสัมพันธ์, และทักษะสังคมของเด็กได้อย่างชัดเจน 3) การปรับบริบทวัฒนธรรมการใช้นวัตกรรมที่สามารถปรับให้เหมาะกับวัฒนธรรมของครอบครัวช่วยลดอุปสรรคทางวัฒนธรรม และส่งเสริมการปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ปกครองกับบุตร พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง (รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมเรียนรู้ที่เหมาะสมและใช้นวัตกรรมช่วย) ส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา และความเป็นอยู่ของเด็ก ASD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14] สรุปได้ว่า นวัตกรรมที่บูรณาการผู้ปกครองร่วมกับสื่อดิจิทัลสามารถพัฒนาการรับรู้ และความสามารถของผู้ปกครองอย่างเป็นรูปธรรม และการปรับสื่อให้เข้ากับบริบทวัฒนธรรม ช่วยให้การรับรู้มีความลึก และมีผลต่อการดูแลที่ดีขึ้น รวมทั้งนวัตกรรมนี้สอดคล้องกับหลักการของการแทรกแซงในวงกว้าง พบว่า “การให้ข้อมูลความรู้ และทักษะแก่ผู้ปกครอง” มีผลต่อคุณภาพการดูแลบุตร[11] เน้นการบำบัดแบบบูรณาการและการสนับสนุนจากครอบครัว ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อพัฒนาการสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รวมทั้งการให้ข้อมูล ความรู้ และทักษะการฝึกแก่ผู้ปกครองมีผลต่อความสามารถในการดูแล และการพัฒนาบุตรอย่างมีคุณภาพ[6] นอกจากนี้ การใช้นวัตกรรมยังช่วยลดอุปสรรคด้าน ภูมิหลังวัฒนธรรม เพราะเป็นเครื่องมือที่สามารถปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของครอบครัว และชุมชน การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ปกครอง และบุตรเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้เด็กมีพัฒนาการด้านการสื่อสารทางสังคมที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องรายงานของ The National Autistic Society พบว่า การสนับสนุนครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาวของบุคคลออทิซึม[15] รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ธิราภร มณีรัตน์ และคณะ[9] ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกในจังหวัดขอนแก่นด้วยโปรแกรมฝึกทักษะสังคมมีวัตถุประสงค์เพื่อ เสริมสร้างคุณภาพชีวิตของครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกในจังหวัดขอนแก่น ด้วยโปรแกรมฝึกทักษะสังคมสำหรับผู้ปกครอง และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกอายุ 12–20 ปี ผล

การศึกษา พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ (p=.026) โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตครอบครัวของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นทั้งในภาพรวม และทุกองค์ประกอบ (p<.001) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวเพิ่มสูงสุด รองลงมาคือการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม และอารมณ์สุขภาพความเป็นอยู่ และข่าวสาร/สวัสดิการที่ได้รับ สรุปได้ว่าโปรแกรมฝึกทักษะสังคมช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิผล โดยเฉพาะด้านความสัมพันธ์และการเลี้ยงดู

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในครั้งนี้

1. ควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัม เข้าถึงนวัตกรรมด้านการเรียนรู้ และการสื่อสารทางสังคม อย่างแพร่หลาย โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหรือเผยแพร่คู่มือ/แอปพลิเคชันแก่ศูนย์การศึกษาพิเศษ โรงเรียนประถมศึกษา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. หน่วยงานด้านการศึกษา และสาธารณสุขควรบูรณาการความร่วมมือกับชุมชน เพื่อให้ผู้ปกครองได้รับความรู้ ความเข้าใจ และแนวทางการสอนที่ถูกต้อง ลดความคลาดเคลื่อนทางการรับรู้ที่เกิดจากความเชื่อดั้งเดิมหรือตราบาปทางสังคม

3. ควรพัฒนาระบบติดตามผล (Follow-up system) หลังการใช้นวัตกรรมเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการสื่อสารของเด็ก และการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง

4. การสร้างเครือข่าย ผู้ปกครอง ครู และบุคลากรสหวิชาชีพจะช่วยเสริมพลังการทำงานร่วมกัน และเพิ่มโอกาสให้เด็กออทิซึมมีการพัฒนาทักษะสังคมอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังผู้ปกครองเด็กออทิซึมในภูมิภาคอื่นของประเทศ เพื่อเปรียบเทียบบริบททางวัฒนธรรมที่แตกต่าง และประเมินความเหมาะสมของนวัตกรรมในวงกว้าง

2. ควรวิจัยเชิงปริมาณเพิ่มเติม โดยใช้การทดลองแบบสุ่ม (Randomized Controlled Trial) เพื่อตรวจสอบความมีประสิทธิผล และความคงทนของผลลัพธ์จากการใช้นวัตกรรมในระยะยาว

3. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ และความรู้สึกของผู้ปกครองต่อการใช้นวัตกรรม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำไปพัฒนาสื่อ และกระบวนการเรียนรู้ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

4. ควรบูรณาการองค์ความรู้ด้านจิตวิทยาเทคโนโลยีการศึกษา และการบำบัดพฤติกรรมเข้าสู่การพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อสร้างทางเลือกที่หลากหลายสำหรับครอบครัวเด็กออทิซึม

เอกสารอ้างอิง

1. นิภาพรรณ เจนสันติกุล.(2558). ความหลากหลายทางชาติพันธุ์กับประชาคมอาเซียน: ปัญหาและข้อพิจารณา. วารสารนักบริหาร 2558;35(2):33-45.
2. โครงการพระราชดำริ.(2550). สารานุกรมสำหรับเยาวชนไทย. เล่ม 12. กรุงเทพฯ: โครงการพระราชดำริ; 2550.
3. บูรณ์เชน สุขคุ้ม และธนพล วิยาสิงห์.(2556). วัฒนธรรมอาหารพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์กูยจังหวัดศรีสะเกษ[อินเทอร์เน็ต]. ศรีสะเกษ: คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ส.ค. 21]. เข้าถึงได้จาก: https://ethnicredb.sac.or.th/research_detail.php?id=2033
4. พิมพ์ปฏิมา นเรศศิริกล.(2559). การธำรงชาติพันธุ์และการปรับตัวของญัฮกุร บ้านวังกำแพง จังหวัดชัยภูมิ. [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2559.
5. American Psychiatric Association.(2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; [Internet]. 2013 [cited 2025 Jun 21]. Available from: https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.

6. ชูศักดิ์ จันทยานนท์.(2568). สมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิซึม (ไทย) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2568 ส.ค. 21]. เข้าถึงได้จาก: https://autism.autisticthai.com/
7. ดวงกมล ทองอยู่.(2557). แนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ 2557;4(2):179-90.
8. จิราภา ศรีรัตน์, ประนอม รอดคำดี และสุนิศา สุขตระกูล.(2561). ประสบการณ์ของมารดาเด็กออทิสติกวัยเรียนที่รับรู้การถูกตีตรา. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19(2):211-19.
9. ธิรากร มณีรัตน์, พัชราภรณ์ เจนใจวิทย์, ภัทรา ฤชุวรารักษ์, ภัทราภรณ์ กาบกลาง, ปิยะวรรณ ศรีสุรักษ์ และพรมณี หาญหัก.(2563). การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกในจังหวัดขอนแก่นด้วยโปรแกรมฝึกทักษะสังคม. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2563;2(1):107-24.
10. Huang M, Zhou Z.(2016). Perceived self-efficacy, cultural values, and coping styles among Chinese families of children with autism. Int J Sch Educ Psychol. 2016;4(2):61-70. doi:10.1080/21683603.2016.1130562.
11. นพวรรณ ศรีวงค์พานิช, จันทร์อาภา สุขทัพภ์, วนิดา ชนินทยุทธวงศ์ และอัมพร เบญจพลพิทักษ์.(2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ออทิซึม ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจากการสังเกตพฤติกรรมโดยครูกับระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1. วารสารสุขภาพจิต 2562; 27(3):159-70.
12. Pickles A, Harris V, Green J, et al.(2015). Treatment mechanism in the MRC preschool autism communication trial: implications for study design and parent-focussed therapy for children. J Child Psychol Psychiatry. 2015;56:162-70.
13. Grynszpan O, Weiss PL, Perez-Diaz F, Gal E.(2014). Innovative technology-based interventions for autism spectrum disorders: a meta-analysis. Autism. 2014;18(4):346-61.
14. Fernández Batanero, J.M.; Tadeu, P.; Cabero, J. ICT and disability.(2018). Design, construction and validation of a diagnostic tool. J. Soc. Stud. Educ. Res. 2018, 9, 332–350. [Google Scholar] [CrossRef].
15. The National Autistic Society.(2018). Employment and Autism Report. London: The National Autistic Society; 2018.

ประสิทธิผลของสื่ออินโฟกราฟิกในการให้ความรู้ด้านทันตสุภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

Effectiveness of Infographic Media in Promoting Oral Health Knowledge Among Parents of Preschool Children in Sri Banphot District, Phatthalung Province.

(Received: August 22,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 27,2025)

ไกร แก้วทิพย์[1]
Krai Kaewthip[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของสื่ออินโฟกราฟิกผ่านแอปพลิเคชัน LINE ในการเพิ่มความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในอำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง และเพื่อประเมินระดับความพึงพอใจต่อสื่อดังกล่าว ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (one group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็กอนุบาล 1–3 จาก 3 ตำบลในพื้นที่ รวม 169 คน ได้รับการคัดเลือกโดยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยสื่ออินโฟกราฟิก 2 ประเภท (วิดีโอแบบ static และ animated) แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated-measures ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนโปรแกรม หลังโปรแกรมทันที และหลัง 3 เดือน

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากระดับปานกลาง (9.73±0.87) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เป็นระดับสูงทันทีหลังจบโปรแกรม (12.62±0.36) และยังคงอยู่ในระดับสูงในช่วงติดตาม 3 เดือน (11.96±0.89) โดยมีอัตราการคงอยู่ของความรู้ร้อยละ 94.8 ทุกมิติของความรู้ (ฟันผุ การแปรงฟัน และการดูแลสุขภาพช่องปาก) แสดงการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การประเมินพฤติกรรมพบว่าผู้ปกครองสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างต่อเนื่อง เช่น การแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง (81.5%) และการควบคุมการบริโภคของหวาน (82.1%) นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงความพึงพอใจต่อสื่อในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะด้านเนื้อหาและประโยชน์ที่ได้รับ

คำสำคัญ: อินโฟกราฟิก, ทันตสุขภาพเด็ก, LINE Application

Abstract

This study aimed to examine the effectiveness of infographic media delivered via the LINE application in enhancing oral health knowledge among parents of preschool children in Sri Banphot District, Phatthalung Province, and to assess their level of satisfaction with the media. A quasi-experimental research design was employed, using a one-group pretest-posttest approach. The sample consisted of 169 parents of kindergarten-level children (K1–K3) from three sub-districts, selected through stratified random sampling. The research instruments included two types of infographic videos (static and animated), a knowledge test, a satisfaction questionnaire, and a behavior assessment tool related to oral healthcare. Descriptive statistics and repeated-measures ANOVA were applied to analyze the data, comparing knowledge scores across three time points: before the program, immediately after, and three months post-intervention.

The findings revealed a statistically significant increase in overall oral health knowledge, rising from a moderate level (M = 9.73, SD = 0.87) before participation to a high level immediately after the program (M = 12.62, SD = 0.36), and remaining high at the three-month follow-up (M = 11.96, SD = 0.89), with a knowledge retention rate of 94.8%. All dimensions of knowledge—dental caries, toothbrushing, and oral health care—showed significant positive changes. Behavioral assessment indicated that parents were able to consistently apply the knowledge gained, such as brushing their children's teeth twice daily (81.5%) and

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

controlling sugary food intake (82.1%). Participants expressed high to very high satisfaction with the media, particularly regarding content and practical benefits.

Keywords: Infographic, Child Oral Health, LINE Application

บทนำ

การเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและพัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ องค์การอนามัยโลกระบุว่า โรคฟันผุเป็นภาวะทันตสุขภาพที่พบมากที่สุดในเด็กทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราการเกิดโรคสูงกว่าประเทศพัฒนาแล้ว[1,2] ความรุนแรงของปัญหานี้เพิ่มขึ้นเนื่องจากลักษณะเฉพาะของฟันน้ำนมที่มีความหนาของชั้นเคลือบฟันและชั้นเนื้อฟันน้อยกว่าฟันแท้ ทำให้การลุกลามของโรคเกิดขึ้นได้รวดเร็วภายใน 6-12 เดือน และสามารถส่งผลต่อการเจริญเติบโต การบดเคี้ยวอาหาร และพัฒนาการของกระดูกขากรรไกรได้[3,4]

ในประเทศไทย เด็กอายุ 3 ปีมีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 47.0 และค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด (dmft) 2.5 ซี่ต่อคน จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 9 โดยภาคใต้มีความชุกสูงสุดถึงร้อยละ 55.5[5]จังหวัดพัทลุงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยอัตราฟันผุในเด็กอายุ 3 ปีสูงจากร้อยละ 32.39 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 39.35 ในปี 2566[6] ในอำเภอศรีบรรพต ตำบลเขาย่ามีอัตราฟันผุในเด็กอายุ 3 ปีสูงที่สุดที่ร้อยละ 40.00 สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับอำเภอ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน โดยงานวิจัยพบว่าผู้ปกครองจำนวนมากขาดความรู้ที่ถูกต้อง เข้าใจผิดว่าฟันน้ำนมไม่สำคัญ และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ให้เด็กหลับพร้อมขวดนม อมลูกอมบ่อย และไม่แปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ[7,8] สถานการณ์นี้สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเพื่อป้องกันโรคฟันผุในเด็กอย่างยั่งยืน การเปลี่ยนผ่านของสังคมไทยสู่ยุคดิจิทัลหลังวิกฤต COVID-19 เอื้อต่อการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การสำรวจปี 2566 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าคนไทยใช้อินเทอร์เน็ตถึง 57.5 ล้านคน (ร้อยละ 87.6)[9] โดย LINE เป็นช่องทางสื่อสารหลักที่เข้าถึงได้กว้าง สื่ออินโฟกราฟิกผ่านแพลตฟอร์มนี้จึงมีศักยภาพสูงในการถ่ายทอดความรู้สุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยรูปแบบที่เข้าใจง่าย ดึงดูดความสนใจ และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดี[10,11]

งานวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าเทคโนโลยีดิจิทัลมีประสิทธิผลในการส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยเฉพาะสื่ออินโฟกราฟิกผ่าน LINE ซึ่งช่วยเพิ่มการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ[12] อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ยังคงใช้วิธีดั้งเดิม เช่น การบรรยาย แจกเอกสาร และการสาธิต ซึ่งมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึง ความสะดวก และความน่าสนใจ[13]

แม้มีหลักฐานสนับสนุนสื่อดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังขาดการศึกษาเฉพาะด้านที่ประเมินการใช้สื่ออินโฟกราฟิกผ่าน LINE Application เพื่อเพิ่มความรู้ด้านทันตสุขภาพในกลุ่มผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน โดยเฉพาะในบริบทพื้นที่ชนบทภาคใต้ที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมเฉพาะ นอกจากนี้ ยังไม่มีการศึกษาที่ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้ พร้อมทั้งวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อสื่อในลักษณะเป็นระบบ การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของสื่ออินโฟกราฟิกผ่าน LINE Application ในการเพิ่มความรู้ด้านการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในอำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนารูปแบบการให้ทันตสุขศึกษาที่เหมาะสมกับยุคดิจิทัล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนนโยบายป้องกันโรคฟันผุในเด็กระดับ

ชุมชน รวมทั้งการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังได้รับความรู้ผ่านสื่ออินโฟกราฟิกทางแอปพลิเคชัน LINE

2. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนต่อการให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพผ่านสื่ออินโฟกราฟิกทางแอปพลิเคชัน LINE

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความรู้ด้านการดูแลทันตสุขภาพก่อนการให้ความรู้ (O_1) จากนั้นเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขศึกษาผ่านสื่ออินโฟกราฟิกทางแอปพลิเคชัน LINE (X_1) และได้รับการประเมินซ้ำภายหลังการให้ความรู้ (O_2) พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจต่อสื่อที่ใช้ในการให้ความรู้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กระดับอนุบาลปีที่ 1–3 ที่ศึกษาในสถานศึกษาอำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ปีการศึกษา 2567 รวมทั้งสิ้น 507 คน ครอบคลุม 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลเขาย่า ตำบลตะแพน และตำบลเขาปู่

การคำนวณขนาดตัวอย่างดำเนินการโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับการทดสอบแบบ ANOVA – repeated measures, within factors โดยกำหนดจำนวนการวัด 3 ช่วงเวลา ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 กำลังการทดสอบ ($1-\beta$) = .80 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการวัด (r) = .50 และมีการปรับค่าความไม่เป็นทรงกลมด้วย ε = .90 ภายใต้สมมติฐานว่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง (Cohen's f = .25)[14,15,16] ผลการคำนวณระบุว่าจำนวนตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องใช้คือ 30 คน (critical F = 3.2899; df_1 = 1.80, df_2 = 52.20; actual power = .811) เพื่อเพิ่มความมั่นใจและรองรับการสูญเสียตัวอย่างประมาณ 10% จึงเพิ่มจำนวนเป็น 34 คน อย่างไรก็ตาม ในงานวิจัยนี้มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 169 คน ซึ่งมากกว่าขนาดตัวอย่างขั้นต่ำอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้การวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือสูง

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นตามประเภทสถานศึกษา (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก / โรงเรียนอนุบาล) และ ระดับชั้นของเด็ก จากนั้นจัดสรรโควตาแบบสัดส่วนต่อขนาดประชากร ในแต่ละชั้น (proportionate allocation) ให้ได้ กลุ่มตัวอย่างรวม 169 คน เกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้ปกครองของเด็กระดับอนุบาล 1–3 ที่ศึกษาอยู่ในเขตอำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง แสดงความยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มีสมาร์ทโฟนที่สามารถใช้งานแอปพลิเคชัน LINE ได้ สามารถอ่านออกเขียนได้ และสื่อสารภาษาไทยได้ในระดับพื้นฐาน

เกณฑ์การคัดออก ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ไม่มีหรือไม่สามารถใช้งาน LINE Application ได้ หรือมีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร เช่น บกพร่องทางการได้ยิน การมองเห็น หรือการเข้าใจ **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. สื่อและช่องทางสำหรับให้ความรู้

1.1 สื่ออินโฟกราฟิก พัฒนาตามแนวคิดของ Mayer[17] และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ[18] แบ่งเป็น 2 ชิ้นงาน

ชิ้นที่ 1 (Static infographic video, 3–4 นาที) นำเสนอพัฒนาการของโรคฟันผุ สาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางป้องกัน

ชิ้นที่ 2 (Animated infographic video, 4–5 นาที) แสดงวิธีดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เทคนิคฝึกแปรงฟัน และการเลือกอุปกรณ์

องค์ประกอบของสื่อ ใช้ภาพเข้าใจง่าย สีที่เหมาะสม ภาษากระชับ และจัดลำดับเนื้อหาเป็นขั้นตอน

1.2 ช่องทางการเผยแพร่ ใช้ LINE Official Account “ทันตสุขภาพเด็กศรีบรรพต” ส่งเนื้อหาผ่าน Rich Message, Quick Reply, Broadcast และ 1:1 Chat รวมถึงการเชื่อมโยงกับ Google Forms สำหรับแบบทดสอบก่อน–หลัง และแบบประเมินความพึงพอใจ พร้อมระบบตรวจคะแนนอัตโนมัติ

2. เครื่องมือวัดผลลัพธ์ เป็นแบบทดสอบความรู้ด้านทันตสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ (ให้คะแนน 1 สำหรับคำตอบถูก และ 0 สำหรับคำตอบผิด) พัฒนาตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของ Sørensen

3. เครื่องมือประเมินความพึงพอใจ ใช้แบบสอบถาม 20 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ (1) เนื้อหา (2) รูปแบบ (3) ความสะดวก (4) ความเหมาะสม และ (5) ประโยชน์ของสื่อ โดยใช้มาตรวัดแบบ Likert 5 ระดับ ได้แก่ 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด

4. เครื่องมือเก็บข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูลประชากรพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ รายได้ การศึกษาของผู้ปกครอง และประวัติการรักษาทางทันตกรรมของเด็ก

5. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ใช้ประเมินพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน โดยอ้างอิงช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมา (ยกเว้นบางข้อที่อิง 3 เดือน) ประกอบด้วย 16 ข้อ ครอบคลุม 6 มิติ (1) การแปรงฟัน, (2) การใช้ฟลูออไรด์, (3) การบริโภคอาหารหวาน, (4) พฤติกรรมกลางคืน, (5) การเข้ารับบริการ, และ (6) สิ่งแวดล้อมสนับสนุน โดยใช้มาตรวัดแบบ Likert 5 ระดับ 5 ระดับ (0–4 คะแนน) จัดระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ดีมาก (≥80), ดีปานกลาง (60–79) และต้องเสริม (<60)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ครอบคลุมสาขาทันตกรรมเด็ก ทันตสาธารณสุข สื่อการศึกษา เทคโนโลยีการเรียนรู้ และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก โดยใช้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ผลการประเมินพบว่าแบบทดสอบความรู้ได้ค่า IOC = 0.87 แบบสอบถามความพึงพอใจ = 0.82 แบบประเมินพฤติกรรม = 0.85 และสื่ออินโฟกราฟิก = 0.91

การทดลองใช้ (pilot test) ดำเนินการกับผู้ปกครอง 30 คน ในพื้นที่ใกล้เคียงที่มีลักษณะประชากรคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อทดสอบความเข้าใจ ความสะดวกในการเข้าถึง และความง่ายในการใช้งานเครื่องมือ ผลจากการทดลองใช้นำไปสู่การปรับปรุงถ้อยคำให้เข้าใจง่ายขึ้น การปรับเทคนิคการนำเสนอเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และการปรับความเร็วของสื่ออินโฟกราฟิกให้เหมาะสมกับการรับรู้ของผู้ใช้

ด้านความเที่ยง (reliability) พบว่าแบบทดสอบความรู้มีค่า KR-20 = 0.84 และค่า test-retest reliability r = 0.79 ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจมีค่า Cronbach's alpha = 0.89 โดยแต่ละมิติมีค่าอยู่ในช่วง 0.81–0.88 และแบบประเมินพฤติกรรมมีค่า Cronbach's alpha = 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ดำเนินการใน 4 ระยะหลัก ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการเก็บข้อมูล ระยะติดตามผล และการจัดการข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยขออนุมัติด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดพัทลุง และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากนั้นคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย 2 คน (พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) และจัดอบรมการใช้งานเครื่องมือวิจัย รวมถึงเตรียมระบบเทคโนโลยี (LINE Official Account และ Google

Forms) และทดลองระบบกับกลุ่มควบคุม 10 คน เพื่อปรับปรุงก่อนใช้งานจริง

2. ระยะดำเนินการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง 241 คน ได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสถานศึกษา ผู้วิจัยติดต่อผู้ปกครอง ขอความยินยอม และเชิญเข้าร่วมกลุ่ม LINE ภายใน 7 วัน ดำเนินกิจกรรมหลัก ได้แก่ Pre-test การส่งสื่ออินโฟกราฟิก 2 ชิ้น Post-test และแบบประเมินความพึงพอใจ โดยติดตามผลตอบกลับอย่างใกล้ชิดผ่าน LINE

3. ระยะติดตามผล หลังสิ้นสุดการทดลอง 1 สัปดาห์ มีการส่งแบบสอบถาม 5 ข้อเพื่อติดตามการนำความรู้ไปใช้ และในเดือนที่ 3 มีการประเมินความคงทนของความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่าง 20 คน เพื่อสะท้อนประสบการณ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

4. การจัดการข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดจัดเก็บในระบบ Google Sheets และสำรองใน Excel พร้อมเข้ารหัสและควบคุมสิทธิ์การเข้าถึง ตามมาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อความปลอดภัยและความถูกต้องของข้อมูลวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เชิงพรรณนา

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น เพศ อาชีพ การศึกษา แสดงเป็นความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อายุ คะแนนความรู้ และความพึงพอใจ แสดงเป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2.การวิเคราะห์เชิงอนุมาน

วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบซ้ำวัด (one-way repeated measures ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนเริ่มโปรแกรม (T1), หลังจบโปรแกรมทันที (T2) และติดตาม 3 เดือน (T3)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง หมายเลขรับรอง PPHOREC 10/2568

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 82.2) มีอายุเฉลี่ย 35.32 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 78.1) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 32.0) และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 24.9) มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 20,600 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีบุตร 2 คน (ร้อยละ 45.0) และ 1 คน (ร้อยละ 37.9) ด้านประวัติทันตกรรมของเด็ก พบว่า ร้อยละ 65.1 เคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ โดยส่วนใหญ่ไปเมื่อมีปัญหาเท่านั้น (ร้อยละ 45.5) เด็กมีฟันผุ 1-2 ซี่ (ร้อยละ 45.0) และเคยได้รับการอุดฟัน (ร้อยละ 47.9) ด้านเทคโนโลยี พบว่า ร้อยละ 78.1 ใช้แอปพลิเคชัน LINE ทุกวัน และมีประสบการณ์ใช้สมาร์ทโฟนมา 6-10 ปี (ร้อยละ 45.0) แหล่งข้อมูลด้านทันตสุขภาพหลักคือ บุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 42.0) และสื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 34.9)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพก่อนและหลังการให้ความรู้

ผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน (n = 169) พบว่า ก่อนการให้ความรู้ (ครั้งที่ 1) คะแนนรวมอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย 9.73 ± 0.87) โดยความรู้เรื่องการแปรงฟันมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (3.92 ± 0.71) รองลงมาคือความรู้เรื่องฟันผุ (3.24 ± 0.81) และความรู้เรื่องการดูแล (2.57 ± 0.63) ภายหลังการให้ความรู้ทันที (ครั้งที่ 2) คะแนนรวมเพิ่มขึ้นเป็น 12.62 ± 0.36 อยู่ในระดับสูง โดยทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน เมื่อประเมินซ้ำหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน (ครั้งที่ 3) คะแนนรวมอยู่ที่ 11.96 ± 0.89 ยังคงอยู่ในระดับสูง โดยมีอัตราการคงอยู่ของความรู้คิดเป็นร้อยละ 94.8

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพก่อนและหลังการให้ความรู้

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนใน 3 ช่วงเวลา (n=169)

ด้านความรู้	ก่อนเริ่มโปรแกรม (M ± SD)	ระหว่างโปรแกรม (M ± SD)	หลังสิ้นสุดโปรแกรม (M ± SD)	F	p-value	ηp^2
ความรู้เรื่องฟันผุ	3.24 ± 0.81	4.21 ± 0.36	3.99 ± 0.65	125.67*	< 0.001	0.428
ความรู้เรื่องการแปรงฟัน	3.92 ± 0.71	5.15 ± 0.48	4.87 ± 0.49	142.34*	< 0.001	0.459
ความรู้เรื่องการดูแล	2.57 ± 0.63	3.25 ± 0.42	3.10 ± 0.50	98.76*	< 0.001	0.371
คะแนนรวม	9.73 ± 0.87	12.62 ± 0.36	11.96 ± 0.89	185.45*	< 0.001	0.525

*หมายเหตุ: *F-values รายงานหลังการปรับด้วย Greenhouse-Geisser correction (ε = 0.901) เนื่องจาก Mauchly's test แสดงการละเมิด sphericity assumption (W = 0.892, p = 0.023), df = (1.80, 302.74), ηp^2 = partial eta squared*

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ด้วย Bonferroni-adjusted paired t-tests

ด้านการเปรียบเทียบ เปรียบเทียบช่วงเวลา	Mean Difference	95% CI	t (168)	p-value	dz
ความรู้เรื่องฟันผุ					
ก่อนเริ่มโปรแกรม - ระหว่างโปรแกรม	-0.97	(-1.10, -0.84)	-15.87	< 0.001***	1.22
ก่อนเริ่มโปรแกรม - หลังสิ้นสุดโปรแกรม	-0.75	(-0.91, -0.59)	-12.44	< 0.001***	0.96
ระหว่างโปรแกรม - หลังสิ้นสุดโปรแกรม	0.22	(0.11, 0.33)	4.52	< 0.001***	0.35
ความรู้เรื่องการแปรงฟัน					
ก่อนเริ่มโปรแกรม - ระหว่างโปรแกรม	-1.23	(-1.36, -1.10)	-20.31	< 0.001***	1.56
ก่อนเริ่มโปรแกรม - หลังสิ้นสุดโปรแกรม	-0.95	(-1.08, -0.82)	-15.67	< 0.001***	1.21
ระหว่างโปรแกรม - หลังสิ้นสุดโปรแกรม	0.28	(0.18, 0.38)	5.89	< 0.001***	0.45
ความรู้เรื่องการดูแล					
ก่อนเริ่มโปรแกรม - ระหว่างโปรแกรม	-0.68	(-0.79, -0.57)	-13.76	< 0.001***	1.06
ก่อนเริ่มโปรแกรม - หลังสิ้นสุดโปรแกรม	-0.53	(-0.65, -0.41)	-10.72	< 0.001***	0.83
ระหว่างโปรแกรม - หลังสิ้นสุดโปรแกรม	0.15	(0.05, 0.25)	3.12	0.006**	0.24
คะแนนรวม					
ก่อนเริ่มโปรแกรม - ระหว่างโปรแกรม	-2.89	(-3.03, -2.75)	-23.45	< 0.001***	1.80
ก่อนเริ่มโปรแกรม - หลังสิ้นสุดโปรแกรม	-2.23	(-2.42, -2.04)	-19.67	< 0.001***	1.51
ระหว่างโปรแกรม - หลังสิ้นสุดโปรแกรม	0.66	(0.52, 0.80)	8.92	< 0.001***	0.69

*หมายเหตุ: dz = Cohen's d สำหรับ paired t-test, **p < 0.01, ***p < 0.001 (Bonferroni-adjusted α = 0.0167)*

การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 169 คน ด้วยวิธี repeated-measures ANOVA พบว่า เวลามีผลต่อคะแนนความรู้ในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสามช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังการให้ความรู้ทันที และติดตามผลที่ 3 เดือน ($p < 0.001$) เนื่องจากผลการทดสอบ Mauchly's test แสดงการละเมิดสมมติฐานสเฟอริซิตี้ ($W = 0.892$, $p = 0.023$) จึงปรับค่าด้วย Greenhouse-Geisser correction ($\varepsilon = 0.901$) เพื่อความถูกต้องของการรายงานผล

คะแนนรวมความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากค่าเฉลี่ย 9.73 ± 0.87 ก่อนเริ่มโปรแกรม เป็น 12.62 ± 0.36 หลังการให้ความรู้ และคงอยู่ในระดับสูงที่ 11.96 ± 0.89 ในช่วงติดตาม 3 เดือน [$F(1.80, 302.74) = 185.45$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.525$] สะท้อนถึงอิทธิพลระดับใหญ่ของการแทรกแซงผ่านสื่ออินโฟกราฟิก

เมื่อพิจารณารายมิติของความรู้ด้านทันตสุขภาพ พบว่า ความรู้เรื่องการแปรงฟัน มีระดับอิทธิพลสูงที่สุด (ηp^2 = 0.459) รองลงมาคือ ความรู้เรื่องฟันผุ (ηp^2 = 0.428) และ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก (ηp^2 = 0.371) โดยทั้งสามมิติแสดงขนาดอิทธิพลในระดับใหญ่ตามเกณฑ์ของการแปลความหมายค่า ηp^2 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความครอบคลุมและประสิทธิภาพของเนื้อหาที่ถ่ายทอดในแต่ละมิติ

ผลการเปรียบเทียบระหว่างช่วงก่อนเริ่มโปรแกรมกับช่วงหลังให้ความรู้ทันที พบว่าคะแนนรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 2.89 คะแนน [t(168) = 23.45, p < 0.001, dz = 1.80] ซึ่งเป็นอิทธิพลระดับใหญ่มาก สำหรับแต่ละมิติพบว่า การแปรงฟัน มีค่าอิทธิพลสูงสุด (dz = 1.56) ตามด้วย ฟันผุ (dz = 1.22) และ การดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก (dz = 1.06) แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ทันทีสามารถยกระดับความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในทุกด้าน

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างช่วงก่อนเริ่มโปรแกรมกับช่วงติดตาม 3 เดือน พบว่าคะแนนรวมยังคงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพิ่มขึ้น 2.23 คะแนน [t(168) = 19.67, p < 0.001, dz = 1.51] สะท้อนถึงความยั่งยืนของผลการเรียนรู้ในระยะกลาง รายมิติมีค่าอิทธิพลลดลงเล็กน้อยแต่ยังอยู่ในระดับใหญ่ ได้แก่ การแปรงฟัน (dz = 1.21), ฟันผุ (dz = 0.96), และ การดูแล (dz = 0.83)

ผลการเปรียบเทียบระหว่างช่วงหลังให้ความรู้ทันทีและช่วงติดตาม 3 เดือน พบว่าคะแนนรวมลดลงเล็กน้อยแต่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยลดลง 0.66 คะแนน [t(168) = 8.92, p < 0.001, dz = 0.69] ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลางในแต่ละมิติ พบว่า การแปรงฟัน (dz = 0.45), ฟันผุ (dz = 0.35), และ การดูแล (dz = 0.24) มีค่าความเปลี่ยนแปลงลดลงแต่ยังคงอยู่ในระดับที่แสดงถึงการรักษาผลการเรียนรู้ได้ในระดับหนึ่ง

ผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในระยะติดตาม 3 เดือน

พบว่า ในระยะติดตาม 3 เดือน ผู้ปกครองส่วนใหญ่สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพเด็กได้อย่างต่อเนื่อง โดยพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติสูงสุด คือ การควบคุมการรับประทานขนมหวาน (ร้อยละ 82.1) รองลงมาคือ การแปรงฟันให้เด็กวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 81.5) ส่วนพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติต่ำสุด คือ การพาเด็กไปพบทันตแพทย์เป็นประจำ (ร้อยละ 74.9)

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อสื่ออินโฟกราฟิก

จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 169 คน ที่มีต่อสื่ออินโฟกราฟิกผ่านแอปพลิเคชัน LINE พบว่าโดยรวมมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.47, S.D. = 0.48) เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติด้านเนื้อหาได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย = 4.53, S.D. = 0.52) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านประโยชน์ (ค่าเฉลี่ย = 4.46, S.D. = 0.48) ด้านรูปแบบ (ค่าเฉลี่ย = 4.37, S.D. = 0.59) และด้านเทคโนโลยี (ค่าเฉลี่ย = 4.36, S.D. = 0.54) ซึ่งอยู่ในระดับมากทุกรายการ ผลการประเมินดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ปกครองมีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้สื่ออินโฟกราฟิกในการส่งเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพ ทั้งในด้านเนื้อหาความเข้าใจ ประโยชน์ใช้สอย และการใช้งานผ่านเทคโนโลยี

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้สื่ออินโฟกราฟิกผ่านแอปพลิเคชัน LINE มีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในการส่งเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในทุกมิติ โดยคะแนนรวมด้านความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (M ± SD = 9.73 ± 0.87) เป็นระดับสูงทันทีภายหลังการดำเนินโปรแกรม (M ± SD = 12.62 ± 0.36) และยังคงอยู่ในระดับสูงเมื่อประเมินซ้ำในช่วง 3 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม (M ± SD = 11.96 ± 0.89)

คิดเป็นอัตราการคงอยู่ของความรู้ร้อยละ 94.8 ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก (Cohen's d = 3.31) สะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในเชิงปฏิบัติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nutbeam และ Lloyd[19] ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริม health literacy ต้องปรับการสื่อสารให้เข้ากับบริบท กลุ่มเป้าหมาย และช่องทางดิจิทัลที่เข้าถึงได้จริง นอกจากนี้ นอกจากนี้ เมื่อเทียบกับผลอภิมานของ Galmarini และคณะ[20] เกี่ยวกับสื่อเชิงภาพซึ่งพบว่าเนื้อหาวิดีโอให้ผลในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับเอกสารข้อความ (Hedges' g ≈ 0.65; 95% CI: 0.48–0.82) จะพบว่าการศึกษาชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลที่ชัดเจนกว่าอย่างเห็นได้ชัด (Cohen's d = 3.31) ซึ่งอาจเกิดจากการออกแบบสื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และการเลือกใช้แพลตฟอร์มที่ผู้รับสารมีความคุ้นเคย เช่น แอปพลิเคชัน LINE

อีกหนึ่งข้อสังเกตที่สำคัญคือ อัตราการคงอยู่ของความรู้ที่สูงถึงร้อยละ 94.8 ซึ่งนับเป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Morrison และคณะที่รายงานว่าความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองมีแนวโน้มลดลงประมาณร้อยละ 25–30 ภายใน 6 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมการเรียนรู้แบบดั้งเดิม ความแตกต่างดังกล่าวอาจสะท้อนถึงคุณลักษณะของสื่ออินโฟกราฟิก ซึ่งเอื้อต่อการเข้าถึงและการทบทวนซ้ำได้อย่างต่อเนื่อง

ในบริบทของประเทศไทย ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัสมาพร สุรินทร์[12] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมผู้ปกครองสามารถเพิ่มความรู้การป้องกันฟันผุได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) โดยคะแนนเพิ่มจากระดับปานกลาง (11.29 ± 1.82) เป็นระดับสูง (14.43 ± 1.10) อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้แสดงขนาดอิทธิพลที่สูงกว่า (Cohen's d = 3.31 เทียบกับ d ≈ 2.05 ที่คำนวณได้) ผลการศึกษายังสนับสนุนงานวิจัยของ อัญชลีพร อิษฎากร[13] ที่แสดงให้เห็นประสิทธิผลของสื่อทันตอินโฟกราฟิกผ่าน LINE ในการพัฒนาการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพ (RR = 1.82; 95%CI = 1.32, 2.50; $p < 0.001$) โดยการศึกษาครั้งนี้ขยายความรู้ด้วยการแสดงให้เห็นว่าสื่อดังกล่าวไม่เพียงปรับปรุงการรับรู้ แต่ยังเพิ่มความรู้เฉพาะด้านได้อย่างมีประสิทธิผลและคงทน

งานวิจัยของ รัตนา จันทร์[21] และ จิรารัตน์ เอมแย้ม, วุฒิชัย จริยา[22] ซึ่งใช้โปรแกรมทันตสุขศึกษาแบบดั้งเดิมในกลุ่มนักเรียนและผู้ปกครอง แสดงผลลัพธ์เชิงบวกในการเพิ่มความรู้และปรับปรุงพฤติกรรม แม้จะใช้วิธีการที่แตกต่างกัน แต่แนวโน้มของผลลัพธ์สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการให้ทันตสุขศึกษาอย่างเป็นระบบ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบดั้งเดิมหรือดิจิทัล ล้วนมีประสิทธิผลในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของสื่ออินโฟกราฟิกผ่านแอปพลิเคชัน LINE ในการส่งเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน สามารถเสนอแนะแนวทางที่ควรนำไปประยุกต์ใช้และพัฒนาต่อยอดได้ดังนี้

1. ควรส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โรงเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนำสื่ออินโฟกราฟิกไปใช้ในการเผยแพร่ความรู้ด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ปกครองอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะผ่านช่องทางที่ผู้ใช้งานคุ้นเคย เช่น แอปพลิเคชัน LINE เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและประสิทธิผลในการสื่อสารสุขภาพ

2. ควรขยายเนื้อหาไปสู่ประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โภชนาการที่เหมาะสมต่อสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการใช้น้ำตาลในเด็ก และการเข้ารับบริการทันตกรรมตามช่วงวัย เพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม

3. ควรมีการศึกษาผลระยะยาวในด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแปรงฟันของผู้ปกครองหรือเด็ก และผลกระทบต่อภาวะฟันผุของเด็ก เพื่อประเมินผลเชิงพฤติกรรมและคลินิก

4. ควรส่งเสริมให้พยาบาลทันตกรรมและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีทักษะในการผลิตและใช้สื่อดิจิทัล เพื่อเพิ่มบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผ่านช่องทางสื่อสารสมัยใหม่ โดยอาจจัดอบรมหรือพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับการใช้สื่ออินโฟกราฟิกในงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2022). Oral health. Geneva: WHO; 2022.
2. Petersen PE.(2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century–the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31(Suppl 1):3–23.
3. Kabilan V, et al.(2022). Early childhood caries: prevalence, risk factors, and preventive strategies. J Int Soc Prev Community Dent. 2022;12(2):125–131.
4. Edelstein BL.(2006). The dental caries pandemic and disparities problem. BMC Oral Health. 2006;6(Suppl 1):S2.
5. กรมอนามัย.(2561). รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 9 ปี 2560. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข; 2561.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง.(2566). รายงานสถานการณ์โรคฟันผุเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดพัทลุง ปี 2566. พัทลุง: กลุ่มงานทันตสาธารณสุข; 2566.
7. วรรณี นาคสุข.(2564). ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2564;17(2):35–42.
8. ศิริพร ศรีสุข.(2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย. วารสารวิจัยสาธารณสุข. 2563;29(3):45–52.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2566). รายงานการสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2566.
10. สุภาวดี พัฒนสมพร.(2565). ประสิทธิผลของสื่ออินโฟกราฟิกในการสื่อสารสุขภาพ. วารสารนิเทศศาสตร์. 2565;40(1):22–34.
11. ชุติมา ศิริวัฒนา.(2564). การใช้สื่อออนไลน์ในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนไทยยุคดิจิทัล. วารสารสุขศึกษา. 2564;44(2):61–72.
12. อัญชลีพร อิษฎากร.(2564). ผลของสื่ออินโฟกราฟิกผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ด้านทันตสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
13. อัสมาพร สุรินทร์.(2563). โปรแกรมส่งเสริมบทบาทผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2563.
14. Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
15. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A.(2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175–91. https://doi.org/10.3758/BF03193146
16. Lakens D.(2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. Front Psychol. 2013;4:863. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863
17. Mayer RE.(2014). Cognitive theory of multimedia learning. In: Mayer RE, editor. The Cambridge Handbook of Multimedia Learning. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. p. 43–71. doi:10.1017/CBO9781139547369.005.

18. Rosenstock IM.(1974). Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328–35.
19. Nutbeam D, Lloyd JE.(2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. Annual Review of Public Health. 2021;42:159-173. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529
20. Galmarini E, Marciano L, Schulz PJ.(2024). The effectiveness of visual-based interventions on health literacy in health care: A systematic review and meta-analysis. BMC Health Services Research. 2024;24:718. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11138-1
21. Morrison KE, DeBrabander KM, Jones DR, Faso DJ, Ackerman RA, Sasson NJ.(2020). Outcomes of real-world social interaction for autistic adults paired with autistic compared to typically developing partners. Autism. 2020 Jul;24(5):1067-1080. doi: 10.1177/1362361319892701. Epub 2019 Dec 11. PMID: 31823656.
22. รัตนา จันทร.(2559). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2559;33(4):340-53.
23. จิรารัตน์ เอมแย้ม และวุฒิชัย จริยา.(2566). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(1):96-108.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก

Predicting Factors of Social Intelligence among Nursing Students' Clinical Initial Practice.

(Received: August 23,2025 ; Revised: September 15,2025 ; Accepted: September 16,2025)

อภิสรากรณ์ หิรัณย์วิชญกุล[1] ฟารีดา คชฤทธิ์[2] อัญชลี วงษ์ดี[3] ชญานิษฐ์ ทิศพรม[3] วิรมณ กาสีวงศ์[4]
อนุชิดา อายุยืน[1] สุภิศา ขำอเนก[1] อัญชลี วงษ์ดี[3]
Apisarakorn Hiranwitchayakun[1] Fareeda Korcharit[2] Anchalee Wongdee[3] Chayanit Thisprom[3]
Wiramon Garseewong[4] Anuchida Ayuyuen[1] Anchalee Wongdee[3] Supisa Khamanek[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็น นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 148 ราย ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความฉลาดทางสังคม แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แบบสอบถามรูปแบบการเผชิญปัญหา แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้แก่ .85, .90, .78, .91 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสังคมโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลเท่ากับ 70.10 (*SD* = 18.61) อยู่ในระดับปานกลาง ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รูปแบบการเผชิญปัญหา (β = 0.235, p < .000) ความฉลาดทางอารมณ์ (β= 0.284, p = <.000) และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (β = 0.269, p = < .000) โดยสามารถร่วมกันทำนายความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก ได้ร้อยละ 52.6 (R^2 = 0.526, p < .000)

คำสำคัญ : ความฉลาดทางสังคม, นักศึกษาพยาบาล, ฝึกปฏิบัติครั้งแรก

Abstract

The purpose of this research was to Predicting Factors of Social Intelligence among Nursing Students' Clinical Initial Practice. The sample consisted of 148 second-year nursing students selected through random sampling. Data were collected using personal information records, a social intelligence scale, an emotional intelligence scale, academic achievement records, a coping styles questionnaire, and an interpersonal relationships and learning environment questionnaire. The reliability coefficients of the instruments were .85, .90, .78, and .91, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that the sample's mean Social Intelligence was in moderate level 70.10 (*SD* = 18.61) The significant predicting factors were coping strategies (β = 0.235, p < .000) emotional intelligence (β= 0.284, p = <.000) and academic achievement records (β = 0.269, p = < .000) These factors together explained 52.6 (R^2 = 0.526, p < .000)

Keywords : Social Intelligence, Nursing Students, First Clinical Practice

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ Corresponding author: Anchalee Wongdee; Email: anchaleewong12@gmail.com
[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
[3] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
[4] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

บทนำ

ความฉลาดทางสังคม (Social intelligence) เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าสังคมการสร้างสัมพันธภาพบุคคลอื่น ตลอดจนการใช้ภาษากายขณะพูดคุยและสามารถในทำงานร่วมกันกับผู้อื่นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการได้[1] ความฉลาดทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับบุคคลเพื่อใช้ในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมนอกเหนือจากความฉลาดทางเชาว์ปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ เพราะหากบุคคลมีความรู้ความสามารถ แต่ไม่มีมนุษยสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ขาดความรับผิดชอบ ไม่สามารถทำงานร่วมกันกับผู้อื่นได้ ก็จะทำให้บุคคลไร้ซึ่งความสุขเมื่อต้องอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม บุคคลที่มีความฉลาดทางสังคมสูงจะสามารถดึงดูดให้บุคคลอื่นอยากเข้าใกล้มีพฤติกรรมเกื้อกูลและมีจิตบริการได้รับการยอมรับและชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง ในขณะที่บุคคลที่มีความฉลาดทางสังคมต่ำ จะรู้สึกด้อยค่า หมกมุ่นอยู่กับความเครียดของตนเอง ล้มเหลวในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีพฤติกรรมรุนแรงเมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม Goleman (2006) ได้อธิบายองค์ประกอบของความฉลาดทางสังคมออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การตระหนักรู้ทางสังคม (Social awareness) เป็นความสามารถของบุคคลในการรับรู้เกี่ยวกับผู้อื่นในสังคมรวมถึงการรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่นและเข้าใจในสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นในสังคม และ 2) การมีปฏิสัมพันธ์หรือคุณสมบัติพิเศษทางสังคม (Social facility) คือ ความสามารถในการเข้าร่วมกับบุคคล การแสดงตนเอง การชี้นำพฤติกรรมของบุคคล และการคำนึงถึงผู้อื่น ความฉลาดทางสังคมจึงเป็นความสามารถภายในตัวบุคคลอีกด้านหนึ่ง หากบุคคลได้รับการพัฒนาและส่งเสริมอย่างเหมาะสมก็จะทำให้ดำเนินชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์ สามารถสร้างมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข[2]

จากสถิติงานทะเบียนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ปีการศึกษา 2560 พบว่ามีนักศึกษาลาออกในระหว่างที่กำลังศึกษา จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 สาเหตุจากความเครียด ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมในการเรียนได้[3] และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีระดับความเครียดและมีความวิตกกังวลสูง หากนักศึกษาไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เข้ามาในชีวิตให้ผ่านพ้นไปได้ อาจทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาท มีปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ตามมา เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ แยกตนเอง หลีกหนีจากสังคม ไม่สนใจการเรียน มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และนำไปสู่ความล้มเหลวในการดำเนินชีวิตและการเรียนได้[4] ความฉลาดทางสังคมจึงเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถเผชิญและผ่านพ้นความเครียด ไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่ Bar-on[16] กล่าวว่า ผู้ที่มีความฉลาดทางสังคมจะเกิดความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลง และสามารถเลือกวิธีในการจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นักศึกษาพยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องได้รับการปลูกฝังจากคณาจารย์ในสถาบันการศึกษา ให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพควบคู่กับการมีคุณธรรม จริยธรรม มีความอดทน ซื่อสัตย์ รู้จักปรับตัว และมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญของผู้ที่มีความฉลาดทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสังคม ได้แก่ พฤติกรรมเอื้อต่อสังคม ประสิทธิผลของการทำงาน พฤติกรรมก้าวร้าว การกล้าแสดงออก การเป็นที่ยอมรับ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม[5-8] ทั้งนี้ การศึกษาความฉลาดทางสังคมในประเทศไทยยังมีจำนวนไม่มากนัก และส่วนใหญ่เน้นการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น ทั้งวัยรุ่นตอนต้นและวัยรุ่นตอนปลาย เนื่องจาก

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีแนวโน้มเลียนแบบพฤติกรรมจากกลุ่มเพื่อนและบุคคลในอุดมคติ หากวัยรุ่นเลียนแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม [9,10]

สำหรับนักศึกษาพยาบาล การพัฒนาความฉลาดทางสังคมถือเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องพัฒนาไปพร้อมกับสติปัญญาและอารมณ์ เพราะหากขาดความพร้อมด้านใดด้านหนึ่ง อาจส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลประสบปัญหาในการเข้าสังคม การทำงานกลุ่ม ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบข้าง ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตในภายหลัง[11] ดังนั้น ความฉลาดทางสังคมจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากเป็นพื้นฐานในการพัฒนาไปสู่การเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่มีคุณภาพ หากนักศึกษาพยาบาลมีความฉลาดทางสังคมสูง จะช่วยเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง ความรักในวิชาชีพ การเข้าใจตนเองและผู้อื่น รวมถึงสามารถปฏิบัติการพยาบาลกับผู้รับบริการด้วยความเอื้ออาทรและทำงานร่วมกับทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ [12-14]

ความฉลาดทางสังคมเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชน จากเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการเสริมสร้างความฉลาดทางสังคมในนักศึกษาพยาบาล ซึ่งการเสริมสร้างความฉลาดทางสังคมที่มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้อง เข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลอย่างชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่น่าจะมีอิทธิพลกับความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รูปแบบการเผชิญปัญหา ความฉลาดทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ทราบถึงความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล และจะเป็นประโยชน์ในการจัดกิจกรรมของสถาบันเพื่อส่งเสริมและพัฒนาความฉลาดทางสังคมให้แก่นักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รูปแบบการเผชิญปัญหา ความฉลาดทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง วิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รูปแบบการเผชิญปัญหา ความฉลาดทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นนิสิตพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ชั้นปีที่ 2 เป็นการศึกษาในประชากรทั้งหมด ซึ่งกำลังเรียนอยู่ใน ปีการศึกษา 2567 ของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย ชั้นปีที่ 2 จำนวน 148 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม จำนวน 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น รายได้เฉลี่ยต่อวันที่ได้รับ

จากผู้ปกครอง ระดับผลการเรียน สถานภาพทางครอบครัว ที่พักอาศัย อาชีพของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความฉลาดทางสังคม ใช้ประเมินความฉลาดทางสังคมของวัยรุ่น ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การตระหนักรู้ทางสังคม การรู้คิดทางสังคม และการมีทักษะทางสังคม พัฒนาโดยกาญจน์กมล สุวิทยา16 ตามแนวคิดของ โกลแมน 4 ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ การแปลผลจากคะแนนรวมของแบบประเมินทั้งฉบับซึ่ง มีคะแนนระหว่าง 35-140 โดยคะแนนสูง แสดงว่ามีความฉลาดทางสังคมสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ใช้ประเมินความฉลาด ทางอารมณ์ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านเก่ง ด้านดี และด้านสุข พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต 6 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 52 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ การแปลผลโดยการรวมคะแนนของ แบบสอบถามทั้งฉบับ ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 52 - 208 โดยคะแนนสูง แสดงว่า มีความฉลาดทางอารมณ์สูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ใช้ประเมินความสำเร็จทางการเรียน หรือวัดประสบการณ์ทางการเรียนที่ผู้เรียนได้รับจากการเรียนการสอน ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษารหัส 66 มีองค์ประกอบทั้งหมด 9 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณลักษณะผู้สอน ด้านการบริหารหลักสูตรและการบริการ ด้านประวัติภูมิหลังของผู้เรียน ด้านการบริหารของสถาบัน ด้านคุณลักษณะผู้เรียนและ สิ่งแวดล้อม ด้านวิธีการสอน ด้านภาระหน้าที่ของผู้เรียน และด้านเจตคติของผู้เรียน ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 27 ข้อ การแปลผล คะแนนถูกแบ่งตามเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile) หรือช่วงคะแนนที่กำหนด ได้แก่ คะแนน 80-100 หมายถึง ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับสูง คะแนน 60-79 หมายถึง ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับปานกลาง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินรูปแบบการเผชิญปัญหา ใช้ประเมินพฤติกรรมที่บุคคลใช้จัดการกบปัญหาหรือสิ่งที่เข้ามาคุกคามในชีวิต โดยมีรูปแบบการเผชิญปัญหา 3 แบบ ได้แก่ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกบปัญหา การเผชิญปัญหาแบบแบบแสวงหาการสนับสนุน ทางสังคม และการเผชิญปัญหาแบบหลีกหนี[17] ที่พัฒนามาจากแบบวัด การเผชิญปัญหา[16] ตามแนวคิดทฤษฎี ความเครียดของ Lazarus andFolkman[18]และแบบวัดการเผชิญปัญหา[19] ข้อคำถามมีจำนวน 25 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัด มีค่าระหว่าง 25-125 คะแนน การแปลผลโดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ คะแนนมาก หมายถึง วิธีการเผชิญปัญหา มีประสิทธิภาพ คะแนนน้อย หมายถึง วิธีการเผชิญปัญหามีประสิทธิภาพน้อย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ใช้ประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ของนักศึกษาพยาบาลกับเพื่อน อาจารย์ และครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจาก แบบสอบถามสัมพันธภาพระหวางนักเรียนกับเพื่อน แบบสอบถามสัมพันธภาพระหวางนักเรียนกับครู แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว[20] มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ข้อคำถามมีจำนวน 28 ข้อ มี 5 ระดับ ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัด มีค่าระหว่าง 30-150 คะแนน การแปลผลโดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ คะแนนมาก หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างบุคคลดีคะแนนน้อย หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ความฉลาดทางสังคม ความฉลาดทาง

อารมณ์ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รูปแบบการเผชิญปัญหา สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ไปทดลองใช้ (Try out) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 148 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ ความเข้าใจในการตอบคำถาม ตรวจสอบความชัดเจนของข้อคำถาม และความสะดวกในการนำเครื่องมือไปใช้โดยพิจารณาจากคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ .85, .90, .78, .91 และ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์

2. ผู้วิจัยได้นำหนังสือแนะนำตัว และหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น พร้อมแบบสอบถาม และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเสนอคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เพื่อขออนุญาตขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวบข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยขออนุญาต ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับ และประสานงานกับนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ชั้นปีที่ 2 เก็บข้อมูลตามกลุ่มตัวอย่าง

4. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้สมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รูปแบบการเผชิญปัญหา ความฉลาดทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กับความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient)

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รูปแบบการเผชิญปัญหา ความฉลาดทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ รับรอง BRO 2025-037

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 168 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.20 โดยพบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 1.86 (*SD* = 0.55) ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 100 รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน 3000-6000 บาท เฉลี่ยเท่ากับ 1.28 (*SD* = 0.56) ผลการเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 (*SD* = 0.7)

บิดามารดาของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอาศัยอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 82.4 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่หอใน คิดเป็นร้อยละ 88.5 และอาชีพส่วนใหญ่ของผู้ปกครองทำการเกษตรกรรม คิดเป็นร้อย 71.6

2. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษา ความฉลาดทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.10 (SD = 19.61) ความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีคะแนน

เฉลี่ยเท่ากับ 119.78 (SD = 32.88) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 101.86 (SD = 28.67) การเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 53.17 (SD = 14.81) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.85 (SD = 16.20)

3. ความฉลาดทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความฉลาดทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100 (M = 70.10, SD = 18.61)

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรกกับตัวแปรที่ศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง (n =148)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความฉลาดทางสังคม	1.000				
2. ความฉลาดทางอารมณ์	.659**	1.000			
3. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	.670**	.723**	1.000		
4. รูปแบบการเผชิญปัญหา	.678**	.772**	.834**	1.000	
5. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.675**	.755**	.832**	.855**	1.000
*$p < .05$, **$p < .01$					

จากตารางที่ 1 พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .000 (r = .659, p <.01) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .000 (r = .670, p <.01) รูปแบบการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .000 (r = .678, p <.01) และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .000 (r = .675, p <.01)

จากนั้นจึงได้ทำการวิเคราะห์หาตัวแปรทำนายความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตัวแปรต้น ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รูปแบบการเผชิญปัญหา และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตัวแปรตาม ได้แก่ ความฉลาดทางสังคม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก (n = 148)

ตัวแปร	R^2	b	$SE_{(B)}$	β	t	P
(Constant)		17.424	4.310		4.043	<0.000
รูปแบบการเผชิญปัญหา	0.459	0.295	0.146	0.235	2.023	<0.045
ความฉลาดทางอารมณ์	0.505	0.161	0.052	0.284	3.063	<0.003
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	0.526	0.174	0.069	0.269	2.513	<0.013

R^2 = 0.526, Adj R^2 = 0.516, $F_{(2\text{-}165)}$= 6.317, p < .013

ตารางที่ 2 พบว่า ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 3 ปัจจัย ได้แก่ รูปแบบการเผชิญปัญหา ความฉลาดทางอารมณ์ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยมีรูปแบบการเผชิญปัญหามีอิทธิพลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก (β = 0.235, p <0.045) และรองลงมา คือ ความฉลาดทางอารมณ์ (β = 0.284, p = <0.003) และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (β = 0.269, p = <0.013) ตามลำดับ ทั้ง 3 ตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก ได้ร้อยละ 52.6 (R^2 = 0.526, p < .013)

จากผลการวิจัยสามารถสรุปในรูปสมการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ดังนี้

Social Intelligence = β_1(Emotional Intelligence) + β_2(Coping Style)+ β_3(Interpersonal Relationship)+ε

โดยที่

1) Social Intelligence (SI) = ความฉลาดทางสังคม

2) Emotional Intelligence (EI) = ความฉลาดทางอารมณ์ (β = 0.284, p < .003)

3) Coping Style (CS) = รูปแบบการเผชิญปัญหา (M = 53.18, SD = 14.82)

4) Interpersonal Relationship (IR) = สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (M = 60.85, SD = 16.20)

5) ε (Error) = ความคลาดเคลื่อนที่ไม่ได้อธิบายโดยตัวแปรต้น

สรุปและอภิปราย

ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก พบว่า โดยรวมนักศึกษาส่วนใหญ่ที่มีความฉลาดทางสังคมได้ (β = 0.255, P ≤. 0.045) อธิบายได้ว่า ความฉลาดทางสังคมที่มีองค์ประกอบของความฉลาดทางสังคมเป็น 5 องค์ประกอบ 1) การตระหนักรู้ทางสังคม 2) การมีปฏิสัมพันธ์หรือคุณสมบัติพิเศษทางสังคม 3) การจัดระบบพฤติกรรม 4) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 5) สภาวะที่แฝงอยู่ในพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความฉลาดทางสังคม ตามแนวคิดของ Goleman[6] แนวคิดของ Bandura[21] ความฉลาดทางสังคมเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าสังคม การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างกลมกลืนและมีความสุข รวมทั้งสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ จากการศึกษาของ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลของความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก

2.1 ความฉลาดทางอารมณ์ พบว่าโดยรวมนักศึกษาส่วนใหญ่ที่มี ความฉลาดทางอารมณ์ได้ (β = 0.284, p <0.003) อธิบายได้ว่า ความฉลาดทางอารมณ์ เป็นความสามารถของบุคคลในการรับรู้และเข้าใจควบคุมพฤติกรรมการแสดงออกทางกายวาจาและความรู้สึกอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นจัดการอารมณ์ของตนเองสามารถเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่นแสดงออกทางพฤติกรรมได้เหมาะสมพร้อมทั้งสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลตลอดจนช่วยในการดำเนินชีวิตไปอย่างสร้างสรรค์เป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไปและมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ ตามแนวคิดของ Goleman[6] ให้ความหมายของความฉลาดทางอารมณ์ไว้อย่าง

ชัดเจนว่าเป็นความสามารถในการตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของตนเองและความรู้สึกของผู้อื่น สามารถบริหารจัดการอารมณ์ของตนเอง เพื่อเป็นแรงจูงใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างประสบความสำเร็จ[27] การที่บุคคลมีความสามารถหรือศักยภาพทางอารมณ์ด้วยการควบคุมอารมณ์ของตนเอง มีการรับรู้และเข้าใจผู้อื่นเห็นใจผู้อื่น รู้จักจัดการกับอารมณ์ของตนเองและความเครียดของตนเองจนสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น อยู่ร่วมกับผู้อื่นและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

2.2 รูปแบบการเผชิญปัญหา พบว่า โดยรวมนักศึกษาส่วนใหญ่ที่มีรูปแบบการเผชิญปัญหา อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ100 (M=53.18,SD=14.82) อธิบายได้ว่า รูปแบบการเผชิญปัญหา มี 2องค์ประกอบ 1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา 2) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการเผชิญปัญหา ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman[18] ให้ ให้ความหมายของการเผชิญปัญหาว่าเป็นความพยายามทางปัญญาและพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้งของบุคคล เพื่อสามารถจัดการกับปัญหาและความต้องการทั้งจากภายในและภายนอกตัวบุคคล เพราะเมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้นจะมีการตอบสนองต่อความเครียด โดยใช้กลวิธีหรือรูปแบบในการจัดการกับภาวะที่กดดันผ่านกระบวนการทางการคิดหรือพฤติกรรมโดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อรักษาสมดุลและการจัดการกับสภาวะที่กดดันให้ลดลงหรือหมดไป

2.3 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่า โดยรวมนักศึกษาส่วนใหญ่ที่มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 100 (M = 60.85, SD = 16.20) อธิบายได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นการแสดงออกด้านพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่อกันพบว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสังคม นักศึกษาพยาบาลอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายเป็นวัยที่ต้องมีสังคมกับเพื่อนและบุคคลอื่นในสังคมมีการทำงานเป็นทีมและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนจึงมีความสัมพันธ์ ต่อการดำเนินชีวิตในสถานศึกษาเพราะการมี สัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนจะทำให้นักศึกษาเกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันด้วยความห่วงใยเกิดกำลังใจและมีมีความสุขในการเรียน[22] นอกจากนี้การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวยังเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความอบอุ่นด้านจิตใจมีกำลังใจในการศึกษาเล่าเรียนเพื่อให้ประสบความสำเร็จในอนาคตต่อไป[23] กล่าวว่ามนุษย์มีการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพจากบุคคลในครอบครัวเป็นอันดับแรกและความฉลาดทางสังคมเริ่มต้นจากการเลี้ยงดูในครอบครัวตอบมาจะเกิดการพัฒนาเมื่อมนุษย์มาอยู่ในกลุ่มเพื่อนและกลุ่มบุคคลอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษา สามารถนำผลการวิจัยไปครั้งนี้ไปพัฒนาการจัดการเรียนการสอนและจัดกิจกรรมของสถาบัน เช่น ทักษะการปรับตัวด้านการเรียน ทักษะการเผชิญปัญหา และกิจกรรมการเสริมสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสงเสริมและพัฒนาความฉลาดทางสังคมให้แก่นักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติต่อไป

2. ด้านการวิจัย สามารถนำผลการวิจัยไปขยายผลต่อยอดเพื่อพัฒนาเสริมสร้างความฉลาดทางสังคมให้กับนักศึกษาพยาบาล

3. ด้านการบริหาร ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใชในการกำหนด โครงการ และกิจกรรมให้กับนักศึกษาเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสังคมให้กับนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติในครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรมีการติดตามประเมินความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรกอย่างต่อเนื่องในทุกปีการศึกษา

2. ควรมีการศึกษาต่อยอด เช่น ปัจจัยทำนายความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก

3. ควรมีการศึกษาความฉลาดทางสังคมและปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ที่นาจะมีความสัมพันธ์กบความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.Goleman D.(2006). Social Intelligence: The New Science of Human Relationships. New York: Bantam Books; 2006.
2.ทัชชา สุริโย.(2559). ความฉลาดทางสังคมกับการดำรงชีวิตในสังคมไทย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2559.
3.งานทะเบียนและประเมินผล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์.(2560). รายงานสถิติการลาออกของนักศึกษา ปีการศึกษา 2560. อุบลราชธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี; 2560.
4.นุชนาถ แก้วมาตร.(2556). ความเครียดและความวิตกกังวลในนักศึกษาพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย; 2556.
5.Silvera DH, Martinussen M, Dahl TI.(2001). The Tromsø Social Intelligence Scale, a self-report measure of social intelligence. Scand J Psychol. 2001;42(4):313–9.
6.Goleman D.(2006). Social intelligence: The new science of human relationships. New York: Bantam; 2006.
7.Kaur H, Kaur J.(2015). Social intelligence and social adjustment of adolescents. Indian J Psychol Sci. 2015;6(2):156–62.
8.Juárez-Treviño M, Rangel A, Gómez-Benito J.(2019). Social intelligence and aggression in adolescents. Span J Psychol. 2019;22:e31.
9.Dereli E, Aypay A.(2012). The prediction of social skills of preschool children through social competence and social intelligence. Educ Sci Theory Pract. 2012;12(4):2681–8.
10.Rathore S, Pandey S.(2018). Social intelligence and mental health: A correlational study among college students. Indian J Health Wellbeing. 2018;9(2):232–6.
11.Akbar S, Hassan A.(2020). Social intelligence and professional success of nursing students: A cross-sectional study. Int J Nurs Educ. 2020;12(1):45–50.
12.Aylaz R, Yıldırım D, Kılınç G.(2019). The effect of emotional and social intelligence on nursing students' clinical performance. Nurse Educ Today. 2021;97:104692.
13.Farokhzadian J, Nayeri ND, Borhani F.(2022). Social intelligence and professional socialization in nursing students: A cross-sectional study. BMC Nurs. 2022;21(1):85.
14.Iruloh BN, Ukaegbu HR.(2015) Social intelligence and interpersonal relationship among adolescents. J Educ Pract. 2015;6(24):1-6.
15.ศรีสุรางค์ พัฒธนานุรักษ์, คณะ.(2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความฉลาดทางสังคมของวัยรุ่นไทย. วารสารการพยาบาล. 2554;28(2):45-56.
16.Bar-On R.(2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). Psicothema. 2006;18(Suppl):13-25.
17.นันทินี ศุภมงคล.(2547). การพัฒนาแบบสอบถามการเผชิญปัญหาของนักศึกษาไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2547.
18.Lazarus RS, Folkman S.(1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
19.Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK.(1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. J Pers Soc Psychol. 1989;56(2):267-83.

20.ธิดา ฐิติพานิชยางกูร.(2550). การพัฒนาแบบสอบถามสัมพันธภาพนักเรียนกับเพื่อน ครู และครอบครัว. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา; 2550.
21.Bandura A.(1989). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1989.
22.สุนันท์ สุขสวัสดิ์.(2552). สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนกับความสุขในการเรียนของนักศึกษา. วารสารครุศาสตร์. 2552;37(1):89-103.
23.กมลแสงทองศรี ค่อยกมล.(2558). บทบาทของครอบครัวต่อการพัฒนาสัมพันธภาพของวัยรุ่น. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2558;9(2):55-66.
24.กาญจน์กมล สุวิทยา.(2556). การพัฒนาแบบสอบถามความฉลาดทางสังคมของวัยรุ่นไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2556.
25.กรมสุขภาพจิต.(2556). แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (EQ Test). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
26.สุภาพรรณ โคตรจรัส, ชุมพร ยงกิตติกุล.(2544). แบบวัดการเผชิญปัญหาของนักศึกษาไทย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
27.ลักขณา สริวัฒน์.(2547). ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2547.

ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี

Effects of long-term care system development for elderly by network participation Prachinburi Province.

(Received: August 28,2025 ; Revised: September 6,2025 ; Accepted: September 7,2025)

ผ่องศรี รำจวน[1] วุฒิกร พัฒนโสภณ[2] จินตนา วชิรดุสิต[3]
Phongsri Rumjuan[1], Wutikon Phatanasopon[2], Jintana Wachiradusit[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี ระหว่างเดือนมกราคม-สิงหาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เครือข่าย จำนวน 284 คน ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ กลุ่มละ 145 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ศักยภาพผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed ranks test และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี 5 มาตรการ ประกอบด้วย กำหนดบทบาท การจัดงบประมาณ พัฒนาชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล หลังพัฒนาเครือข่ายโดยรวมมีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=<0.001) มีส่วนร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) ผู้ดูแลโดยรวมมีศักยภาพการทำงานอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.0 เป็นร้อยละ 71.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.001) และผู้สูงอายุโดยรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 72.4 เป็นร้อยละ 79.3

คำสำคัญ: ระบบการดูแลระยะยาว, ผู้สูงอายุระยะยาว, เครือข่ายการมีส่วนร่วม

Abstract

This research and development aim to study effects of long-term care system development for elderly by network participation Prachinburi Province. Between January and July 2025, sample group consisted of 284 network members, 145 caregivers and elderly persons per group. Research instrument was questionnaire, consisting of network participation, caregiver potential, and quality of life of elderly. Statistics were used analysis: descriptive statistics Wilcoxon signed ranks test and paired t-test.

The results show that effects of long-term care system development for elderly by network participation Prachinburi Province Long-term care system 5 measures: define the role, budget management, develop the elderly club, service system for the dependent elderly, and develop caregiver potential. After the development of the overall network, there was statistically significant increase awareness of promoting health of elderly (p=<0.001). and participation of long-term care system for elderly at high level (p<0.001). Participated in improving the quality of life of elderly significantly (p=0.001). Overall working potential of caregivers increased from 29.0% to 71.0% with statistical significance (p< 0.001) and overall quality of life of elderly at moderate level increased from 72.4% to 79.3%.

Keywords: Network Development, Public Health Emergency Management System

[1] พย.บ.สาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี
[2] ส.ม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี
[3] ว.ท.ม., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

บทนำ

ประชากรโลกมากกว่าหนึ่งพันล้านคนมีอายุมากกว่า 60 ปี ในปีพ.ศ.2562 ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนภายในปีพ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคน ในปีพ.ศ. 2593 สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของระบบการรักษาพยาบาล ทำให้จำนวนและสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก[1] ในประเทศทั่วทั้งโลกมีประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวน 1,109 ล้านคน, 1,200 ล้านคน และ 1,300 ล้านคน ตามลำดับ[2] ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว พบด้านปัญหาและความต้องการการดูแลจากการศึกษาเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน[3] บทบาทการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นระบบและกลไกการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุกที่สำคัญในการติดตามสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อหามาตรการขจัดหรือลดตัวปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง[4]

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จากการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ต้องประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของผู้ดูแล 2) การดูแลช่วยเหลือโดยชุมชน 3) การจัดระบบบริการสุขภาพ ต่อเนื่องและระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล 4) การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ งบประมาณจากเทศบาลตำบล และ 5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง[5] นอกจากนี้ยังมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการดำเนินงาน ชมรมผู้สูงอายุและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทรอง ในด้านการปฏิบัติ มีการแลกเปลี่ยนระบบข้อมูลสุขภาพ มีระบบส่งต่อและการติดตามเยี่ยมบ้าน มีกิจกรรมผ่านชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ[6]

สำหรับประเทศไทย ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ระหว่างปีพ.ศ. 2563- 2564 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ 11.7 ล้านคน และ 13.4 ล้านคน ระหว่างปีพ.ศ. 2565-2566 มีจำนวน 12.5 ล้านคน และ 12.7 ล้านคน ตามลำดับ ปี พ.ศ.2567 จำนวน 13.5 ล้านคน จากจำนวนประชากรไทยทั้งหมด 66.0 ล้านคน (ร้อยละ 20.7) ในจำนวนนี้พบว่า เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 0.4 ล้านคน (ร้อยละ 3.2) 0.5 ล้านคน (ร้อยละ 3.9) และ 0.5 ล้านคน (ร้อยละ 3.7)[7]

จังหวัดปราจีนบุรี มีผู้สูงอายุ จำนวน 90,529 คน ร้อยละ 20.6 (ประชากรทั้งหมด 439,994 คน) สูงกว่าระดับเขตและระดับประเทศ (ร้อยละ 15.4 และร้อยละ 17.4) ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ปี พ.ศ. 2566 ผ่านโปรแกรม Smart อสม. ร้อยละ 52.20 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.43 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.69 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.88 รวมเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 3.57 นอกจากนี้ยังมีผลการคัดกรองความถดถอย พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดปราจีนบุรี ได้รับการคัดกรองร้อยละ 48.41 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ในจำนวนนี้พบความผิดปกติด้านการมองเห็นมากที่สุด ร้อยละ 11.48 รองลงมามีปัญหาสุขภาพช่องปาก และการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 5.89 และ 4.54 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3,646 คน ได้รับการทำ care plan ร้อยละ 95.56 อัตราส่วนผู้ดูแล : ผู้พึ่งพิง เท่ากับ 1 : 2.18[8] นอกจากนี้ยังพบสภาพปัญหาผลกระทบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดปราจีนบุรี มีระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวยังไม่ชัดเจน ยังไม่มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และภาคีเครือข่ายทางสังคมไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมมือกันในชุมชนและไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่[8] ดังนั้น การดำเนินงานตามนโยบายระบบการดูแลระยะยาวจังหวัดปราจีนบุรี มีทั้งการส่งเสริมการเข้าถึงบริการ

สุขภาพ การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัว ชุมชนและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคม ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดปราจีนบุรี โดยการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานเดิมตามที่ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ในการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อครบวงจร มีทั้งการคัดกรองสุขภาพ การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุในชุมชนและการพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ พร้อมจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบระยะยาวจนถึงการดูแลในระยะท้ายของชีวิต[8] จึงได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี
2. เพื่อประเมินผลของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

วิธีการวิจัย

รูปแบบ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ศึกษาในจังหวัดปราจีนบุรี ระหว่างเดือนมกราคม-สิงหาคม 2568

ประชากรศึกษา แบ่งเป็น 3 กลุ่ม การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนประชากร กรณีทราบขนาดประชากร[7] ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างเครือข่าย จำนวน 284 คน กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำนวน 145 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 145 คน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. การพัฒนา เป็นกระบวนการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care: LTC) จังหวัดปราจีนบุรีอย่างต่อเนื่อง[9] โดยใช้วงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ดังนี้

1) วางแผน (Plan) การศึกษาสถานการณ์ในเดือนมกราคม 2568 วางแผนการดำเนินงานและทบทวนประสบการณ์การดำเนินงาน โดยเชิญผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเข้าประชุม จำนวน 30 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ คณะทำงานผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตัวแทนจากโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) ปฏิบัติการพัฒนา (Do) ระหว่างเดือนมกราคม-กรกฎาคม 2568 การออกแบบกระบวนการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นการดูแลผู้สูงอายุทุกด้านแบบครบวงจร ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยจัดอบรมพัฒนาเครือข่ายในการวิจัยนี้ 7 อำเภอ อบรมอำเภอละ 1 ครั้ง โดยใช้แนวคิดการพัฒนาแบบร่วมมือของ Kemmis และ McTaggart[10] 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) กำหนดบทบาท 2) การจัดการงบประมาณ 3) การพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ 4) การพัฒนาระบบบริการ และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล

3) ตรวจสอบการดำเนินงาน (Check) ของนำระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไปใช้

4) ปรับปรุงและประเมินผล (Act) ทำการตรวจสอบผลลัพธ์หลังจากการพัฒนาและประเมินผลในเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2568 หลังดำเนินการแต่ละขั้นตอนตามวงจร PDCA เสร็จสิ้น

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาและกิจกรรมการดำเนินการประกอบด้วย 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) ระบบการจัดการงบประมาณ 3) การสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ 4) สังเคราะห์ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบระยะยาว และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้ ส่วนที่ 1 การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรวัด 5 ระดับ[11] คือ 1 น้อยที่สุด ถึง 5 มากที่สุด การแปลผลรวม 75 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[12] คือ ระดับต่ำ (15.0-20.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (20.01-40.0 คะแนน) ระดับสูง (40.01-75.0 คะแนน) ส่วนที่ 2

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรวัด 5 ระดับ[10] คือ 1 น้อยที่สุด ถึง 5 มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ แปลผลรวม 100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[12] คือ ระดับต่ำ (20.0-33.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (33.01-66.0 คะแนน) ระดับสูง (66.01-100.0 คะแนน) ส่วนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 18 ข้อ เป็นมาตรวัด 5 ระดับ[11] คือ 1 น้อยที่สุด ถึง 5 มากที่สุด การแปลผลรวม 90 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[12] คือ ระดับต่ำ (18.0-24.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (24.01-48.0 คะแนน) ระดับสูง (48.01-90.0 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล ประยุกต์จากการศึกษาของ ศศินันท์ สายแวว และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต[12] ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ศักยภาพด้านบทบาทการทำงาน จำนวน 7 ข้อ การตอบมี 9 ระดับ[10] ดังนี้ 0 ไม่ได้ทำเลย ไปจนถึงระดับ 9 ได้ทำงานลักษณะนั้นมากที่สุด การแปลผลรวม 63 คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ[12] คือ ระดับต่ำ (0.0-21.0 คะแนน) ระดับปานกลาง, (21.01-42.0 คะแนน) ระดับสูง (42.01-63.0 คะแนน) ส่วนที่ 2 ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 29 ข้อ การตอบเป็น 5 ระดับ[11] คือ 1 น้อยที่สุด ถึง 5 มากที่สุด การแปลผลรวม 145 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[12] คือ ระดับต่ำ (29.0-48.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (48.01-96.0 คะแนน) ระดับสูง (96.01-145.0 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ ประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุด้านกิจวัตรประจำวัน[14] เป็นมาตรวัด 5 ระดับ[11] คือ 1=ทำไม่ได้/ทำได้น้อยที่สุด ถึง 5=มากที่สุด การแปลผลรวม 130 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[12] คือ ระดับต่ำ (7.0-41.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (41.01-83.0 คะแนน) ระดับสูง (83.01-130.0 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ปรากฏดังนี้ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม CVI = 1 การมีส่วนร่วมของเครือข่าย alpha= 0.81 ศักยภาพผู้ดูแล alpha = 0.87 และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ alpha = 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

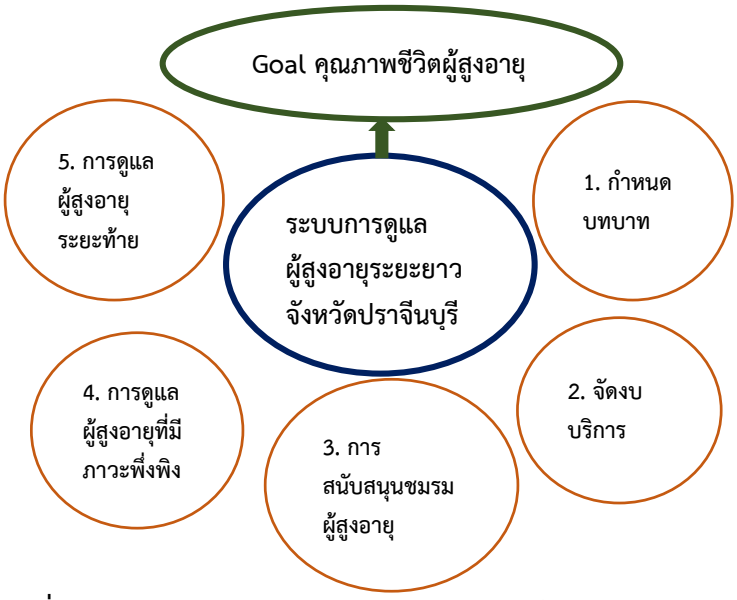
2. สถิติเชิงอนุมาน กำหนดระดับนุยสำคัญที่ P< 0.05 วิเคราะห์ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา กรณีข้อแจกแจงไม่ปกติ โดยใช้ Wilcoxon signed ranks test กรณีข้อมูลแจกแจงปกติ โดยใช้ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี เลขที่รับรอง 004-2568 วันที่ 13 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้การขับเคลื่อนวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ได้ระบบการดูแลผู้สูงอายุ 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) พัฒนาการจัดการงบประมาณ 3) การพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ 4) การพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลระยะท้าย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ผังวงรอบ (spiral of steps) ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดปราจีนบุรี

ค่าเฉลี่ยการรับรู้ของเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนามีการรับรู้ของเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 52.06±9.22 เป็น 52.60±9.47 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-3.923, p= <0.001) เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การรับรู้อุปสรรคการส่งเสริมสุขภาพ (p= 0.002) การรับรู้ความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ (p=0.003) และการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ (p= 0.029) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การรับรู้ของเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนา (n=248)

การรับรู้ของเครือข่าย	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%: CI	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD			
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	20.07±5.04	20.25±5.05	0.01-0.33	-2.190	0.029*
การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ	14.33±3.01	14.50±3.19	0.06-0.29	-3.103	0.002*
การรับรู้ความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ	17.67±3.76	17.85±3.85	0.06-0.29	-2.986	0.003*
เฉลี่ย	**52.06±9.22**	**52.60±9.47**	**0.26-0.80**	**-3.923**	**<0.001***

*p < .05, Paired t-test

ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า หลังพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-3.798, p<0.001) มากที่สุด คือ การตัดสินใจ การกระตุ้นหนุนเสริม และการขับเคลื่อนการดำเนินการ ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนา (n=248)

การมีส่วนร่วมของเครือข่าย	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%: CI	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD			
การพัฒนาระบบบริการ	17.48±4.18	17.66±4.32	0.03-0.31	-2.518	0.012*
การกระตุ้นหนุนเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิต	16.58±4.30	16.75±4.43	0.05-0.28	-2.873	0.004*
การตัดสินใจ	15.67±4.43	15.85±4.62	0.05-0.31	-2.895	0.004*
การขับเคลื่อนการดำเนินการ	16.07±4.47	16.26±4.652	0.03-0.35	-2.423	0.016*
เฉลี่ย	**65.79±15.11**	**66.52±15.69**	**0.34-1.10**	**-3.798**	**<0.001***

*p < .05, Paired t-test

ค่าเฉลี่ยการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเครือข่ายโดยรวม พบว่า หลังพัฒนามีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้น จาก 64.29±13.94 เป็น 64.94±14.38 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-3.489, p=0.001) มากที่สุด คือ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม (p = 0.006) รองลงมาคือ ด้านคุณค่าและประสบการณ์ (p= 0.012) และเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือด้านกายภาพ (p=0.031) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเครือข่ายโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนา (n=248)

ค่าเฉลี่ยคะแนนการพัฒนาคุณภาพชีวิต	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%: CI	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD			
ด้านกายภาพ	18.71±4.25	18.88±4.31	0.01-0.38	-2.173	0.031*
ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม	14.17±3.38	14.31±3.47	0.04-0.24	-2.749	0.006*
ด้านคุณค่าและประสบการณ์	13.62±3.59	13.76±3.69	0.03-0.25	-2.523	0.012*
ด้านการลดความเหลื่อมล้ำ	17.80±4.56	17.99±4.66	0.03-0.34	-2.369	0.019*
เฉลี่ย	**64.29±13.94**	**64.94±14.38**	**0.28-1.02**	**-3.489**	**0.001***

*p < .05, Paired t-test

ค่าเฉลี่ยความสามารถดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 82.86±21.21 เป็น 104.14±27.54 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-25.707, p< 0.001) มากที่สุด คือการดูแลการผ่อนคลายความเครียด (p< 0.001) รองลงมาคือการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล (p< 0.001) และน้อยที่สุด คือการดูแลการออกกำลังกาย (p< 0.001) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยความสามารถดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลโดยรวม งก่อนและหลังพัฒนา (n=145)

ความสามารถดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%: CI	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD			
การได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย	18.23±5.48	18.88±5.58	0.32-0.97	-3.913	<0.001*
การดูแลการบริโภคอาหาร	17.48±5.16	18.11±5.40	0.30-0.96	-3.750	<0.001*
การดูแลการออกกำลังกาย	12.38±3.82	12.90±4.28	0.23-0.81	-3.610	<0.001*
การดูแลการผ่อนคลายความเครียด	11.70±3.20	12.21±3.50	0.27-0.74	-4.359	<0.001*
การดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม	22.40±6.66	23.14±6.77	0.34-1.14	-3.688	<0.001*
การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	18.14±5.29	18.89±5.51	0.37-1.18	-3.942	<0.001*
เฉลี่ย	**82.86±21.21**	**104.14±27.54**	**19.64-22.91**	-25.707	<0.001*

*p < .05, Paired t-test

ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุโดยรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.4 เป็นร้อยละ 79.3 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม ก่อนกับหลังพัฒนา (n=284)

ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (7.0-41.0 คะแนน)	6	4.1	6	4.1
ระดับปานกลาง (41.01-83.0 คะแนน)	105	72.4	115	79.3
ระดับสูง (83.01-130.0 คะแนน)	34	23.4	24	16.6

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้การขับเคลื่อนความยั่งยืนไปสู่การปฏิบัติ ตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ได้ระบบการดูแลผู้สูงอายุ 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) พัฒนาการจัดการงบประมาณ 3) การพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ 4) การพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลระยะท้าย ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยต่อความสำเร็จ คือ ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและสนับสนุนการทำงานแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและมีการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูล การกำหนดแผนงาน/โครงการ/แผนปฏิบัติการและการถอดบทเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ ประกอบด้วย 1) ด้านผู้ดูแลในครอบครัว 2) อสม. มีศักยภาพ 3) กรรมการชมรมผู้สูงอายุ 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ 5) ผู้นำชุมชน และ 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ และการอบรม อสม.[16] การศึกษาของสุมิตรา วิชา และคณะ[17] พบว่ารูปแบบเครือข่าย มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุและศักยภาพของผู้ดูแล 2) การดูแลช่วยเหลือโดยชุมชน 3) การจัดระบบบริการสุขภาพ 4) การวางแผนงบประมาณจากเทศบาล และ 5) การดูแลผู้สูงอายุ

2. การรับรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า การรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้เป็นประจำทำให้ระบบขับถ่ายดี มีการพักผ่อน ช่วยให้ร่างกายมีภูมิต้านทานโรค ตามลำดับ หลังพัฒนาการรับรู้ของเครือข่ายโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น และมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก มีการพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เชื่อมโยงการดูแลในหน่วยบริการ ชุมชนและการส่งต่อ มีการกำหนดนโยบายด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ และการเข้าร่วมประชุมเสนอแนะและให้ความเห็นต่อคณะกรรมการ พชต.และผู้เกี่ยวข้อง ตามลำดับ อธิบายได้ว่า หลังพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง และมีการสนับสนุนให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและตำบล จัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิทธิ พรรณ เรือนจันทร์ และ พิกุล ทิพย์ ขุนเศรษฐ[18] ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมการเตรียมความพร้อมด้านทักษะการประสานข้อมูลและแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์คือ มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีนโยบายและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น

3. ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีศักยภาพการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้ง ด้านการดูแลการผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการดูแลการออกกำลังกาย ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุรีรัตน์ จันทคาร[19] ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องประสบปัญหาทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยหมอประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มุ่งเน้นไปที่การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงและค้นหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

4. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การปฏิบัติการดูแลตนเองด้านรับประทานอาหารได้เองความรู้สึก

มั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว และลดความรู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน จาก ตามลำดับ จึงทำให้หลังพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ พบว่าความต้องการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ส่งเสริมชมรมและการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว[20]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ต้องดำเนินเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา ความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดปราจีนบุรี ครั้งนี้ หลังพัฒนาเครือข่ายมีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในระดับพื้นที่ชุมชน เข้ารับการอบรมเพื่อปฏิบัติหน้าที่กำหนดบทบาทให้เป็นผู้ร่วมในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรองรับผู้สูงอายุระยะยาวที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะนำไปสู่การปรับเปลี่ยน/การวางแผนและพัฒนาระบบเครือข่าย ด้านระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว บุคลากรผู้ให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับ ทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในสังคมชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษากระบวนการดูแลแบบระยะยาวด้านสาธารณสุข ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ครอบคลุมทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสได้รับการดูและอย่างทั่วถึง

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Thailand’s leadership and innovations towards healthy ageing 2023. [Internet] [cited 2024 Jan 22]. Available from: https://www.who.int/thailand
2. United Nations. The world's population [internet]. 2025. [cited 2025 Feb. 2]. Available from: https://www.un.org › observances
3. กุลธิดา กุลประฑีปัญญา, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, จามจุรี แซ่หลู่, เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, อรัญญา นามวงศ์. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น 2563;17(2):581-95.
4. กองแผนงาน กรมอนามัย. โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2566. [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://doc.anamai.moph.go.th
5. มิตรา วิชา, ณัชพันธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร, ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์, ธณกฤษ หมื่นก้อนแก้ว. การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง. HCU Journal 2018; 22(43-44): 70-85.
6. บุญญาพร ติ๊บอุตม, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์, ปิยะนารถ จาติเกตุ. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา 2563; 10(2): 8-24.
7. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ดูแล ผู้สูงวัย อย่างไรให้สุขกายสบายใจ [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: www.dop.go.th
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี. ข้อมูล HDC จังหวัดปราจีนบุรี [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://prachinburi.pri.moph.go.th/cont
9. ปรีดี นุกูลสมปรารถนา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research. [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก www.qualtrics.com
10. ศูนย์พัฒนาธุรกิจเพื่อความยั่งยืน. หลักการและแนวคิดการพัฒนาองค์กรสู่ความยั่งยืน. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร. [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://setsustainability.com
11. Kemmis S, Mc Taggart R. The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University; 1988.

12. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1974.
13. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall Inc.; 1977.
14. ศศินันท์ สายแวว, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 7(04): 187-97.
15. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
16. รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช. ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 7(2): 100-13.
17. สุมิตรา วิชา, ณัชพันธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร, ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์, ธณกฤษ หมื่นก้อนแก้ว. การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง. HCU Journal 2018; 22(43-44): 70-85.
18. สิทธิพรรณ เรือนจันทร์, พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช. Nurs Res Inno J. 2023; 29(1): 71-87.
19. จุรีรัตน์ จันทคาร. การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยหมอประจำครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา [อินเตอร์เน็ต] 2567. [เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.skho.moph.go.th
20. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, มาริสา สุวรรณราช. สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ 2562; 11(2); 118-32.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางในผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสิรินธร ขอนแก่น : กรณีศึกษา 2 ราย

Case study: Nursing care in the Elderly Patients with Mild Traumatic Brain Injury of Sirinthorn hospital Khon Kaen.

(Received: August 30,2025 ; Revised: September 16,2025 ; Accepted: September 21,2025)

นุกูล เมืองขันธ์[1]
Nukool Muamgkun

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและเพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลางในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา 2 ราย โดยศึกษา เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง โรงพยาบาลสิรินธร ขอนแก่น การศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ จากการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ และการวางแผนพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล วางแผนการดูแล ครอบคลุมจนถึงการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติจราจรและมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเหมือนกัน รักษาโดย 2 ราย แพทย์เฉพาะทางด้านประสาท ศัลยแพทย์ มีความเห็นให้การรักษาแบบประคับประครองยังไม่ต้องผ่าตัด ให้เข้านอนรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวัง อาการเลือดออกในสมองเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกัน ด้านรุนแรงของพยาธิสภาพของโรค และภาวะ แทรกซ้อนของโรคขณะทำการรักษา ส่งผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะเวลาช้า หรือเร็วแตกต่างกัน ซึ่งในกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน มีอันตรายจากความดันโลหิตสูง รักษาโดยให้ยาลดความดันโลหิต พยาบาลจึงควรเข้ามีบทบาทตั้งแต่ช่วงที่เริ่มวินิจฉัยโรคที่คุกคามชีวิต กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐาน และมีโรคประจำตัว มีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีการติดตาม ผลการรักษาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน และการมาตรวจตามนัด

คำสำคัญ: การพยาบาลภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางของผู้สูงอายุ

Abstract

This study was case study aimed to study the illness status of patients with head injuries and to study the nursing care of patients with head injuries and cerebral hemorrhage in elderly moderate head injuries patients: a case study of 2 cases By studying and comparing nursing care for patients with head injuries and cerebral hemorrhage in patients with moderate head injuries at Sirindhorn Hospital, Khon Kaen. The study consisted of data recording forms, data collection from inpatient medical records, interviews with patients and relatives, observation, comparative data analysis, and nursing care planning using the nursing process, care planning, and discharge planning.

The study results found that both case studies. He was a patient who had a head injury from a traffic accident and had a subdural hemorrhage. He was treated by 2 people. Neurosurgeons and surgeons recommended conservative treatment, not requiring surgery. He was admitted to the hospital for observation to prevent brain hemorrhage. But there are differences in the severity of the disease pathology and the

[1] โรงพยาบาลสิรินธร ขอนแก่น

complications of the disease during treatment, which affect the treatment of patients at different times, which in the first case study the patient has complications and is at risk from high blood pressure. He is treated with antihypertensive medication. therefore, nurses should play a role from the time the life-threatening disease is diagnosed. Case study 2: The patient received standard treatment and management of complications. He had underlying diseases and was prepared both physically and mentally. He received continuous follow-up of his treatment results from the community hospital and came for check-ups as scheduled.

Keywords: Nursing care for subarachnoid hemorrhage in elderly patients with moderate head injury.

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) [7]เป็นภาวะ ที่อันตราย เพราะมีการกระทบกระเทือนทางสมอง กะโหลกศีรษะ และระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้พิการ หรือเสียชีวิตได้ สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนใหญ่พบจากอุบัติเหตุ ทั้งอุบัติเหตุทางรถ การหกล้ม หรือการตกจากที่สูง โดย สาเหตุเหล่านี้มักสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากการเกิดอุบัติเหตุที่ศีรษะเป็นภาวะที่อันตราย ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว และ ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเพื่อลดความเสี่ยงที่ส่งผล เสียต่อสมองให้น้อยที่สุด[1] จากข้อมูล ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน[2] ปี 2567-2568 พบผู้เสียชีวิต สะสมจากอุบัติเหตุจราจรและขนส่ง จำนวน 14,171 และ 8,052 ราย มีผู้บาดเจ็บรุนแรง ที่ต้องดูแลรักษาในโรงพยาบาลถึง 150,000 – 200,000 ราย/ปี โดยร้อยละ 4.6 พบว่ามีความพิการ ร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่ง เท่ากับว่ามีผู้พิการรายใหม่ 7,000 – 13,000 รายต่อ/ปี ผู้บาดเจ็บที่ได้รับการช่วยเหลือโดยบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 10 ทั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ประสบปัญหาการบาดเจ็บทางศีรษะมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการหกล้มศีรษะกระแทก ตกบันไดศีรษะกระแทก และอุบัติเหตุทางจราจรโดยความรุนแรงรุนแรงของการบาดเจ็บทางศีรษะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม[3] ได้แก่ 1) กลุ่มรุนแรงมาก คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale; GCS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน 2) กลุ่มรุนแรงปานกลาง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกตัว (GCS) 9-12 คะแนน3) กลุ่มไม่รุนแรง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกตัว (GCS) มากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน ซึ่งในกลุ่มนี้ยังแบ่งย่อยตามปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 3 กลุ่ม 1 ปัจจัยเสี่ยงต่ำ คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการผิดปกติ และมีคะแนนความรู้สึกตัว (GCS) 15 คะแนน 2 ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกตัว (GCS) 13-14 คะแนน หรือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกตัว (GCS) 15 คะแนน ร่วมกับปัจจัยอย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ อาเจียนมากกว่า 2 ครั้ง มีช่วงไม่รู้สึกตัว, ปวดศีรษะ, จำเหตุการณ์ไม่ไม่ได้, มีประวัติ ใช้ยาหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, มีโรคเลือดออกง่ายหรือใช้ยาต้านเกร็ดเลือด, มีกลไกการบาดเจ็บที่รุนแรง 3 ปัจจัยเสี่ยงสูง คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกตัว (GCS) น้อยกว่า 15 คะแนน หลังได้รับอุบัติเหตุมาแล้ว 2 ชั่วโมง, ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีกะโหลกศีรษะแตก,มีอาการอาเจียนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง, มีคะแนนความรู้สึกตัวลดลงอย่างน้อย 2 คะแนน, มีอาการผิดปกติทางระบบประสาท, มีอาการชัก, อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี[5] และมีช่วงไม่รู้สึกตัวหรือจำเหตุการณ์ไม่ได้ จากสถิติของ โรงพยาบาลสิรินธร ขอนแก่น[6] ปี 2566 2567 2568 (ข้อมูลถึง เดือนกรกฎาคม 2568) พบผู้ป่วยที่ ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมด 1,342,1,341 และ 1,113 รายเป็นผู้สูงอายุ มากกว่า 65 ปี 76, 89 และ 94 ตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 18.6 ของผู้ป่วยทั้งหมด ในกลุ่มนี้มีผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลาง

เข้ารับการรักษาในตึกศัลยกรรม จำนวน 24, 26 และ 23 ราย ตามลำดับ การบาดเจ็บสมองในผู้สูงอายุ[4] ส่วนใหญ่เกิดจากการพลัดตกหกล้ม ศีรษะกระแทก อัตราการตาย และการความรุนแรงของโรค สูงกว่า อัตราการฟื้นตัวช้ากว่า ผลการฟื้นตัวทั้งด้านความสามารถในการ ทำกิจกรรม การรู้คิด และด้านอื่น ๆ น้อยกว่า ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงร่วมด้วยคือ 1 ภาวะสมองเสื่อมถอย Premorbid neurodegenerative 2 โรคร่วมอื่น ๆ medical comorbidities 3 ยาประจำ โดยเฉพาะยากลุ่ม ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกร็ดเลือด การเปลี่ยนแปลงในสมองผู้สูงอายุ ให้ผู้ป่วยเกิดความพิการร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่ง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการพยาบาลที่ ยุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะเลือดออกใน สมองยิ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจาก โรงพยาบาลสิรินธรขอนแก่น ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมประสาท พยาบาลจึงมี บทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง[9] รวดเร็วและให้การดูแลได้ทันเวลา โดยเฉพาะช่วง วิกฤติและฉุกเฉินที่กำลังคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤติ พยาบาลก็มี บทบาทสำคัญในการดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ผู้ป่วยได้กลับบ้านและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ[8] หรือใกล้เคียงปกติ ไม่เป็นภาวะพึ่งพิงของครอบครัวหรือสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสิรินธรขอนแก่น

2. เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง/บาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างถูกต้อง

3. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสาขาอื่นๆสามารถนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง/บาดเจ็บที่ศีรษะไปประยุกต์ใช้ได้

วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยวิกฤต บาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง จำนวน 2 ราย เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นระหว่างเดือนธันวาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2568 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon functional health patterns) 3) เวชระเบียนผู้ป่วยใน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในระยะที่มีความเสี่ยงสูง ระยะการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพ ระยะจำหน่าย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	หญิง
อายุ	67 ปี	73 ปี
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
อาชีพ	รับจ้าง	เกษตรกร
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 6	ประถมศึกษาปีที่ 4
เชื้อชาติ	ไทย	ไทย
สัญชาติ	ไทย	ไทย
ที่อยู่ปัจจุบัน	ต.หนองสองห้อง อ.หนองสองห้อง จ.ขอนแก่น	ต.ท่าวัด อ.แวงน้อย จ.ขอนแก่น
สิทธิการรักษา	พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และบัตรทอง	พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และบัตรทอง
ผู้ดูแลหลัก	บุตร	บุตรหลาน
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธโรคประจำตัว	DM,HT รักษารพแวงน้อย
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ขับขี่รถจักรยานยนต์ ล้มเองศีรษะกระแทกพื้น ได้ กลิ่นแอลกอฮอล์ไม่สลบ จำ เหตุการณ์ไม่ได้ มีแผลฉีกขาดที่เหนือคิ้วขวา ก่อนมารพ 20 นาที ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตที่สมอง นอนรักษาตัวที่รพสิรินธร ขอนแก่น	ผู้ป่วยโดยสารรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์ศีรษะกระแทกพื้น ไม่สวมหมวกนิรภัย สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ก่อนมารพ 30 นาที ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตที่สมอง นอนรักษาตัวที่รพสิรินธร ขอนแก่น
ประวัติการแพ้ยา อาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร
วันที่เข้ารับการรักษาและจำหน่าย	นอนรพ 9 ธค. 67 จำหน่าย 12 ธค.67 ระยะเวลา 4 วัน	นอนรพ 19 กค. 68 จำหน่าย 21 กค 68 ระยะเวลานอน 3 วัน

จากตารางที่ 1 พบว่า กรณีศึกษารายที่ และกรณีศึกษารายที่ 2 อายุในช่วงผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุมากกว่า 65 ปี การจราจรที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการบาดเจ็บที่สมองสูง รายที่ 1 มีประวัติการดื่มสุรา ปฏิเสธโรคประจำตัว รายที่ 2 เป็นผู้โดยสาร มีประวัติโรคประจำตัว DM HT ทั้ง 2 รายใช้ยานพาหนะรถจักรยานยนต์ในการเดินทาง ไม่สวมหมวกนิรภัย ขณะขับขี่รถ ซึ่งเป็นปัจจัย เสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอาจเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะที่รุนแรงได้

2. ข้อมูลการบาดเจ็บในปัจจุบัน กรณีศึกษา 2 ราย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการบาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care)

ข้อมูลทางคลินิก	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
กลไกการเกิดการบาดเจ็บ	ขับขี่รถจักรยานยนต์ ล้มเองศีรษะกระแทกพื้น ไม่สวมหมวกนิรภัย ได้กลิ่นแอลกอฮอล์ ไม่สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้	ผู้ป่วยโดยสารรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์ศีรษะกระแทกพื้น ไม่สวมหมวกนิรภัย สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้
อาการสำคัญก่อนถึงโรงพยาบาล ชุมชน	ขับขี่รถจักรยานยนต์ ล้มเองศีรษะกระแทกพื้น ได้กลิ่นแอลกอฮอล์ไม่สลบ จำ เหตุการณ์ไม่ได้ มีแผล	ผู้ป่วยโดยสารรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์ศีรษะกระแทกพื้น ไม่สวมหมวกนิรภัย สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ หลังเกิดเหตุ ผู้ป่วยสลบนาน 5 นาที

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการบาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care)

ข้อมูลทางคลินิก	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	LW At scalp เหนือคิ้วขวา ยาว 5 cm มีแผลที่ใบหูซ้ายเป็นมา 20 นาที	จากนั้น ตื่นดี มีอาการคลื่นไส้ ไม่อาเจียน มีแผลถลอกตามใบหน้า 30 นาทีก่อนมารพ.
การประสานงาน /การนำส่ง	การประสานงานผ่านระบบ EMS 1669 โรงพยาบาลหนองสองห้องออกรับเหตุ ให้การรักษา และส่งต่อโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยรถ Refer ของโรงพยาบาลชุมชน ประสานงานผ่าน ER Call Center ของโรงพยาบาลขอนแก่น	การประสานงานผ่านระบบ EMS 1669 รถกู้ชีพในเครือข่าย โรงพยาบาลแวงน้อยออกรับ นำส่งโรงพยาบาลแวงน้อยให้การรักษา และส่งต่อโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยรถ Refer โรงพยาบาลชุมชน ประสานงานผ่าน ระบบ ER Call Center ของ โรงพยาบาลขอนแก่น

วิเคราะห์จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย หลังเกิดเหตุได้รับการประสานงานออกรับเหตุด้วยระบบ EMS 1669 มีการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการประสานงานออกรับโดยรถกู้ชีพของโรงพยาบาลนำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยซึมเล็กน้อย รู้สึกตัว ปวดศีรษะ คลื่นไส้ มีการประสานงานผ่านระบบ EMS 1669 ให้เครือข่ายกู้ชีพในพื้นที่ออกรับนำส่งโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลการบาดเจ็บ (In-Hospital Care) กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลทางคลินิก	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การดูแลผู้ป่วยที่ห้อง ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น	11.35น. วันที่ 9 ธันวาคม 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ดื่มสุรา ขับรถจักรยานยนต์ล้มเอง มีแผลฉีกขาดเหนือคิ้วซ้าย ยาว 5 CM และมีแผลฉีกขาดที่ใบหูซ้าย ตื่นดีถามตอบได้ On hard Collar ประเมินอาการทางระบบประสาท E4V5M6 pupil 3 min RTL BE สัญญาณชีพแรกรับ BT 36.5 องศาเซลเซียส PR 78 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที BP 203/149 mmHg. O2 Sat 96 % DTX 140mg% E-fast negative เวลา12.05น. ทำการล้างแผล เจาะเลือดCBC E'iyte Pt inr ATK negative ส่ง CXR Film skull Ap,Lat ผล CXR Fx Rt Rib 5 th skull no Fx suture เหนือคิ้วขวา 4 stitches แผลใบหู ซ้าย เย็บ 1 stitches -Cefazolin 1 gm v stat 12.20น. -TT 0.5 ml IM stat 12.20น. ผลเลือด K=3.1 on iv 0.9nss 1000ml+KCL 40 meq iv rate 80 cc/hr 13.30น. BP210/120 mmhg on nicadipine (1:5) rate 5 ml/hr consult รพสิรินธร ขอนแก่นรับ Case for CT นำส่งโดยรถrefer รพ หนองสองห้อง เวลา 14.00น.	10.50น. วันที่19 กรกฎาคม 2568 รู้สึกตัวดี ตื่นดี ถามตอบรู้เรื่อง โดยสารรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์ ศีรษะกระแทกพื้น ไม่สวมหมวกนิรภัย สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ หลังเกิดเหตุ ผู้ป่วยสลบนาน 5 นาที มีแผลถลอกที่แก้มขวา ประเมินอาการทางระบบประสาท On hard Collar E4V5M6 pupil 2.5 min RTL BE สัญญาณชีพแรกรับ BT 36 องศา เซลเซียส PR 73 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที BP 110/68 mmHg. O2 Sat 100% DTX 102 mg% E-fast negative เวลา11.20 น. เจาะเลือด CBC E'iyte Bun cr Pt inr ส่ง CXR 1 on iv 0.9nss 1000ml iv 80cc/hr ผลเลือด K 3.14 ได้ทาน EKCL 30 ml oral stat 12.05น. ยังมีอาการปวดศีรษะ ps 4 คะแนน คลื่นไส้ไม่อาเจียน consult รพสิรินธร ขอนแก่นรับ Case for CT นำส่งโดยรถrefer รพ แวงน้อย เวลา 14.20น.
การดูแลผู้ป่วยที่ห้อง ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัด ขอนแก่น	เวลา 15.05น.9 ธันวาคม 2567 รับคนไข้ที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร ขอนแก่น รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง บ่นปวดศีรษะ ps 4 คะแนน Triage Level 3 A: Can talke , On hard Collar with head immobilize , On Long spinal board B:Equal breath sound , No trachea deviation	เวลา 15.23น. วันที่19 กรกฎาคม 2568 รับคนไข้ที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร ขอนแก่น รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง บ่นปวดศีรษะ ต้นคอ ps 3 คะแนน มีเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง E4V5M6, alert, pupil 3 mm RTLBE, motor gr.5 all, intact sensation, Abrasion at Rt cheek and Rt arm

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลการบาดเจ็บ (In-Hospital Care) กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลทางคลินิก	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	C:สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 159/80มม.ปรอท O2 Sat 99% D:สัญญาณทางระบบประสาทแรกรับ E4V5M6 Pupil 2 mm Reaction to light Both Eyes E:แขนขาทั้งสองข้างยกได้ มีแผลเย็บเหนือคิ้วขวา 4 stitches แผลใบหูซ้ายเย็บ 1 stitches จากรพช on nicadipine (1:5) rate 5 ml/hr on iv 0.9nss 1000ml+KCL 40 meq iv rate 80 cc/hr	Triage Level 3 A: Can talke , On hard Collar with head immobilize , On Long spinal board B:Equal breath sound , No trachea deviation C:สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/97 มม.ปรอท O2 Sat 99% D:สัญญาณทางระบบประสาทแรกรับ E4V5M6 Pupil 2.5 mm Reaction to light Both Eyes E:แขนขาทั้งสองข้างยกได้ ตาซ้ายช้ำ มีแผลถลอกที่แก้มขวา ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง ปวดศีรษะ E-fast negative เวลา15.40 น. 0.9nss 1000ml iv 80cc/hr

วิเคราะห์จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับอุบัติเหตุทางถนนที่แตกต่างกัน รายที่ 1 ขับรถจักรยานยนต์ล้มเอง มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะ และใบหู ฉีกขาด ไม่สลบ ถูกนำส่งจากจุดเกิดเหตุไปโรงพยาบาลด้วยรถโรงพยาบาลหนองสองห้อง ทำการประเมินรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ รายที่ 2 โดยสารรถจักรยานยนต์ชนจักรยานยนต์ สลบ นาน 5 นาที ถูกนำส่งโดยรถกู้ชีพเครือข่ายโรงพยาบาลแวงน้อย ประเมินจากการซักประวัติกลไกการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยสูงอายุจำเหตุการณ์ไม่ได้ ซึ่งการประเมินอาการหมดสติเป็นอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมองจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง การตรวจร่างกาย การประเมินสัญญาณชีพและการประเมินอาการทางระบบประสาท การประเมินการตอบสนองต่อแสงของรูม่าน ตา เข้าได้กับอาการของภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งต้องทำ CT Scan การประเมินอาการและความเสี่ยงของ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุยิ่ง ควรให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังอาการเลือดออกในสมอง ทั้ง 2 ราย consult รพสิรินธร ขอนแก่นรับ for CT นำส่งโดยรถrefer ของโรงพยาบาลนำส่งผู้ป่วยเข้ามารักษาในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบแผนการรักษาของแพทย์ Doctor Order One Day กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลทางคลินิก	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสิรินธร จ.ขอนแก่น	-monitor V/S / EKG CT brain NC : acute subdural hematoma 0.5 cm at right frontal Displaced bony skull fracture at right frontal bone. Chest x-ray No Pneumothorax , No Fx mx: consult neuro KKH อ.ธิติ conservative ที่สิรินธรได้ dilantin*7 day, transamine* 3 day, นัดF/U OPD neuro sx ศุกร์บ่าย 1 เดือน + repeat CT ก่อนนัด	-monitor V/S / EKG CT brain NC: Thin SDH 0.3 cm at Lt temporal, spot hemorrhage at Lt frontal, contusion at Lt temporal Chest x-ray No Pneumothorax , No Fx mx: Consult Nuero Sx KKH อ.กฤษณะ suggest conservative ที่สิรินธรได้ Mx- AED 7 days F/U OPD Neuro 1 month วันจันทร์, พฤหัสบดี

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบแผนการรักษาของแพทย์ Doctor Order One Day กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลทางคลินิก	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การวินิจฉัยโรค	subdural hemorrhage Displaced bony skull fracture at right frontal bone	Traumatic subdural hemorrhage
ยาที่ได้รับ	Dilantin 1 gm iv drip in 1 hr then 100 mg iv q 6 hr. Tranexaminc (250) 500 mg iv Drip in 30min. q 6 hr. plan ให้ ย า 2-3 day Omeprazole 40 mg iv OD Nicardipine (1:5) iv drip rate 13 ml/hr Titrate ขึ้นลงที่ละ 3 ml/hr Cefazolin inj 1 gm iv q 6 hr	Dilantin 1 gm iv drip in 1 hr then 100 mg iv q 6 hr.x1 day Tranexaminc (250) 500 mg iv Drip in 30min. q 6 hr. plan ให้ ย า 2-3 day Omeprazole 40 mg iv OD Levetiracetam (levacore) 100 mg. 2 Vial (5 ml.) 500 mg IV q 12 hr. PHENYTOIN (Dilantin) cap 100 mg. 3 capsule/D รับประทานครั้งละ 3 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน Betahistine mesylate 6 mg. 3 เม็ด (SP.) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เช้า-กลางวัน-เย็น MetForMin 500 mg. TAB/Bรับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า enalapril 5 mg. tab รับประทานครั้งละ ครึ่งเม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหาร เช้า AMLODIPINE 10 mg. TABรับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า SimVAStatin 20 mg. tab รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

วิเคราะห์จากตารางที่ 4 ผู้ป่วยทั้ง2 รายได้รับการวินิจฉัย คือ Traumatic subdural hemorrhage จากผล CT Scan ของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย การประเมินอาการและความเสี่ยงของ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุยิ่งควรให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังอาการเลือดออกในสมอง การประสานการรักษากับประสาทศัลยแพทย์ที่รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาได้ทันเวลาจะช่วยให้ผู้ป่วย ปลอดภัย อาการไม่ทรุดหนักและฟื้นหายได้เป็นปกติ การบาดเจ็บรายที่ 1 มีการบาดเจ็บที่ตำแหน่งกะโหลกศีรษะ มีอาการสับสน ความดันโลหิตสูง ร่วมด้วย การดูแลรักษามีความยุ่งยากมากขึ้น เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน หลายอย่าง ต้องประสารแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา คือ ประสาทศัลยแพทย์ ศัลยแพทย์ทั่วไป และแพทย์ศัลยกรรมศีรษะและคอ ส่วนรายที่ 2 ต้องประสานแพทย์อายุรกรรมร่วมรักษาโรคประจำตัว วางแผนการดูแลร่วมกัน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล	1.มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทสมองที่เลวลงจากพยาธิสภาพในสมอง 2.เสี่ยงต่ออันตรายจากความดันโลหิตสูง 3.มีโอกาสเกิดการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลที่ ศีรษะและใบหู 4.เสี่ยงต่อการชักเนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง 5.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 6.เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก D-METHOD	1.มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทสมองที่เลวลงจากพยาธิสภาพในสมอง 2.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณใบหน้า 3.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4.เสี่ยงต่อการชักเนื่องจากพยาธิสภาพที่สมอง 5.เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก D-METHOD

วิเคราะห์จากตารางที่ 5 นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จากผู้ป่วยได้รับการ วินิจฉัย Traumatic SDH เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโดยการประสานการดูแลรักษาจากประสาทศัลยแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดขอนแก่น พยาบาลให้การดูแล เฝ้า ระวังอาการและอาการแสดงเลือดออกใน สมอง รวมทั้งการให้ยาเพื่อควบคุมอาการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาส เกิดขึ้นสำหรับผู้ป่วยทั้ง 2 รายตามแผนการ รักษาของแพทย์ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายอาการ ดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้ D-METHOD ได้รับยาป้องกันภาวะชัก และมีนัดติดตามอาการ 1 เดือน และปัญหาอื่นของ กรณีศึกษารายที่ 1 มี Displaced bony skull fracture at right frontal bone และแผลฉีกขาดที่ใบหูซ้าย ได้ปรึกษาศัลยกรรมศีรษะและคอ นัดติดตามอาการพร้อมกับศัลยแพทย์ ส่วน กรณีศึกษารายที่ 2 มี มีแผลถลอกที่ใบหน้ารักษาโดยศัลยแพทย์และมีปัญหาเวียนศีรษะอยู่บ่อยครั้ง มีการรักษาโรคประจำตัวกับแพทย์โรงพยาบาลต้นทางพร้อมแนะนำไปโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดขอนแก่นเพื่อรักษาติดตามอาการอีก 1 เดือน

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในสมองซึ่งเป็นภาวะวิกฤติ เมื่อมาถึงตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลต้นทางได้รับการประเมินแรกรับทันที ซักประวัติ ให้ประวัติอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้มเองไม่มีการชนกับมีคู่กรณีร่วมกับมีปัจจัยเสริมความรุนแรงครั้งนี้คือ ไม่ได้สวมหมวกนิรภัย ตรวจร่างกายเบื้องต้น แยกประเภทคนไข้ตามมาตรฐานดูแลเจาะเลือด พร้อมแก้ไข้ผลเลือดที่ผิดปกติมีการส่งตรวจเอ็กซเรย์ และประสานมายังโรงพยาบาลสิรินธรขอนแก่น เมื่อถึง ตรวจร่างกายเบื้องต้น ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan) Case แรกมีการบาดเจ็บมีแผลที่ศีรษะและใบหู case ที่2 มีแผลถลอกที่แก้ม ตามการประเมินแรกรับและการตรวจร่างกายการบาดเจ็บเบื้องต้น และผล CT scan สมองทั้ง 2 รายพบว่ามี ภาวะเลือดออกในสมองแพทย์ได้ประสานแผนการรักษากับแพทย์เฉพาะทางด้านประสาทศัลยแพทย์โรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น ซึ่งทั้ง 2 รายมีความเห็นให้การรักษาแบบประคับประครองยังไม่ต้องผ่าตัด ให้เข้านอนรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวัง อาการเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น โดยให้ยา Dilantin 1 gm iv drip in 1 hr then 100 mg iv q 6 hr.

Tranexaminc Acid(N) (250) 500 mg iv Drip in 1/2 hr. q 6 hr. plan ให้ ยา 2-3 day ,Omeprazole 40 mg iv OD, case ที่2รักษา anti-epileptic drugs (AED) ให้ Levetiracetam (levacore) 100 mg. 2 Vial (5 ml.) 500 mg IV q 12 hr. 7 วัน ในcase ที่ 1 มีความดันโลหิตสูง โดยให้ Nicardipine (1:5) iv drip rate 13 ml/hr Titrate ขึ้นลงที่ละ 3 ml/hr และปวดศีรษะและเวียนศีรษะเหมือนกันกับcaseที่ 2 และcaseที่2 มีโรคร่วมที่จำเป็นต้องได้รับยาโรคประจำตัวด้วย ผู้ป่วยได้เข้านอนรักษาในตึกผู้ป่วยศัลยกรรมใน และให้การดูแลรักษาตามแผนการรักษาของประสาทศัลยแพทย์โรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น ทั้ง 2 รายพยาบาลได้อธิบายผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจ ประเมินการปฏิบัติตัวและการดูแลเมื่อกลับบ้านอย่างมั่นใจแพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตัวเองต่อที่บ้านได้ ทั้ง 2 รายนอนรักษาเฝ้าระวังอาการเลือดออกมากขึ้นในโรงพยาบาลจำนวน 4 วันกับ 3 วัน มีการปรึกษาแพทย์ศัลยกรรม ร่วมดูแลผู้ป่วย

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินผู้ป่วย Trauma เป็นผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยแรกรับที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีการประเมินผู้ป่วยทันที ประเมินได้รวดเร็ว ระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่สมอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พยาบาลต้องให้การพยาบาลที่คงไว้ซึ่งความโล่งของการเดินหายใจเป็นแนวทางลำดับแรกที่ต้องคำนึงถึงระดับความรู้สึกตัว เป็นตัวชี้วัดที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ในระยะเฉียบพลันอาการจะเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ควรมีการประเมินความรู้สึกตัวอย่างสม่ำเสมอ ไม่ปล่อยให้ ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการคงที่[1,4] การสังเกตของพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะผู้สูงอายุ พยาบาล มีความรับผิดชอบในการให้ข้อมูลแพทย์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัวของผู้ป่วย การประเมินทั้ง 2 รายพบเป็นแนวทางเดียวกัน เช่น การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด การประเมินระดับออกซิเจนในเลือด รวมถึงการประเมินการตอบสนองต่อแสงของรูม่านตา การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลทั้ง 2 ราย ศัลยแพทย์โรงพยาบาลสิรินธร ขอนแก่น ได้ประสานประสาทศัลยแพทย์โรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น มีแผนการรักษาแบบไม่ผ่าตัด[4] ซึ่งการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองที่เป็นภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิตใน ขณะนั้นและต้องมีการประเมินความวิตกกังวลของ ผู้ป่วยและครอบครัว ความต้องการการสนับสนุนการ ช่วยเหลือด้านต่างๆ หรือการจัดหาข้อมูลที่จำเป็นใน การสนับสนุนและได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมองในระยะนี้[5] เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจในการดูแล รักษาผู้ป่วยต่อไป การปฏิบัติการพยาบาลและประสานการดูแล รักษาทั้ง 2 รายบาดเจ็บระดับปานกลาง ผู้ป่วยได้รับ การดูแลในส่วน primary survey เกี่ยวกับทางเดินหายใจ (airway) การหายใจ (breathing) และการไหลเวียนโลหิต (circulation) ควรเฝ้าระวัง C-spine injury โดยทำ neck stabilization[1] เนื่องจากไม่มีประสาทศัลยแพทย์ประจำโรงพยาบาล พยาบาลจึงเป็นคนสำคัญต้องมีความรู้ในการที่จะดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารยาเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเพื่อควบคุมอาการของภาวะ เลือดออกไม่ให้เกิดความรุนแรงมากกว่าเดิม การวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเมื่อ ผ่านพ้นระยะวิกฤติได้รับการวางแผนการจำหน่ายโดยพยาบาลให้ข้อมูลพยาธิสภาพและความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ความสำคัญในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ให้ข้อมูลเสริมพลังในการดูแลตนเองให้ปลอดภัย[9] เป็นเรื่องท้าทายที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง และ

เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสม ไม่กลับไปอบสมุนไพรตามความเชื่อที่ผ่านมา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ยังมีความเชื่ออาจจะส่งผลกระทบให้เลือดออกในสมองเพิ่มมากขึ้น บทบาทของพยาบาลในระยะวิกฤติ คือ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง และรายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะคุกคามต่อชีวิต และในระยะ ฟื้นฟู พยาบาลมีบทบาทในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย และญาติด้วยการประเมินผลกระทบที่เกิดจากการบาดเจ็บที่รุนแรง ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน โดยวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ[10]

ข้อเสนอแนะ

1.การซักประวัติตรวจร่างกายเบื้องต้นของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองเป็นสิ่งสำคัญในการแยกประเภทผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ควรมีแนวทางการซักประวัติตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองที่ชัดเจน

2.การวางแผนการจำหน่ายควรมีแนวทางที่เป็น แนวทางเดียวกัน มีการประเมินความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคที่เป็นและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1.นครชัย เผื่อนปฐม และธีระเดช ศรีกิจวิไลกุล. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinicalpractice guidelines for traumatic brain injury). (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี : บริษัท พรอสเพอรัสพลัสจำกัด.

2.ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน https://www.thairsc.com/, สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน.

3. Royal College of Neurosurgeons of Thailand. Clinical practice guidelines for traumatic brain injury. Bangkok: Prosperous Plus; 2019.

4.การฟื้นฟูระยะกลางภาวะสมองบาดเจ็บ (IMC of Traumatic Brain Injury) – สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ. http://agingthai.dms.go.th

5.เพชรฐิฐิย์ ฐญฐิ พ.บุ.วว. เวชศาสตฐ์ฉุกเฉิน, วว. เวชศาสตฐ์ครอบครัว ปัจจัยฐิ่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะชนิดไม่รุนแรง ฐิ่เข้ารับบริการฐิ่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรีวารสารแพทฐ์เขต 4-5 ปีที่43 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2567

6.เวชระเบียนโรงพยาบาลสิรินธร ขอนแก่น.สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ปีพ.ศ.2566-2568. งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร ขอนแก่น:2568

7.แนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ (Clinical Practice Guideline for Traumatic brain injury) ปี 2562

8. .วราภรณ์ ศรีจันทร์พาล, กศ.ด.1 อรัญญา นามวงศ์, พย.ด.1ปภัชญา ธัญปานสิน, พย.ม.1 วาสนา กันคา,พย.ม.1 ณัฐธิดา สุริโย, พ.ยบ.2
ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงก่อนการวางแผนจำหน่าย วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

9.ภัทร รุ่งเนย. (2560). การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ วิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.

10.รุจีพร เพ็ญศรี. (2564). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีงวรสุโขทัย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 : 83-96

การรักษาผู้ป่วยโรคเริมด้วยครีมพญายอเทียบกับครีม Acyclovir ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

Treatment of Herpes Simplex Patients with Payayor Cream Compared to Acyclovir Cream in Pranangklao Hospital.

(Received: September 1,2025 ; Revised: September 16,2025 ; Accepted: September 21,2025)

ณิชา เจนมานะชัยกุล[1]

Nicha Jenmanachaiyakun[1]

บทคัดย่อ

เป็นการศึกษาทดลองแบบสุ่มและควบคุมทางคลินิก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับการรักษาโรคเริมด้วยครีมพญายอในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยผู้ป่วยจำนวน 29 ราย เป็นเริมเฉพาะที่ริมฝีปากได้รับการดูแลรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทางผิวหนังภายในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่เดือนมกราคม 2568 ถึงมิถุนายน 2568 แบ่งโดยวิธีการสุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 การรักษาโรคเริมด้วยครีมพญายอ จำนวน 15 ราย และกลุ่มที่ 2 การรักษาโรคเริมด้วยครีม Acyclovir จำนวน 14 ราย เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ อาการปวด อาการคัน และผลการรักษาโรคเริม (การดำเนินโรค 3 ระยะ) โดยใช้ Student t-test เป็นตัวสถิติเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยโรคเริมจำนวน 29 ราย เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจทั้ง 9 รายการ ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการใช้ยาอยู่ในช่วง 2.47-4.80 ในกลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีมพญายอ และอยู่ในช่วง 2.36-4.64 ในกลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีม Acyclovir ผลการรักษา (การดำเนินโรค) ทั้ง 2 กลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1 ระยะตุ่มน้ำใสเต็มที่ 2 ระยะตกสะเก็ดเต็มที่ 3 รอยโรคหาย วัดจากรูปถ่ายติดตามรายวันประเมินโดยแพทย์เฉพาะทางผิวหนัง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 กลุ่ม ทั้ง 3 ระยะ โดยระยะเวลารอยโรคหายในกลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีมพญายอและกลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีม Acyclovir 8.87 ± 2.88 วัน และ 9.71 ± 3.41 วัน ตามลำดับ (p = 0.48) อาการปวดและอาการคันทั้ง 2 กลุ่ม ณ วันที่ 3 7 และ 14 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การรักษาโรคเริม, ครีมพญายอ, ครีม Acyclovir, ยาทางเลือก

Abstract

The study was a randomized controlled trial in order to study the clinical outcomes on the treatment of herpes simplex patients using Payayor cream in Pranangklao hospital. Twenty-nine patients with herpes simplex labialis received treatment from dermatologists in Pranangklao hospital, Nonthaburi province, from January 2025 to June 2025, divided by a simple random sampling using the computer program into 2 groups. Group 1 received treatment for herpes simplex with Payayor cream, 15 cases. Group 2 received treatment for herpes simplex with Acyclovir cream, 14 cases. Comparison of mean satisfaction, pain score, itch score and treatment results of herpes simplex (3 stages of disease progression) by using statistical student t-test.

Results: Twenty-nine herpes simplex patients were compared with the mean satisfaction scores of the 9 items between the two groups. There was no statistically significant difference. The mean of satisfaction increased with the duration of treatment in the range of 2.47-4.80 in patients treated with Payayor cream and in the range of 2.36-4.64 in patients treated with Acyclovir cream. The treatment results in both groups were divided into 3 stages. Based on daily follow-up photographs assessed by dermatologists, there was no statistically significant difference between the two groups in 3 stages. The time to heal in patients treated with Payayor cream and Acyclovir cream were 8.87 ± 2.88 days and 9.71 ± 3.41 days, respectively (p = 0.48). There were no statistically significant differences in pain score and itch score between the two groups on day 3, 7 and 14.

Keywords: Herpes simplex treatment, Payayor cream, Acyclovir cream, Alternative medicine

---

[1] นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

บทนำ

การรักษาโรคเริมด้วยยา Acyclovir ยังคงเป็นยามาตรฐานในการรักษา[1] โดยมีปัจจัยคำนึงถึงภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยและรอยโรคที่เกิดขึ้น[2, 3] ซึ่งกรณีผู้ป่วยมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องและหรือรอยโรคเกิดภายในปาก การรักษาให้ยา Acyclovir รับประทานเป็นหลัก[1, 4] ในขณะที่ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันปกติและรอยโรคอยู่ที่ผิวหนัง การรักษาโดยการให้ยาครีม Acyclovir ทาภายนอกช่วยทำให้รอยโรคหายเร็วขึ้น[5]

การรักษาโรคเริมทางเลือกโดยการใช้ยาสมุนไพรในประเทศไทย มีการศึกษามะหิ่งดง (ใบระลอกกำนันเจิด, *Crotalaria bracteata* Roxb.ex DC.)[6] และพญายอ (*Clinacanthus nutans*) โดยมะหิ่งดงสามารถรักษาเริมบริเวณปากได้ ระยะเวลาตกสะเก็ดเต็มที่เฉลี่ย 3.22 วัน และสะเก็ดหายทั้งหมดเฉลี่ย 5.7 วัน ความพึงพอใจอยู่ที่ 62.2% ขณะที่ครีมพญายอสามารถรักษาโรคเริมที่อวัยวะเพศได้ ระยะเวลาตกสะเก็ดเต็มที่เฉลี่ย 3 วัน และสะเก็ดหายทั้งหมดเฉลี่ยมากกว่า 7 วัน อยู่ในช่วง 22-34% ซึ่งใช้เวลานานกว่าเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยครีม Acyclovir อยู่ที่ 7 วัน แต่ดีกว่ายาหลอก (Placebo)[7] ความพึงพอใจอยู่ที่ 82.6% กลับสูงกว่าครีม Acyclovir อยู่ที่ 51% เหตุผลที่ทำให้ความพึงพอใจลดลงมาจากความแสบขณะใช้ครีม Acyclovir มีมากกว่าครีมพญายอ[8] การศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการใช้ครีมพญายอเพียงอย่างเดียวนั้น อาจไม่เพียงพอต่อการรักษาโรคเริม ขณะที่งานวิจัยในหลอดทดลองพบว่าพญายอสามารถออกฤทธิ์ต้านไวรัสเริมได้ทั้งชนิดที่ 1 และ 2 [9, 10, 11] สารออกฤทธิ์ Monogalactosyl diglyceride (MGDG), Digalactosyl diglyceride (DGDG) เพียง 36 และ 43.2 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร และสารประกอบคลอโรฟิลล์ สามารถยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัส HSV-1, HSV-2 กลไกการออกฤทธิ์คือไปรบกวนการเกาะผนังเซลล์ของไวรัส (adsorption) ทำให้ไวรัสไม่สามารถเข้าไปเพิ่มจำนวนในเซลล์ได้[12] ต่างจาก Acyclovir มีกลไกออกฤทธิ์โดยเข้าไปขัดขวางการทำงานของเอนไซม์ DNA polymerase ในการเพิ่มจำนวนไวรัสในเซลล์ที่ติดเชื้อ และหากมีวิธีและขั้นตอนการสกัดสารออกฤทธิ์ที่เหมาะสม โดยมีการศึกษาความเข้มข้นที่มีพิษต่อเซลล์ปกติและเชื้อไวรัสเริมพบว่าระดับเป็นพิษต่อไวรัสมากกว่าในขณะที่ไม่เป็นอันตรายต่อเซลล์ปกติ[12] การศึกษาการใช้ครีมพญายอที่ผ่านมา มีข้อจำกัดในการนำมาเป็นหลักฐานในการใช้ทางคลินิก[7] กลุ่มประชากรที่นำมาวิเคราะห์นั้น คือเริมในร่มผ้า (Herpes genitalis และ Herpes zoster) ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษา กรณีการศึกษานี้เป็นเฉพาะที่ริมฝีปาก เพื่อควบคุมปัจจัยกวนออกไป โดยให้ผลวิจัยน่าเชื่อถือมากที่สุด เนื่องจากกลุ่มประชากร ไม่ได้มีรอยโรคที่เดียวกัน จึงเป็นที่มาของการศึกษาการใช้ครีมพญายอในการรักษาโรคเริมสามารถทดแทนครีม Acyclovir ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้านั้นเหมาะสมหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับการรักษาโรคเริมด้วยครีมพญายอในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

วิธีการศึกษา

การศึกษาทดลองแบบสุ่มและควบคุมทางคลินิก (Randomized controlled trial) ผู้ป่วยจำนวน 29 ราย ทุกรายเป็นเริมเฉพาะที่ริมฝีปาก จากการศึกษาของ Kongkaew C และคณะ[7] พบว่าอัตราส่วนครีมพญายอให้ผลการรักษาดีขึ้นที่ 7 วัน 91% ในขณะที่ครีม Acyclovir ให้ผลดีขึ้น 100% สมมติฐานการวิจัยคือ

H_0 อัตราส่วนผลการรักษาด้วยครีมพญายอที่ 7 วัน ไม่มีความแตกต่างกันจากการรักษาด้วยครีม Acyclovir

H_1 อัตราส่วนผลการรักษาด้วยครีมพญายอที่ 7 วัน มีความแตกต่างกันจากการรักษาด้วยครีม Acyclovir

สมการที่คำนวณคือเปรียบเทียบสัดส่วนในกลุ่มประชากรดังนี้

$$n_2 = \frac{(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2}{(\epsilon - \delta)^2}\left[\frac{p_1(1-p_1)}{k} + p_2(1-p_2)\right]$$
$$\epsilon = p_1 - p_2$$
$$k = \frac{n_1}{n_2}, \quad n_1 = kn_2$$

กำหนดให้ p_1 = 0.91 คืออัตราส่วนครีมพญายอให้ผลการรักษาดีขึ้นที่ 7 วัน 91% และคาดว่าน่าจะเป็นในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

p_2 = 1.0 คืออัตราส่วนครีม Acyclovir ให้ผลการรักษาดีขึ้นที่ 7 วัน 100%

ε = 0.09 คือความแตกต่าง (p_1-p_2)

δ = 0.30 คือความแตกต่างระหว่างอัตราส่วนที่มีความสำคัญทางคลินิก

κ = 1 คือสัดส่วนระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม

$z_{1-\alpha}$ = 1.64 คือค่าสถิติที่มีความน่าจะเป็น (Type I error 1-sided) ที่ 0.05

$z_{1-\beta}$ = 0.84 คือค่าสถิติที่มีความน่าจะเป็น (Type II error 1-sided) ที่ 0.20

$$n = \frac{(1.64 + 0.84)^2[0.91(1-0.91) + 1(1-1)]}{0.30^2}$$

= 12 คน ในแต่ละกลุ่ม

ดังนั้นจำนวนประชากรที่คำนวณได้คือ 12 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มครีมพญายอและกลุ่มครีม Acyclovir เป็นจำนวน 2 กลุ่ม จำนวนประชากรขั้นต่ำที่ควรได้คือ 24 คน รวมกับจำนวนปฏิเสธการรักษาหรือข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ประมาณ 20% เป็นจำนวน 5 คน ดังนั้นจำนวนประชากรที่ทำการศึกษานี้ควรมีอย่างน้อย 29 คน ที่เป็นโรคเริมอายุ 18-85 ปี โดยไม่รวมถึงผู้ป่วยโรคผิวหนังแต่กำเนิด เป็นแผลจากไฟไหม้ระดับที่ 2 ขึ้นไป ไม่เป็นเนื้องอกผิวหนัง ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัย และได้รับการดูแลรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทางผิวหนังภายในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่เดือนมกราคม 2568 ถึงมิถุนายน 2568 ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยหมายเลข PE6749 โดยเก็บข้อมูล วัน/เดือน/ปี ผู้ป่วยเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก เพศ อายุ โรคประจำตัว อาการเบื้องต้น วินิจฉัยรอยโรคและตำแหน่งที่เป็น ประวัติการใช้ยาก่อนหน้า และประเมินอาการปวด (Visual analog scale) อาการคัน (Itch analog scale) ความพึงพอใจ (5-point Likert scales) ของผู้ป่วยโรคเริมวันที่ 3 7 และ 14 และการดำเนินโรคโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1 ระยะตุ่มน้ำใสเต็มที่ (เริ่มมีตุ่มน้ำใสจนถึงก่อนมีสะเก็ด) 2 ระยะตกสะเก็ดเต็มที่ (เริ่มตกสะเก็ดจนถึงก่อนสะเก็ดเริ่มหลุด) 3 รอยโรคหาย (สะเก็ดหลุดลอกจากผิวหนังจนหมด) ทั้งหมดได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางผิวหนัง วัดจากรูปถ่ายติดตามรายวัน และรอยดำ ประเมินโดยแพทย์เฉพาะทางผิวหนัง แบ่งโดยวิธีการสุ่ม Simple random sampling ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 การรักษาโรคเริมด้วยครีมพญายอ จำนวน 15 ราย และกลุ่มที่ 2 การรักษาโรคเริมด้วยครีม Acyclovir จำนวน 14 ราย โดยใช้ตลับยาบรรจุครีมสีเดียวกันและปิดฉลากเป็น ตลับ A และ B โดยผู้ป่วยที่เข้าโครงการวิจัยและแพทย์ผู้สั่งจ่ายไม่ทราบชนิดของครีมในตลับ และระบุวิธีการใช้ยาโดยทาบางๆ บริเวณที่เป็น วันละ 5 ครั้ง หรือ ทุก 4 ชั่วโมง รักษาเฉพาะยาทาภายนอกเท่านั้น โดยข้อมูลแบบสอบถามและภาพถูกบันทึกไว้เป็นความลับไม่สามารถระบุตัวตนได้ การบันทึกผลการรักษาเป็นการบันทึกปิดฉลาก A และ B ใช้ระยะเวลาในการทำงานวิจัย 6 เดือน การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปแสดงการแจกแจงเป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจ อาการปวด อาการคัน และผลการรักษาโรคเริม (การดำเนินโรค 3 ระยะ) โดยใช้ Student t-test เป็นตัวสถิติเปรียบเทียบ นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง นำผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานการรักษาให้แพทย์

ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางผิวหนังในการดูแลผู้ป่วยโรคเริมต่อไป

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 29 ราย เป็นโรคเริมเฉพาะที่ริมฝีปาก ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัย และได้รับการดูแลรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทางผิวหนังภายในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี แบ่งโดยวิธีการสุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 การรักษาโรคเริมด้วยครีมพญายอ จำนวน 15 ราย และกลุ่มที่ 2 การรักษาโรคเริมด้วยครีม Acyclovir จำนวน 14 ราย ใช้ระยะเวลาในการทำงานวิจัยประมาณ 6 เดือน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2568 ถึง 30 มิถุนายน 2568 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ โรคประจำตัว อาการเตือน ปัจจัยกระตุ้น อาการเริม ระยะเวลาเป็นเริม ความถี่ในการเป็นเริม และการรักษาครั้งแรก โดยไม่มี p-value < 0.05 แต่อย่างไรก็ตาม อายุ ความถี่ในการเป็นเริม และการรักษาครั้งแรก อาจมีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม โดยอายุกลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีมพญายอมีค่าเฉลี่ยมากกว่าผู้ป่วยรักษาด้วยครีม Acyclovir อยู่ที่ 47.4 ± 13.6 และ 38.4 ± 17.3 ตามลำดับ ความถี่ในการเป็นเริมค่าฐานนิยมของกลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีมพญายออยู่ที่ 4-6 เดือนต่อครั้ง (9/15) คิดเป็น 60% ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีม Acyclovir อยู่ที่ ปีละครั้ง (8/14) คิดเป็น 57% ตามลำดับ และการรักษาครั้งแรกกลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีมพญายอมีค่าฐานนิยมซื้อยาทาเองอยู่ที่ (10/15) คิดเป็น 67% ผู้ป่วยรักษาด้วยครีม Acyclovir พบแพทย์อยู่ที่ (9/14) คิดเป็น 64%

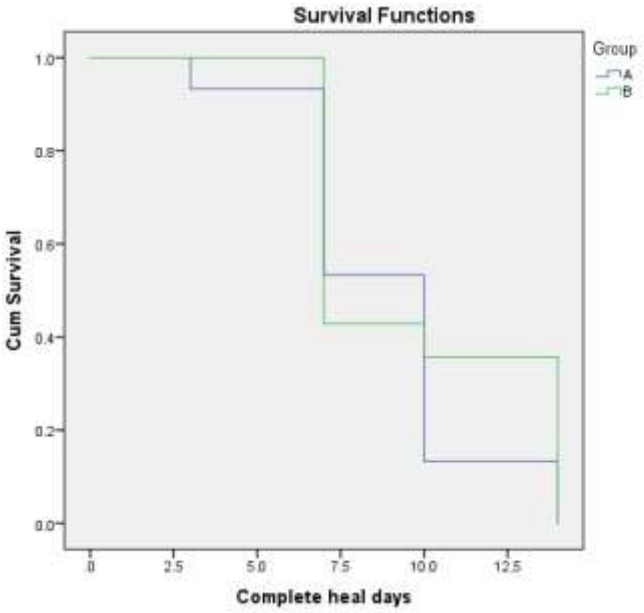
2. ผลการศึกษาความพึงพอใจผู้ป่วยจำนวน 29 ราย ที่เป็นโรคเริมทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าความพึงพอใจทั้ง 9 รายการ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจกลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีมพญายอมีค่าเฉลี่ยมากกว่าผู้ป่วยรักษาด้วยครีม Acyclovir เล็กน้อย ทั้ง 9 รายการ โดยเฉพาะข้อ 4 ผลจากการรักษาเมื่อทายาวันละ 5 ครั้งติดต่อกัน 3 วัน ยามีผลทำให้ตุ่มหนองแห้งและแผลตกสะเก็ด และข้อ 5 ผลจากการรักษาเมื่อทายาวันละ 5 ครั้งติดต่อกัน 7 วัน ยามีผลทำให้ตุ่มหนองแห้งและแผลตกสะเก็ด

ตารางที่ 1 ผลการรักษา (การดำเนินโรค)

อาการ	ครีมพญายอ (n=15)	ครีม Acyclovir (n=14)	p-value
ตุ่มน้ำใส (วัน), mean (SD)	2.80 (1.08)	3.07 (1.33)	0.55
สะเก็ด (วัน), mean (SD)	5.67 (1.76)	6.00 (1.84)	0.62
หาย (วัน), mean (SD)	8.87 (2.88)	9.71 (3.41)	0.48

ผลการรักษา (การดำเนินโรค) ผู้ป่วยจำนวน 29 ราย เป็นโรคเริมทั้ง 2 กลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1 ระยะตุ่มน้ำใสเต็มที่ 2 ระยะตกสะเก็ดเต็มที่ 3 รอยโรคหาย โดยวัดจากรูปถ่ายติดตามรายวัน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 กลุ่ม ทั้ง 3 ระยะ แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีมพญายอมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าในทุกระยะของการดำเนินโรคเล็กน้อย ตารางที่ 1

รูปที่ 1 Kaplan-Meier survival curve ระยะเวลาหายของโรค



ผลการรักษาจากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Kaplan-Meier survival curve รูปที่ 1 โดย A คือ ครีมพญายอ และ B คือ ครีม Acyclovir พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ χ^2 = 0.736 (p = 0.39)

ตารางที่ 2 อาการปวด ณ วันที่ 3 7 และ 14

อาการปวด (Visual analog scale)	ครีมพญายอ (n=15)	ครีม Acyclovir (n=14)	*p*-value
วันที่ 3 (scale), mean (SD)	4.07 (1.71)	4.57 (2.50)	0.54
วันที่ 7 (scale), mean (SD)	0.22 (0.34)	0.30 (0.56)	0.65
วันที่ 14 (scale), mean (SD)	0	0	N/A

ตารางที่ 3 อาการคัน ณ วันที่ 3 7 และ 14

อาการคัน (Itch analog scale)	ครีมพญายอ (n=15)	ครีม Acyclovir (n=14)	*p*-value
วันที่ 3 (scale), mean (SD)	2.20 (1.86)	2.14 (1.79)	0.93
วันที่ 7 (scale), mean (SD)	0.50 (0.40)	0.44 (0.36)	0.69
วันที่ 14 (scale), mean (SD)	0	0	N/A

ผลการรักษาอาการปวดและอาการคันผู้ป่วยจำนวน 29 ราย เป็นโรคเริมทั้ง 2 กลุ่ม โดยกรอกแบบสอบถามอาการปวดและอาการคันในวันที่เป็นโรค ณ วันที่ 3 7 และ 14 หลังจากมีอาการพบว่าทั้งอาการปวดและอาการคัน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 กลุ่ม โดยพบว่าอาการปวดจะเป็นมากกว่าอาการคันในช่วง 3 วันแรก ส่วนอาการคันจะมีอาการมากกว่าในช่วงวันที่ 7 และทั้ง 2 กลุ่ม อาการปวดและอาการคันหายไปใน 14 วัน ตารางที่ 2-3

สรุปและอภิปรายผล

การแพทย์แผนไทยในปัจจุบันมีการส่งเสริมการใช้สมุนไพรไทยในการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น[13] พญายอ (*Clinacanthus nutans*) มีการศึกษาและนำมาใช้รักษาโรคเริมอย่างแพร่หลายมากขึ้นในเรื่องประสิทธิภาพในการรักษาโรคเริมและงูสวัด[9, 10, 11] แต่เนื่องจากคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติจัดให้ครีม Acyclovir ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา[14] และนโยบายการจัดบัญชียาจากเดิมเป็นยานอกบัญชียาหลักสามารถใช้กับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าได้ปรับเปลี่ยนเป็นต้องชำระเงิน โดยแพทย์เฉพาะทางผิวหนังเลือกใช้ครีมพญายอในการรักษาโรคเริมทดแทน เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล คุ้มค่า และสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ

จากผลการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 29 ราย เป็นโรคเริม ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย และได้รับการดูแลรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทางผิวหนังภายในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จากข้อมูลทั่วไปทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกรายการ และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีมพญายอมีพฤติกรรมสุขภาพ ซื้อยาทาเอง (10/15) คิดเป็น 67% และรู้จักครีมพญายอเพียง (4/15) คิดเป็น 27% โดยกลุ่มนี้จะได้ครีม Acyclovir ในการรักษาครั้งแรก (10/15) ถึง 67% โดยผู้จัดยาให้ส่วนใหญ่เป็นเภสัชกร ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีม Acyclovir มีพฤติกรรมสุขภาพ พบแพทย์ (9/14) คิดเป็น 64% ได้รับการรักษาด้วยครีม Acyclovir ครั้งแรก (8/14) อยู่ที่ 57% โดยอาการทางคลินิกของกลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีม Acyclovir มีอาการคันๆ เจ็บๆ ปวดแสบปวดร้อน มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีมพญายอ (9/14) 64% และ (7/15) 47% ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีม Acyclovir ที่น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีมพญายอเล็กน้อย โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สมาพร[8] พบว่ากลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีม Acyclovir มีความพึงพอใจที่ลดลงจากอาการแสบเช่นเดียวกันแต่การศึกษาไม่มีข้อมูลทั่วไปเปรียบเทียบกลุ่มประชากรทั้ง 2 กลุ่ม จึงไม่สามารถอนุมานได้ว่าความพึงพอใจนั้นเกิดจากการใช้ครีม Acyclovir ทำให้ความพึงพอใจลดลง แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อมูลทั่วไปเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ทำให้เห็นข้อมูลได้ชัดเจนมากขึ้น

ผลการรักษาโรคเริมในส่วนการดำเนินโรคทั้ง 3 ระยะ ไม่พบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามระยะดำเนินโรคทั้ง 3 ระยะในกลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยครีมพญายอมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าเล็กน้อย ซึ่งระยะการดำเนินโรคของการศึกษานี้แตกต่างจากรายงานก่อนหน้าของ Kongkaew C และคณะ[7] พบว่าระยะเวลาตกสะเก็ดเต็มที่เฉลี่ย 3 วัน และสะเก็ดหายทั้งหมดเฉลี่ยมากกว่า 7 วัน อยู่ในช่วง 22-34% ซึ่งใช้เวลานานกว่าเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยครีม Acyclovir อยู่ที่ 7 วัน แต่ดีกว่ายาหลอก (Placebo) ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินโรคใกล้เคียงกัน โดยการศึกษานี้มากกว่าประมาณ 1 วัน โดยผลการรักษา ระยะเวลาตกสะเก็ดเต็มที่เฉลี่ย 5.67 วัน และสะเก็ดหายทั้งหมดเฉลี่ย 8.87 วัน ในขณะที่ผลการรักษาแตกต่างอย่างมากกับรายงานของสมาพร[8] ระยะเวลาตกสะเก็ดเต็มที่เฉลี่ย 3 วัน และสะเก็ดหายทั้งหมดเฉลี่ย 5.7 วัน อาการปวดและอาการคัน พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เหตุที่ทำให้เกิดความแตกต่างของระยะเวลาหายของโรคมาจากกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ของ 2 การศึกษานี้มีลักษณะที่แตกต่างกัน คือการประเมินรอยโรค โดย สมาพร ประเมินรอยโรคโดยการสอบถามประวัติจากผู้ป่วย (Secondary information) ในขณะที่ Kongkaew C และคณะ ประเมินรอยโรค ณ วันที่นัดมาดูรอยโรคตามโครงการวิจัยกำหนดในแต่ละวิจัย

ที่รายงาน (Primary information) ประเมินโดยแพทย์ผู้รักษา สามารถทำให้เกิดอคติ (Information bias) ได้ในกรณี (Secondary information) แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าอาการปวดในการศึกษากลุ่มครีมพญายอและครีม Acyclovir มีค่าเฉลี่ย 4.07 ± 1.71, 4.57 ± 2.50 ตามลำดับ มีค่ามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Charuwichitratana S และคณะ[15] ในผู้ป่วยงูสวัด มีค่าเฉลี่ยความปวดอยู่ที่ 1.68 (0-4) ซึ่งอาการปวดของการศึกษานี้ที่สูงกว่าเนื่องจากกลุ่มประชากรที่นำมาศึกษาอายุเฉลี่ยมากกว่า 38 ปี และผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มย่อยความปวดเป็นจำนวนวัน อย่างไรก็ตามค่าที่มากกว่าเกิดขึ้นในช่วง 3 วันแรกเท่านั้น ผลแทรกซ้อนเม็ดสีผิดปกติที่เกิดจากรอยโรคเริม Post inflammatory hyperpigmentation (PIH) ไม่พบในการศึกษานี้ อย่างไรก็ตามโรคเริมนั้นเป็นโรคที่หายเอง การใช้ยาเป็นการลดอาการเจ็บปวดและลดระยะเวลารอยโรคได้เมื่อเทียบกับการไม่ได้รักษา และผลแทรกซ้อนอันตรายถึงชีวิตน้อยมาก จึงทำให้การรักษามีทางเลือกในการใช้ยามากขึ้น สำหรับแพทย์ทั่วไปจนถึงแพทย์เฉพาะทางผิวหนัง

ข้อจำกัดการศึกษานี้ คือ กลุ่มประชากร ถึงแม้จะไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ช่วงอายุอาจเป็นปัจจัยการหายของรอยโรคได้ ในขณะที่พฤติกรรมสุขภาพหากไม่ใช้ยาสม่ำเสมอตามแพทย์สั่งก็มีผลต่อระยะเวลาการหายเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามข้อแตกต่างที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดในด้านความพึงพอใจอาจมีความแตกต่างกันทางสถิติได้ถ้ามีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น การศึกษานี้เป็น Single center มีโอกาสทำให้เกิด Single-center bias อย่างไรก็ตามข้อมูลของการศึกษานี้สามารถนำไปวิเคราะห์ต่อยอดได้ด้วยการทำ Systematic review และ Meta-analysis และการทำ Multicenter RCT ต่อไป

สรุป

การรักษาโรคเริมด้วยครีมพญายอเมื่อเทียบกับครีม Acyclovir ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านระยะเวลาการหายของโรค อาการปวด อาการคันและความพึงพอใจ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์อรรถพล วันดี และบุคลากรห้องตรวจผิวหนังโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่ให้การวิจัยฉบับนี้ผ่านการพิจารณา

เอกสารอ้างอิง

1.Kłysik K, Pietraszek A, Karewicz A, Nowakowska M. Acyclovir in the treatment of herpes viruses–a review. Current medicinal chemistry. 2020;27(24):4118-37.

2.Cernik C, Gallina K, Brodell RT. The treatment of herpes simplex infections: an evidence-based review. Archives of internal medicine. 2008;168(11):1137-44.

3.Crimi S, Fiorillo L, Bianchi A, D'Amico C, Amoroso G, Gorassini F, et al. Herpes virus, oral clinical signs and QoL: systematic review of recent data. Viruses. 2019;11(5):463.

4.Nikkels AF, Pièrard GE. Treatment of mucocutaneous presentations of herpes simplex virus infections. American journal of clinical dermatology. 2002;3:475-87.

5.Woo S-B, Challacombe SJ. Management of recurrent oral herpes simplex infections. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. 2007;103:S12. e1-S. e8.

6.Sitthiraj W. กรณีศึกษาภูมิปัญญาปราชญ์ชาวบ้านในการใช้มะหิ่งดง (ใบระลอกกำนันเจิด) เพื่อรักษาโรคงูสวัด และโรคเริม. Thai Journal of Public Health. 2020;50(3):352-64.

7.Kongkaew C, Chaiyakunapruk N. Efficacy of Clinacanthus nutans extracts in patients with herpes infection: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. Complementary therapies in medicine. 2011;19(1):47-53.

8.สมาพร จ. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของครีม พญายอและ Acyclovir cream กับผู้ป่วยโรคเริม: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2557.

9.Pongmuangmul S, Phumiamorn S, Sanguansermsri P, Wongkattiya N, Fraser IH, Sanguansermsri D. Anti-herpes simplex virus activities of monogalactosyl diglyceride and digalactosyl diglyceride from Clinacanthus nutans, a traditional Thai herbal medicine. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine. 2016;6(3):192-7.

10.Lin C-M, Chen H-H, Lung C-W, Chen H-J. Antiviral and Immunomodulatory Activities of Clinacanthus nutans (Burm. f.) Lindau. International Journal of Molecular Sciences. 2023;24(13):10789.

11.Vachirayonstien T, Promkhatkaew D, Bunjob M, Chueyprom A, Chavalittumrong P, Sawanpanyalert P. Molecular evaluation of extracellular activity of medicinal herb Clinacanthus nutans against herpes simplex virus type-2. Natural Product Research. 2010;24(3):236-45.

12.Sakdarat S, Shuyprom A, Pientong C, Ekalaksananan T, Thongchai S. Bioactive constituents from the leaves of Clinacanthus nutans Lindau. Bioorganic & medicinal chemistry. 2009;17(5):1857-60.

13.อริสรา จ. การพัฒนากรอบการวัดสมรรถนะสำหรับโซ่อุปทาน อุตสาหกรรมการผลิตยาแผนโบราณและสมุนไพร ในประเทศไทย. 2022.

14.คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. บัญชียาหลักแห่งชาติ. In: กองนโยบายแห่งชาติด้านยา, editor.: ราชกิจจานุเบกษา; 2565. p. 11.

15.Charuwichitratana S, Wongrattanapasson N, Timpatanapong P, Bunjob M. Herpes zoster: treatment with Clinacanthus nutans cream. International journal of dermatology. 1996;35(9):665-6.

ผลการนำนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10

Policy implementation child development region health 10

(Received: September 1,2025 ; Revised: September 16,2025 ; Accepted: September 21,2025)

กิตติพศ ดำบรรพ์[1] สมฤกษ์ จึงสมาน[2] และสุนทรีย์ พันธุ์คำ[3]

Kittipot Dumban [1] Somlerk Jungsaman [2] and Soontaree Phankam [3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ผลลัพธ์และผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 10 ศึกษาในกลุ่มผู้ขับเคลื่อนนโยบายระดับเขต กลุ่มผู้ประสานการปฏิบัติ 70 คน ครูผู้ดูแลเด็กและครูปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 1,070 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามผลลัพธ์และผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยผู้วิจัยและเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วย Google Form นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการนำนโยบายสู่การปฏิบัติด้วยสถิติ Paired sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การถ่ายทอดนโยบายและกำกับติดตามระดับเขตสุขภาพ 2) สร้างกระแสความร่วมมือภาคีเครือข่ายลงส่งระดับจังหวัด สู่ระดับพื้นที่ 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทุกส่วนแบบใส่ใจ ด้วยหลักสูตรที่มุ่งพัฒนาความรู้ทักษะเฉพาะต่อการแก้ไขปัญหา 4) พัฒนาระบบบริการทั้งในสถานบริการสุขภาพ และสถานศึกษา 5) พัฒนาระบบกำกับติดตามคุณภาพ ภายหลังการนำนโยบายไปปฏิบัติกลุ่มผู้ประสานการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติภาพรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนครูผู้ดูแลเด็กและครูปฐมวัย มีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการและทักษะสมองการคิดเชิงบริหารสำหรับเด็กปฐมวัย ทั้งในภาพรวมและรายด้านเพิ่มเป็นระดับมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : เด็กปฐมวัย ; การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ; พัฒนาการเด็ก ; ทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร

Abstract

The implementation research aimed to developing strategies for policy implementation, and examining the results and outcomes of policy implementation for the promotion and development of early childhood in Health Region 10. The study focused on policy implementers at the district level, including 70 policy coordinators, as well as 1,070 early childhood educators and caregivers in Health Region 10. Data were collected through in-depth interview questions, a questionnaire on the outcomes and effectiveness of policy implementation, and qualitative data collected by the researcher and quantitative data gathered via Google Forms. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics, with Paired Sample t-tests used to compare pre- and post-implementation results.

The study found that the strategies for policy implementation included: 1) Policy dissemination and monitoring at the health district level, 2) Creating collaborative networks at the provincial level and extending them to local areas, 3) Enhancing the capabilities of all personnel involved with targeted training programs to address specific issues, 4) Improving the service system in both health facilities and educational institutions, and 5) Developing a quality monitoring system. Following the policy implementation, the results showed that policy coordinators reported significant improvements in the overall and specific aspects of policy implementation. Similarly, early childhood educators and caregivers demonstrated significant improvements in their skills related to promoting development and executive functioning skills in young children.

Keyword: Early Childhood; Policy Implementation; Child Development; Executives Function

---

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 10

[2] ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10

[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10

บทนำ

“เด็ก” เปรียบได้กับเมล็ดพันธุ์แห่งความหวังของชาติ อนาคตของชาติที่ดี จึงขึ้นอยู่กับ การที่เด็กมีพัฒนาทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญาที่สมวัย เด็กปฐมวัยช่วงอายุ 0-5 ปี ถือว่าเป็นความสำคัญพัฒนาการของเด็กที่จะปลูกฝังให้เด็กเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ และเป็นรากฐานการดำเนินชีวิตในอนาคต [1]

สถานการณ์ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยจากสถิติองค์การอนามัยโลก พบว่า ร้อยละ 10 - 20 ของเด็กปฐมวัยในประเทศที่กำลังพัฒนามีปัญหาในการเรียนรู้และพัฒนาการ[2] พัฒนาการของเด็กหลายล้านคนตกอยู่ในความเสี่ยงเร่งด่วนในปัจจุบัน ร้อยละ 43 ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง มีความเสี่ยงที่จะไม่สัมฤทธิ์ผลทางด้านสติปัญญา[3] ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 27.3 สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยทั่วประเทศจากการสุ่มสำรวจ ทุก ๆ 3 ปี พบว่า มีพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มลดลง (ปี 2560 ร้อยละ 78.78 ปี 2563 ร้อยละ 46.9)[4] และในภาพรวมระดับชาติ ปี 2566 พบรายงานระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 เพียงร้อยละ 42.71[5] สถานการณ์เด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่ามีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 24.11 เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามส่งเสริมหรือกระตุ้นภายใน 30 วัน ร้อยละ 91.59 และเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 84.52 ยังพบว่าเด็กชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 มีปัญหาระดับสติปัญญาหรือ IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ จากผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ. 2564 ระดับประเทศ มีระดับไอคิวเฉลี่ยเท่ากับ 102.73 ระดับเขตสุขภาพที่ 10 พบว่ามีไอคิวเฉลี่ยระดับ 98.44 (จังหวัดอุบลราชธานี 98.13 ศรีษะเกษ 98.36 ยโสธร 97.11 อำนาจเจริญ 97.85 และมุกดาหาร 102.93) และเป็นลำดับสุดท้ายของประเทศ นอกจากนี้พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร (Executive Functions; EF) สงสัยล่าช้าประมาณร้อยละ 30 มีความฉลาดทางอารมณ์ผ่านเกณฑ์ แต่พบปัญหามากที่สุดด้านความมุ่งมั่นพยายามและทักษะในการแก้ไขปัญหา[6] ดังนั้น ภายใต้ความร่วมมือของ 5 ภาคส่วน ได้แก่ 1) เขตสุขภาพที่ 10 2) เขตตรวจราชการที่ 11, 14 กระทรวงศึกษาธิการ 3) โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล 4) คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 10 5) จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 (จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร) ในการบูรณาการขับเคลื่อนการเด็กปฐมวัย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 (พ.ศ. 2566 - 2569) ร่วมกันผลักดันในระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เป้าหมายเด็กปฐมวัยเติบโตเต็มศักยภาพ พัฒนาการสมวัย ทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร (EF) ดี ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ดี และ มีระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 จุด ในปี พ.ศ.2569 ภายใต้กรอบการบูรณาการความร่วมมือการพัฒนาคนตลอดชีวิต 5 H ประกอบด้วย 1) Heart (จิตใจดี มีวินัย) 2) Head (เก่งคิด วิเคราะห์) 3) Hand (ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ) 4) Health (สุขอนามัยดี สุขภาพแข็งแรง) 5) Hi-tech (ทันสมัย ก้าวหน้า รู้เท่าทันเทคโนโลยี) ในการดำเนินนโยบายให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

จากนโยบายดังกล่าว เขตสุขภาพที่ 10 กำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานต่อเนื่อง 4 ปี เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้เนื่องจากอยู่ในระยะที่ดำเนินการปีแรก ซึ่งต่อยอดมาจากโครงการในปีที่ผ่านมา และเพื่อให้การดำเนินการต่อเนื่องไปถึงระยะสิ้นสุดแผน มีความเชื่อมั่นว่าเป้าหมายจะบรรลุตาม

วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้ จึงมุ่งวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (implementation research: IR)[7] เพื่อพัฒนาวิธีการหรือกลยุทธ์ (implementation strategy) ในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จตามความมุ่งหมายของนโยบาย

วิธีการศึกษา

1. ระเบียบวิธีวิจัย เป็นการวิจัยนำนโยบายไปปฏิบัติ (Implementation Research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรศึกษาประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้ขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัด เป็นหัวหน้าฝ่ายหรือหัวหน้างานระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) ผู้ประสานการปฏิบัติระดับอำเภอทุกอำเภอ รวม 70 คน 3) ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และ ครูปฐมวัย ในโรงเรียนทุกสังกัด ทุกแห่ง จำนวน 11,511 คน โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ขับเคลื่อนนโนยาย และผู้ประสานการปฏิบัติเป็นการศึกษาประชากร ส่วนกลุ่มครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และครูปฐมวัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนได้ 1,067 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เพื่อให้กระจายทั่วทั้งเขตสุขภาพ

3. เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ สำหรับผู้ขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัด

2. กลุ่มผู้ประสานการปฏิบัติระดับอำเภอ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับการได้รับการถ่ายทอดนโยบาย การได้รับปัจจัยสนับสนุน สมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติตามนโยบาย การได้รับการนิเทศติดตามให้คำปรึกษา

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ระดับน้อยที่สุด ถึงมากที่สุด คะแนนจาก 1-5 ประกอบด้วย การยอมรับ การนำไปปฏิบัติ ความเหมาะสม ต้นทุน ความเป็นไปได้ ความซื่อตรงต่อนโยบาย การแทรกซึม และความยั่งยืน รวม 24 ข้อ แปลผลเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best[8] คือ คะแนน 3.68-5.00 อยู่ในระดับมาก คะแนน 2.34-3.67 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 1.00-2.33 อยู่ในระดับน้อย

3. กลุ่มผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในกลุ่มครูผู้ดูแลเด็ก และครูปฐมวัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ และพัฒนาการด้านทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ และทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร สำหรับเด็กปฐมวัย โดยส่วนที่ 2-3 เป็นแบบสอบถามแบบมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับปฏิบัติน้อยที่สุดถึงปฏิบัติมากที่สุด คะแนนจาก 1-5 แปลผลเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best[8] ได้ดังนี้ ช่วงคะแนน 3.68-5.00 อยู่ในระดับมาก ช่วงคะแนน 2.34-3.67 อยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 1.00-2.33 อยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการพัฒนาแล้วไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุง ก่อนนำไปทดลองใช้ในพื้นที่จังหวัดนครพนม ในกลุ่มครูผู้ดูแลเด็กและครูปฐมวัย จำนวน 30 คนเพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ก่อนนำไปใช้จริง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิ์ในการถอนตัวจากงานวิจัยนี้ การรักษาความลับของข้อมูลและการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม โดยข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์โดยตรง ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณเก็บด้วย Google form

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

รวบรวมแบบสอบถามทั้งหมด ตรวจสอบความถูกต้องก่อนบันทึกลงระบบคอมพิวเตอร์ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ ด้วยสถิติเชิง

พรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ และพัฒนาการด้านทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร สำหรับเด็กปฐมวัยระหว่างก่อนและหลังการพัฒนากลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ด้วยสถิติ Paired sample t-test 3) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ขออนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี รหัสโครงการ ID-10-67-01-E

ผลการศึกษา

1. กลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ พบว่า จากการสังเคราะห์กลยุทธ์ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การถ่ายทอดนโยบายและกำกับติดตามระดับเขตสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจต่อนโยบาย ติดตามต่อเนื่องผ่านระบบบริหาร และการลงเยี่ยมพื้นที่อย่างจริงจัง 2) สร้างกระแสความร่วมมือภาคีเครือข่ายลงส่งระดับจังหวัด สู่ระดับพื้นที่ เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของงบประมาณเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทุกส่วนแบบใส่ใจ ด้วยหลักสูตรที่มุ่งพัฒนาความรู้ทักษะเฉพาะต่อการแก้ไขปัญหา 4) พัฒนาระบบบริการทั้งในสถานบริการสุขภาพ และสถานศึกษา 5) พัฒนาระบบกำกับติดตามคุณภาพ อย่างไรก็ตามยังคงต้องพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศการประเมินประสิทธิผลและการบรรลุเป้าหมายต่อการลดปัญหาพัฒนาการล่าช้าและการเพิ่มขึ้นของการมีทักษะสมองการคิดเชิงบริหารที่ปกติ

2. ผลของการขับเคลื่อนนโยบาย ครูผู้ดูแลเด็กและครูปฐมวัย ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 30.60 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.30 อายุงานต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 29.20 มีประสบการณ์ทำงานด้านส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 29.50 เคยอบรมด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 93.60 เมื่อเปรียบเทียบผลของการทักษะการส่งเสริมพัฒนาการและทักษะสมองสำหรับเด็กปฐมวัย พบว่า ก่อนการพัฒนากลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ครูผู้ดูแลเด็กและครูปฐมวัย มีทักษะภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนากลยุทธ์ส่งผลให้ภาพรวมและรายด้านมีทักษะอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการส่งเสริมพัฒนาการและทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร ก่อนและหลังการพัฒนากลยุทธ์ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบทักษะการส่งเสริมพัฒนาการและทักษะสมองสำหรับเด็กปฐมวัย ของครูผู้ดูแลเด็กและครูปฐมวัย ระหว่างก่อนและหลังนำนโยบายไปปฏิบัติ (n=1,067)

ทักษะ	Mean (S.D.)		t	p-value
	ก่อนนำนโยบายไปปฏิบัติ	หลังนำนโยบายไปปฏิบัติ		
การประเมินพัฒนาการและทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร	2.98 (0.79)	3.81 (0.67)	40.36	<0.001
การส่งเสริมพัฒนาการ 4 ด้าน	3.06 (0.78)	3.87 (0.68)	39.07	<0.001
การพัฒนาทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร	3.08 (0.79)	3.87 (0.68)	38.35	<0.001
การประสานเครือข่ายเพื่อการดูแล	3.07 (0.80)	3.84 (0.69)	37.25	<0.001
ภาพรวม	3.05 (0.76)	3.85 (0.65)	40.50	<0.001

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและทักษะสมองสำหรับเด็กปฐมวัย พบว่า ก่อนการพัฒนากลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ครูผู้ดูแลเด็กและครูปฐมวัย มีพฤติกรรม ภาพรวมและ

รายด้านอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ภายหลังการพัฒนากลยุทธ์ ส่งผลให้มีพฤติกรรมภาพรวมและรายด้านในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร ก่อนและหลังการพัฒนากลยุทธ์ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมและรายด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและทักษะสมองสำหรับเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กและครูปฐมวัย ก่อนและหลังนำนโยบายไปปฏิบัติ (n=1,067)

พฤติกรรม	Mean (S.D.)		t	p-value
	ก่อนนำนโยบายไปปฏิบัติ	หลังนำนโยบายไปปฏิบัติ		
การประเมินพัฒนาการ	3.09 (0.81)	3.89 (0.69)	38.66	<0.001
การส่งเสริมพัฒนาการ 4 ด้าน	3.19 (0.80)	3.96 (0.67)	37.90	<0.001
การพัฒนาทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร	3.21 (0.81)	3.97 (0.67)	37.37	<0.001
การประสานเครือข่ายเพื่อการดูแล	3.16 (0.79)	3.89 (0.68)	36.90	<0.001
การสื่อสารกับผู้ปกครองเด็ก	3.17 (0.80)	3.91 (0.69)	35.57	<0.001
ภาพรวม	3.16 (0.78)	3.92 (0.65)	38.71	<0.001

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการพัฒนากลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ในกลุ่มผู้ประสานการปฏิบัติ ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 43.59±9.18 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.90 อายุการทำงานระหว่างระหว่าง 11-20 ปี ประสบการณ์ทำงานด้านส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 34.00 เคยอบรมด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 88.70 ก่อนการนำกลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ กลุ่มผู้ประสานการปฏิบัติมีการนำนโยบายไปปฏิบัติ ภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ภายหลังการพัฒนากลยุทธ์ส่งผลให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติภาพรวมและรายด้านในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนากลยุทธ์ พบว่า ผู้ประสานการปฏิบัติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการปฏิบัติตามนโยบายของผู้ประสานการปฏิบัติ ก่อนและหลังการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติรายด้านและภาพรวม (n=97)

ทักษะ	Mean (S.D.)		t	p-value
	ก่อนนำนโยบายไปปฏิบัติ	หลังนำนโยบายไปปฏิบัติ		
การยอมรับ	3.40 (0.74)	3.79 (0.71)	7.38	<0.001
การนำไปปฏิบัติ	3.48 (0.77)	3.84 (0.66)	6.65	<0.001
ความเหมาะสม	3.38 (0.85)	3.74 (0.77)	6.66	<0.001
ความเป็นไปได้	3.42 (0.80)	3.78 (0.69)	6.12	<0.001
ความยั่งยืน	3.49 (0.80)	3.80 (0.69)	5.50	<0.001
ภาพรวม	3.43 (0.74)	3.79 (0.65)	6.92	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

1. กลยุทธ์การนำนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10 จากกลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ดำเนินการโดยการชี้แจง ทำความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายของนโยบายและมอบหมายให้มีผู้จัดการโครงการระดับเขต ที่จะไปออกแบบกิจกรรม รายละเอียดกลยุทธ์การทำงานให้ชัดเจน ถ่ายทอดสู่ระดับจังหวัดในกลุ่มย่อย และรายงานความก้าวหน้าต่อผู้บริหารระดับเขต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชร์ชัยนันท์ เหล่าทัศน์ และคณะ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ คือ ด้านความชัดเจนและมาตรฐานของนโยบาย[9] เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิทยา สุนทรประเวศ พบว่า ปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของนโยบายการสื่อสารองค์การ โครงสร้างระบบราชการ ขณะที่กลยุทธ์การสร้างกระแสความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เป็นอีกกลยุทธ์ที่สำคัญในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ[10] สอดคล้องกับการศึกษาของ พลอยนภัส ทองสายบุญลี พบว่า แนวทางนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่สำคัญคือการเผยแพร่ข่าวสารนโยบาย และยังต้องมีการจัดการองค์การบริหารและการประสานงาน[11] ซึ่งสอดคล้องการศึกษาครั้งนี้ ที่มีกลยุทธ์การพัฒนาระบบกำกับติดตามคุณภาพ ที่มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อติดตามประสานการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ด้านการออกตรวจเยี่ยมผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ การตรวจสอบ กำกับดูแลและประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ ที่มีกลยุทธ์กำกับติดตามการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและระบบการกำกับติดตามคุณภาพ ด้านการประชุมอบรมหรือการสัมมนาปัญหา สอดคล้องกับพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อปฏิบัติงานแบบใส่ใจ ที่มีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ รวมถึงการใช้เอกสารคู่มือปฏิบัติงาน ที่การศึกษาครั้งนี้พัฒนาขึ้นมาให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

2. ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และความพึงพอใจต่อกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายของครูผู้ดูแลเด็ก และครูปฐมวัย

1) ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ทำให้ครูผู้ดูแลเด็ก และครูมีระดับทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Mean=3.16±0.78) เป็นระดับมาก (Mean=3.92±0.65) โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะพร มงคลสิริ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจทักษะการคิดเชิงบริหารของครูปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการจัดอบรมโปรแกรมการส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย สามารถพัฒนาความรู้เกี่ยวกับทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยให้กับครูปฐมวัยดีขึ้นได้[12] และสอดคล้องกับการศึกษาของกุลชาติ พันธุวรกุล และคณะ พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ ความรู้ตามการรับรู้ของครูผู้ดูแลเด็ก ทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วยด้านสมองกับการเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัย ทักษะสมองการคิดเชิงบริหารกับเด็กปฐมวัย และด้านการจัดการเรียนรู้ที่เสริมสร้างทักษะสมองการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยแตกต่างจากก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13] ซึ่งการเพิ่มขึ้นของระดับทักษะการส่งเสริมพัฒนาการอาจเป็นผลจากประสบการณ์ การเรียนรู้ในอดีตร่วมกับการอบรมพัฒนาทักษะตามหลักสูตรออนไลน์ และการรับนำนโนบายไปปฏิบัติงานมีส่วนในการช่วยเสริมให้ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการและทักษะสมองสำหรับสำหรับเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก และอาจเป็นเพราะกลยุทธ์ของนโยบายที่มีแนวปฏิบัติในการด้านการถ่ายทอด ปัจจัยสนับสนุน สมรรถนะของบุคลากรในการปฏิบัติตามนโยบาย กระบวนการนำนโยบายไป

ปฏิบัติ และการนิเทศติดตามให้คำปรึกษาที่เอื้อต่อการบรรลุตามวัตถุประสงค์ของนโยบายจึงส่งผลทักษะการส่งเสริมพัฒนาการมีระดับที่เพิ่มขึ้นจากก่อนการได้รับนโยบาย โดยการที่กลยุทธ์ของนโยบายสามารถส่งผลให้ครูมีระดับของทักษะการส่งเสริมเพิ่มขึ้นได้นั้นย่อมเกิดผลดีต่อตัวเด็กที่เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติได้

2) พฤติกรรมการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากการศึกษาพบว่า ภาพรวมพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและทักษะสมองสำหรับเด็กปฐมวัย ภายหลังการนำนโยบายไปปฏิบัติงานในการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพิ่มขึ้นจากก่อนการได้รับนโยบายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากภายหลังการรับนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ตลอดจนการได้รับคำแนะนำในการดำเนินงาน มีส่วนเสริมให้ครูผู้ดูแลเด็ก และครูปฐมวัยได้มีการเติมเต็มองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นหรือยังไม่ชำนาญให้กลับมามีความพร้อมต่อการปฏิบัติงาน จึงส่งผลให้การพฤติกรรมการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีระดับของพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ตลอดจนสามารถสะท้อนผลผ่านการปฏิบัติงานของครูที่มีการจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม สามารถใช้ DSPM ในการประเมินสมองการคิดเชิงบริหารสำหรับเด็กปฐมวัย ตามแนวปฏิบัติและเป็นไปมาตรฐานการประเมิน สามารถจัดกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการแก่เด็กโดยจำแนกตามสภาพปัญหาพัฒนาได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนมีการพัฒนาสื่อเสริมพัฒนาการและทักษะสมองการคิดวินัยเชิงบวกใช้ภายในศูนย์พัฒนาเด็ก และมีการสร้างเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมระหว่างครู ผู้ปกครอง ชุมชนเพื่อให้เกิดการให้ความสำคัญต่อพัฒนาการที่สมวัยของเด็กและส่งเสริมการดูแลเด็กปฐมวัยต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์ภา รัตน์ ไชยชนะแสง และธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์ พบว่า การสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมระหว่างครู บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง ชุมชน และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีส่วนทำให้เกิดการเล็งเห็นความสำคัญของพัฒนาการเด็กและเกิดการขับเคลื่อนให้มีการส่งเสริมพัฒนาผ่านกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ และมีส่วนช่วยให้ปัญหาพัฒนาการเด็กไม่สมวัยได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง[14,15] อย่างเกิดการบรูณาการจากทุก ๆ ฝ่าย

3) ผลลัพธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของผู้ประสานการปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่า ภาพรวมผู้ประสานการปฏิบัติระดับอำเภอเมื่อนำนโยบายไปปฏิบัติการมีระดับของผลลัพธ์ของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของผู้ปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Mean=3.43±0.74) เป็นระดับมาก (Mean=3.79±0.65) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจเป็นผลเนื่องจากรูปแบบของการการนำนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัยด้วยการสร้างกระแสความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายให้เกิดการขับเคลื่อนระดับนโยบายโดยทุกจังหวัดกำหนดเป็นวาระจังหวัด และทำความตกลงความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบสถานการณ์ปัญหาร่วมระดมทรัพยากรในการดำเนินการ ผ่านการกำกับโดยคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด แต่การขับเคลื่อนนโยบายในแต่ละจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนผ่านระดับของหน่วยงานที่แตกต่างกันในแต่ละจังหวัด และการรณรงค์สร้างกระแสการสร้างไอคิวเกิน 103 ในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน และการประสานสร้างความเป็นหุ้นส่วนสุขภาพร่วมกับกองทุนสุขภาพตำบล การขับเคลื่อนเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืนของการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการจัดทำแผนสนับสนุนส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านกองทุนสุขภาพตำบล ในการจัดซื้ออุปกรณ์ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการและการส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติชัย วงศ์ศิลปะกุล และประเสริฐ อินทร์รักษ์ พบว่า การวิเคราะห์การบริหารการจัดประสบการณ์การเรียนรู้

ตามหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยของโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ในด้านการสร้างความร่วมมือจากผู้ปกครองและชุมชนในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อให้เด็กได้เกิดการเรียนรู้อย่างเต็มความสามารถ การประสานงานกับผู้ปกครองและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่มุ่งเน้นเด็กเป็นสำคัญ และด้านการสนับสนุนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ มีการจัดทำหลักสูตรสถานศึกษาปฐมวัยที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณลักษณะอันพึงประสงค์ ตัวบ่งชี้ สภาพที่พึงประสงค์และสภาพบริบทสังคมและวัฒนธรรม การกำหนดแนวทางการนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม[16] ตลอดจนมีการกำกับติดตามการดำเนินงานผ่านการนำเสนอความก้าวหน้า การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน การลงเยี่ยมติดตามระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นอีกหนึ่งในแรงขับเคลื่อนนโยบายให้เกิดการกระจายอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการดำเนินงานในการดำเนินประสานการปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และอาจมีส่วนให้ผลลัพธ์ทุกด้านของการการนำนโยบายไปปฏิบัติของผู้ประสานการปฏิบัติระดับอำเภอ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผลลัพธ์การยอมรับการนำไปปฏิบัติ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความยั่งยืน อันเนื่องจากรูปแบบสร้างกระแสความร่วมมือภาคีเครือข่ายและการกำกับติดตามการประสานการปฏิบัติไปสู่ผู้ปฏิบัติทำให้ผลลัพธ์ภายหลังการนำนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา สรุปได้ว่ากลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจากการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การถ่ายทอดนโยบายและกำกับติดตามระดับเขตสุขภาพ 2) สร้างกระแสความร่วมมือภาคีเครือข่ายลงส่งระดับจังหวัด สู่ระดับพื้นที่ 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทุกส่วนแบบใส่ใจด้วยหลักสูตรที่มุ่งพัฒนาความรู้ทักษะเฉพาะต่อการแก้ไขปัญหา 4) พัฒนาระบบบริการทั้งในสถานบริการสุขภาพ และสถานศึกษา 5) พัฒนาระบบกำกับติดตามคุณภาพ ไปประยุกต์ใช้กับการแก้ปัญหาประเด็นสุขภาพอื่นๆ ที่เป็นปัญหาระดับเขต โดยการบูรณาการร่วมกันของเขตสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตสุขภาพ ศูนย์วิชาการ สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาในพื้นที่ ร่วมเป็นคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบาย ที่มีบทบาทตั้งแต่การให้ข้อเสนอต่อกิจกรรมที่จะตอบสนองต่อการบรรลุเป้าหมาย การบริหารจัดการ การติดตามกำกับเสริมพลังใจ ให้คำแนะนำทางวิชาการที่เอื้อต่อความสำเร็จของโครงการ จนถึงการถอดบทเรียนเพื่อขยายผล และในการศึกษาครั้งต่อไปควรให้ความสำคัญต่อการศึกษาการประยุกต์ใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศที่น่าเชื่อถือ ที่นำมาสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายได้

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ เกิดจากความกรุณาของท่านผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 10 นายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน และคณะผู้บริหารระดับเขต นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ตลอดจนผู้ขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัด ศูนย์วิชาการในพื้นที่ และมหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ จึงขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง

ที่สำคัญขอขอบพระคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ทั้งผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด อำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนครูผู้ดูแลเด็กและครูปฐมวัยทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ที่นำมาสู่ข้อสรุปกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนนโยบายสำคัญระดับเขตสุขภาพในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. รัฐสภา. (2557). แนวทางการพัฒนาเด็กปฐมวัย. https://www.parliament.go.th/ewtcommittee /ewt/special/download/article/article_20140528151819.pdf
2. World Health Organization. Developmental difficulties in early childhood: prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries: a review. [internet]. 2012 [cited 2024 Apr 27]: Available from: https://iris.who.int/bitstream/ handle/10665/97942/ 9789241503549_eng.pdf? sequence=1
3. World Health Organization. Investing in early childhood development essential to helping more children and communities thrive, new Lancet Series finds. [internet]. 2016 [cited 2024 Apr 27]: Available from: https://www.who.int/news/item/05-10-2016-investing-in-early-childhood-development-essential-to-helping-more-children-and-communities-thrive-new-lancet-series-finds
4. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ. (2565). ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัย. เข้าถึงได้จาก https://nich. anamai.moph.go.th/th/kpi65/download?id=91395&mid=36391&mkey=m_document&lang=th&did=28878
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). Dashboard KPI Monitoring.เข้าถึงได้จาก https://healthkpi.moph. go.th/ kpi2/kpi/index/?id=1981&kpi_year=2566
6. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10. หนังสืออนุมัติโครงการ “เงินพัฒนาเขตสุขภาพ” วงเงินระดับเขต (ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2566)
7. ศิรินาถ ตงศิริ, ศุภวิตา แสนศักดิ์, ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, สุมัทนา กลางคาร. ทฤษฎีและกรอบแนวคิด ของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ: การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(1): 7-26.
8. Best, J. W. Research in Education (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall., 1997
9. วัชร์ชัยนันท์ เหล่าทัศน์, กิตติพงษ์ เกียรติวัชรชัย, เสน่ห์ จุ้ยโต, จุมพล หนิมพานิช. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปสู่การปฏิบัติ: กรณีศึกษาจังหวัดสระแก้ว. Journal of Politics and Governance 2022; 12(3): 93-111. ISSN: 2697-3790 (Online)
10. พิทยา สุนทรประเวศ. การนำนโยบายการพัฒนากัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน. วารสารการบริหารและสังคมศาสตร์ปริทรรศน์ 2565; 5(6): 171-182. ISSN: 2985-1939 (Online)
11. พลอยนภัส ทองสายบุญลี. การศึกษาปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา พระนครศรีอยุธยา เขต 1. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2558. 10(2): 13-21. ISSN: 3027-7760 (Online)
12. ปิยะพร มงคลสิริ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย ในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2566; 2(1): 65-77. ISSN: 2822-0749 (Online).
13. กุลชาติ พันธุวรกุล, เมษา นวลศรี, คันธรส ภาผล. ผลการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมครูผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ที่เสริมสร้างเอ็กเซ็กคิวทีฟฟังก์ชันส์ของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดปทุมธานี. วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2566; 52(2): 1-11. ISSN: 2651-2017 (online)
14. ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 2 ปี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(4): 176-184. ISSN: 2985-1432 (Online)
15. ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19: 222-229. ISSN: 2673-0979 (online)
16. กิตติชัย วงศ์ศิลปะกุล, ประเสริฐ อินทร์รักษ์. การบริหารการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ตามหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พ.ศ.2560 ของโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารศิลปากรการจัดการ 2564; 5(3): 749-763. ISSN: 2630-0427 (Online)

ปัจจัยเชิงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยในจังหวัดอุบลราชธานี

Causative factors of depression among health science under graduate students Universities in Ubon Ratchathani Province

(Received: September 1,2025 ; Revised: September 16,2025 ; Accepted: September 21,2025)

แพลวพลอย บุญปิ้น[1] กิตติ เหลาสุภาพ[2]
Praewploy Boonphan[1] Kitti Laosupap[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงเปรียบเทียบสาเหตุครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาจำนวน 495 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 7 ส่วนที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (SEM)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.3) มีมัธยฐานอายุ 20 ปี และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 62.22) อย่างไรก็ตาม พบว่ามีนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่างๆ ตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรงรวมกันร้อยละ 37.78 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์และสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 82.6 (R^2 = 0.826) ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความเครียด (β = 0.529) และการครุ่นคิด (β = 0.335) ขณะที่ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางตรงเชิงลบ (β = -0.106) นอกจากนี้ยังพบว่าเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบส่งผลทางอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าผ่านการเพิ่มการครุ่นคิดและความเครียด ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกทำหน้าที่เป็นปัจจัยป้องกันโดยช่วยลดความเครียดและการ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า นักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปัจจัยเชิงสาเหตุ

Abstract

This causal-comparative research conducted in this study aimed to develop and validate a causal relationship model of depression among undergraduate health science students in Ubon Ratchathani province. The sample consisted of 495 students selected through proportional stratified random sampling. A validated seven-part questionnaire was used for data collection. Data were analyzed using descriptive statistics and Structural Equation Modeling (SEM).

The findings revealed that the majority of participants were female (71.3%) with a median age of 20. While most students (62.22%) did not exhibit depressive symptoms, a notable 37.78% experienced depression ranging from mild to severe levels. The developed causal model demonstrated a good fit with the empirical data, explaining 82.6% of the variance in depression (R^2 = 0.826). Stress (β = 0.529) and rumination (β = 0.335) were identified as significant direct positive predictors of depression, whereas positive psychological capital had a direct negative effect (β = -0.106). Negative life events indirectly influenced depression by increasing rumination and stress. Social support and positive psychological capital acted as protective factors by reducing stress and rumination.

Keywords: Depression, Health Science Students, Causative Factors

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] ปร.ด.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, Corresponding author Email: kitti.l@ubu.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันโรคซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัยและยิ่งทวีความรุนแรงและมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาอาจส่งผลต่อสุขภาพจิตอย่างเรื้อรัง[1] กระทบต่อศักยภาพในการใช้ชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ การเรียน การทำงานในระยะยาว ตลอดจนปัญหาความรุนแรง เช่น การทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตาย และการติดสารเสพติด[2] จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี พ.ศ.2565 ประชากร 280 ล้านคน หรือร้อยละ 3.8 ของประชากรโลกป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ยังพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 7 แสนรายต่อปี การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสี่ในช่วงอายุ 15-29 ปี[3]

ในประเทศไทย วัยรุ่นจำนวนมากมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า หรือมีภาวะซึมเศร้า โดยกรมสุขภาพจิต ได้เปิดเผยผลประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยในช่วงปี 2565-67[4] พบว่าร้อยละ 28 ของเด็กและวัยรุ่นมีภาวะเครียดสูง ร้อยละ 32 มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ในขณะที่อีกร้อยละ 22 มีการเข้าสังคมลดลง ติดจอและเกมออนไลน์มากขึ้น มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งและความรุนแรงในครอบครัว จนนำไปสู่อัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีตั้งแต่ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยภายนอกทางสังคม ตัวอย่างเช่น ถ้าคนในครอบครัวมีประวัติในการเป็นโรคซึมเศร้า มีภาวะหรืออาการเสี่ยงเป็นซึมเศร้า จะสามารถส่งต่อทางพันธุกรรมได้ประมาณ 6 เปอร์เซ็นต์ และโดยปกติแล้วภาวะซึมเศร้าอาจไม่เกิดขึ้น หากไม่มีสิ่งกระตุ้น ก็คือสถานการณ์ในชีวิตที่เราพบเจอที่เป็นสถานการณ์ความเครียดหรือความกดดัน อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าในวัยอุดมศึกษาหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การศึกษาในรั้วมหาวิทยาลัยจะเป็นช่วงเตรียมตัวเพื่ออนาคต เพราะฉะนั้นทุกคนก็จะมีหวัง คนที่เข้ามาเรียนที่ไม่ใช่คณะที่ตนชอบหรือถนัดจะรู้สึกว่าเรียนไปแล้วมันยากมาก เกิดความเครียด หรือบรรยากาศการเรียนที่มีการแข่งขัน มีการคาดหวังกับตัวนักศึกษาสูง สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้[5]

จากรายงานสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าพบว่าประชากรในประเทศตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า 46,809 ราย ซึ่งมีผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 3 ของประเทศและเป็นอันดัน 2 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาจากจังหวัดนครราชสีมา และจากศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวช มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 3 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีตัวเลขสอดคล้องกับสถานการณ์ทั่วโลก[6]

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งในประเทศไทย[7] พบว่า นักศึกษา มีภาวะซึมเศร้า 78 ราย ร้อยละ 45.3 (95% CI = 37.99-52.91) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ ในสมการสุดท้าย ได้แก่ มีปัญหากับแฟน (ORadj = 3.74, 95% CI = 1.30-10.78) มีปัญหาการนอนหลับ (ORadj = 3.97, 95% CI = 2.00-7.89) และมีปัญหาครอบครัว (ORadj = 3.8, 95% CI = 1.56-9.25)[8] ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ชั้นปี ที่ 1-3 วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าพบได้ ร้อย ละ 32.87 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 27.97 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 4.20 ซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.70 ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ ปัญหาการสอบ บิดามารดาอยากให้เรียนแพทย์ ความรู้สึกไม่สนุกน่าเบื่อต่อการเรียนการสอน และความพร้อมของนักศึกษาในการเรียนการสอน ที่ผ่านมาจะมีการศึกษาเฉพาะบางสาขาในกลุ่มนักศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ[9]

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าในจังหวัดอุบลราชธานี มีสถาบันอุดมศึกษาที่มีหลักสูตรเกี่ยวกับสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพทั้งหมด 5 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ และมหาวิทยาลัยราชธานี [10] เมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษาต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องมีการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้อง เพื่อเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพแก่ประชาชนต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางในการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยในจังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยในจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytic cross-sectional) เพื่อพัฒนาและทดสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีการศึกษา 2566–2567 ในสถาบันอุดมศึกษากลุ่มสุขภาพของจังหวัดอุบลราชธานี รวม 5 แห่ง ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2566 – มีนาคม 2567

ประชากร นักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (แพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ เภสัชศาสตร์ แพทย์แผนไทย/ทางเลือก) ที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยในจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 495 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นตามสถาบัน/สาขา/ชั้นปี เพื่อให้ได้สัดส่วนที่เป็นตัวแทนของประชากรนักศึกษากลุ่มเป้าหมายเพียงพอ จากนั้นสุ่มคัดเลือกรายชื่อภายในแต่ละชั้น (stratum) จนครบจำนวนที่คำนวณไว้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

เป็นนักศึกษาปริญญาตรีในสาขาวิทยา ศาสตร์สุขภาพของสถาบันในจังหวัดอุบลราชธานีในปีการศึกษาที่กำหนด มีอายุ ≥ 18 ปี และสามารถให้ความยินยอมโดยสมัครใจ อ่านและตอบแบบสอบถามภาษาไทยได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ใช้แบบสอบถาม 7 ส่วน ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ประกอบด้วย: ข้อมูลทั่วไป: เพศ อายุ สาขา ชั้นปี เกรดเฉลี่ย ประวัติครอบครัว เป็นต้น การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม: Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ: Negative Life Events Scale (NES) ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก: Positive Psychological Capital (POSCAP) ความเครียด: Stress Scale (SPST) การครุ่นคิด: Ruminative Response Scale (RRS) ภาวะซึมเศร้า: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) / ชุดคัดกรองวัยรุ่นที่ประยุกต์ใช้ในบริบทไทยตามแนวทางสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น (รายละเอียดการให้คะแนน 0–27 และเกณฑ์ระดับความรุนแรง 0–4, 5–9, 10–14, 15–19, 20–27)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เนื่องจากเป็นการใช้เครื่องมือมาตรฐานที่มีอยู่แล้วซึ่งผ่านการตรวจอบความตรงและมีการหาค่าความน่าเชื่อถือ (Reliability) ดังนี้

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86,0.93,0.84,0.7,0.9 และ 0.9 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความเหมาะสมแล้ว เก็บข้อมูลกับนักศึกษาในช่วง ก.ย. 2566 – มี.ค. 2567 ภายในสถาบันการศึกษากลุ่มเป้าหมาย โดยได้รับ ความยินยอมจากผู้เข้าร่วม ก่อนตอบแบบสอบถาม ตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบและเข้ารหัสข้อมูลก่อนวิเคราะห์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงพรรณนา: ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน/ควอไทล์ (ตามลักษณะข้อมูล) เพื่อสรุปคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างและระดับตัวแปรหลัก

ตรวจสอบคุณภาพมาตรวัด:

1. CFA: ประเมิน factor loadings (> .50), AVE (≥ .50), CR (≥ .70) และ discriminant validity

2. SEM: ทดสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุและอิทธิพลทางตรง/ทางอ้อมของตัวแปร โดยรายงาน ดัชนีความสอดคล้องของโมเดล เช่น χ^2/df, CFI, TLI, RMSEA, SRMR และค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (β)

3. อิทธิพลทางอ้อม ใช้ bootstrapping เพื่อประมาณค่า 95% CI ของอิทธิพลทางอ้อม

เกณฑ์นัยสำคัญทางสถิติ กำหนดที่ $p < .05$ สองทาง (two-tailed)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU - REC - 156 / 2566 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.3 และเพศชาย ร้อยละ 28.7 มีมัธยฐานอายุเท่ากับ 20 ปี (P25 = 19 ปี: P75 = 22 ปี) เป็นนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ร้อยละ 54.9 ศึกษาชั้นปีที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 28.3 มีเกรดเฉลี่ยระหว่าง 3.01-3.50 ร้อยละ 46.7 และมีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ร้อยละ 1

2 การสนับสนุนทางสังคม ระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.95 การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ18.38 และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 6.67

3 เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 68.48 เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบอยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 21.01 และเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง และสูงมาก ร้อยละ 6.26 และ 4.24 ตามลำดับ

4. ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.81 ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.55 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.64

5. ความเครียด ความเครียดอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 49.90 ความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.42 ความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 4.04 และความเครียดในระดับรุนแรง ร้อยละ 3.64 ร้อยละ

6. การครุ่นคิด กลุ่มตัวอย่าง มีการครุ่นคิดอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 66.66 และการครุ่นคิดในระดับที่เป็นความเสี่ยงสูงร้อยละ 19.60

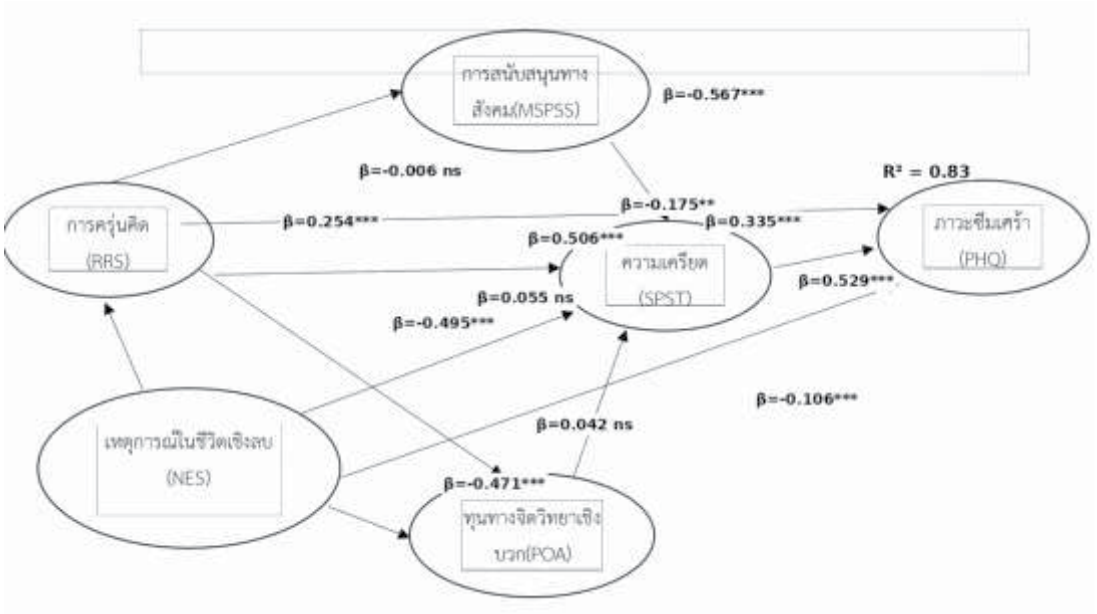
7. ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 62.22 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 20.20 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 10.71 มีภาวะซึมเศร้ามาก ร้อยละ 4.04 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.83

8. การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรแฝง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียด การครุ่นคิด และภาวะซึมเศร้า เหตุการณ์เชิงลบในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียด การครุ่นคิด และภาวะซึมเศร้า ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียด การครุ่นคิด และภาวะซึมเศร้า ความเครียดและการครุ่นคิดมีความสัมพันธ์เชิงบวกสูงกับภาวะซึมเศร้า (r = 0.82 และ 0.77 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1. ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานและนัยสำคัญของเส้นทางในโมเดล

เส้นทาง	β	p-value	หมายเหตุ
การครุ่นคิด (RRS) ⟵ NES	0.254	<0.001	เหตุการณ์เชิงลบเพิ่มการครุ่นคิด
RRS ⟵ POSCAP	−0.495	<0.001	ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกลดการครุ่นคิด
RRS ⟵ MSPSS	−0.006	0.898	รับรู้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อการครุ่นคิด
ความเครียด (SPST) ⟵ RRS	0.506	<0.001	การครุ่นคิดเพิ่มความเครียด
SPST ⟵ MSPSS	−0.175	0.001	รับรู้การสนับสนุนทางสังคมลดความเครียด
SPST ⟵ NES	0.055	0.230	เหตุการณ์เชิงลบไม่มีผลตรงต่อความเครียด
SPST ⟵ POSCAP	0.042	0.429	ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกไม่มีผลตรงต่อความเครียด
MSPSS ⟵ NES	−0.567	<0.001	เหตุการณ์เชิงลบลดการรับรู้การสนับสนุน
POSCAP ⟵ NES	−0.471	<0.001	เหตุการณ์เชิงลบลดทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก
ภาวะซึมเศร้า (DEP) ⟵ SPST	0.529	<0.001	ความเครียดเพิ่มภาวะซึมเศร้า
DEP ⟵ RRS	0.335	<0.001	การครุ่นคิดเพิ่มภาวะซึมเศร้า
DEP ⟵ POSCAP	−0.106	<0.001	ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกลดภาวะซึมเศร้า
DEP ⟵ NES	0.090	<0.001	เหตุการณ์เชิงลบมีผลตรงต่อภาวะซึมเศร้า
DEP ⟵ MSPSS	−0.040	0.137	รับรู้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลตรงต่อภาวะซึมเศร้า



ภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์โมเดล

การตรวจสอบความสอดคล้องทำโดยประเมินค่าความแปรปรวนที่โมเดลอธิบายและตรวจดูทิศทางของเส้นทางตามทฤษฎี ผลการวิเคราะห์พบว่าโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ถึง 82.6 % (R^2 = 0.826) และค่าสัมประสิทธิ์ส่วนใหญ่มีนัยสำคัญในทิศทางตามทฤษฎี เส้นทางจากเหตุการณ์เชิงลบไปสู่การครุ่นคิดและความเครียดมีค่าบวกอย่างมีนัยสำคัญ เส้นทางจากทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไปสู่การครุ่นคิดและความเครียดมีค่าลบ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยในจังหวัดอุบลราชธานี และเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลดังกล่าวกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยผลการวิเคราะห์ด้วยโมเดลสมการโครงสร้างแสดงให้เห็นว่าโมเดลที่สร้างขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลจริง โดยค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 35.59 ซึ่งถือว่าเป็นระดับที่มีความหมายเชิงวิชาการและยืนยันถึงคุณภาพของโมเดลที่พัฒนา ทั้งยังแสดงให้เห็นว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่นำมาศึกษามีบทบาทสำคัญอย่างแท้จริงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษา เมื่อพิจารณารายละเอียดของปัจจัย พบว่า การครุ่นคิดมีอิทธิพลสูงสุดต่อภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าความสัมพันธ์เชิงบวกสูงและมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลนี้สะท้อนตามทฤษฎีความคิดอัตโนมัติของ Beck[11] ที่อธิบายว่าความคิดด้านลบที่หมกมุ่นและเกิดซ้ำจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการรับรู้และการตีความสถานการณ์ในเชิงลบ ส่งผลให้บุคคลติดอยู่ในวงจรของอารมณ์เศร้า และสอดคล้องกับ Cognitive Vulnerability Model ของ Jacobs และคณะ[12] ที่ระบุว่าการครุ่นคิดและความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นกลไก mediators สำคัญที่เชื่อมโยงเหตุการณ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า การที่ผลการศึกษานี้ชี้ว่าการครุ่นคิดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดตอกย้ำว่ากลไกภายในทางจิตวิทยาอาจมีบทบาทมากกว่าปัจจัยภายนอกเพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้ ความเครียดยังถูกยืนยันว่าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลโดยตรงและอย่างมีนัยสำคัญต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Hammen[13] ที่กล่าวว่าความเครียดโดยเฉพาะจากบทบาททางวิชาการและความกดดันด้านเวลา เป็นตัวเร่งให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและนักศึกษาที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนผ่านของชีวิตและการสร้างตัวตนใหม่ ผลที่พบว่านักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีความเสี่ยงสูงเนื่องจากหลักสูตรที่มีความเข้มงวดและต้องใช้ความรับผิดชอบสูง ยิ่งสะท้อนถึงความท้าทายที่พวกเขาต้องเผชิญ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทการศึกษาที่เน้นการแข่งขันและความคาดหวังสูง

สำหรับเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ แม้จะไม่พบผลโดยตรงที่มีนัยสำคัญต่อภาวะซึมเศร้า แต่กลับส่งผลผ่านการเพิ่มความเครียดและการครุ่นคิด ซึ่งตรงกับแบบจำลองของดวงใจ วัฒนสินธุ์[8] ที่เสนอว่าเหตุการณ์เชิงลบในชีวิตไม่ได้ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าโดยตรง หากแต่กระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิดด้านลบและความเครียดที่เป็นตัวกลางในการนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า การตีความนี้มีความสำคัญต่อการออกแบบมาตรการป้องกัน เนื่องจากแสดงให้เห็นว่าการลดผลกระทบทางอารมณ์จากเหตุการณ์เชิงลบอาจช่วยลดความเสี่ยงได้มากกว่าการควบคุมเหตุการณ์โดยตรงซึ่งมักเป็นไปได้ยาก ขณะเดียวกันการสนับสนุนทางสังคมและทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกถูกยืนยันว่ามีผลทางอ้อมเชิงลบต่อภาวะซึมเศร้า โดยสามารถช่วยลดการครุ่นคิดและความเครียด กลไกดังกล่าวอธิบายได้ด้วย Stress-Buffering Hypothesis ของ Cohen และ Wills[14] ที่ระบุว่าการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นเกราะคุ้มกันที่ช่วยลดผลกระทบของความเครียด และเมื่อรวมกับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก เช่น

ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และความเชื่อมั่นในตนเอง จะยิ่งช่วยเพิ่มความสามารถในการปรับตัวและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับพัชรี พรรณพานิชและคณะ[15] ที่รายงานว่านักศึกษาแพทย์ชั้นปรีคลินิกมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 32.9 โดยมีปัจจัยหลักคือปัญหาการสอบและความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการเรียน ซึ่งเชื่อมโยงกับความเครียดที่มีผลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้าในงานวิจัยนี้ ขณะเดียวกันกรรณิกา กาญจนสุวรรณและคณะ[7] พบว่านักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 45.3 และมีปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาครอบครัว และความสัมพันธ์กับคู่รัก ซึ่งสะท้อนว่าปัจจัยทางสังคมและครอบครัวมีผลสำคัญควบคู่กับความเครียดทางวิชาการ ส่วน Sriarpa[16] รายงานว่านักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 39.1 โดยเฉพาะในกลุ่มที่พักการศึกษา ซึ่งตอกย้ำว่าความกดดันสะสมและการขาดการสนับสนุนที่เพียงพอเพิ่มความเปราะบางต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมาก

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. เสริมสมรรถนะจิตใจและการรับมือความคิด: ฝึกสติ ปรับความคิดเชิงบวกตั้งเป้าหมาย ฝึกทักษะเผชิญปัญหา เสริมทุนทางจิตวิทยา (หวัง ยืดหยุ่น มั่นใจ มองบวก) เพื่อลดซึมเศร้า
2. ระบบสนับสนุนและดูแลต่อเนื่อง: เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน–พี่เลี้ยง–ครอบครัว ร่วมกับช่องทางปรึกษาสุขภาพจิต (ออนไลน์/ออฟไลน์) เพื่อคัดกรอง ช่วยเหลือ ติดตาม และประเมินผล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ออกแบบการวิจัยตามช่วงเวลา เช่น การศึกษาแบบไปข้างหน้า การศึกษาตามช่วงเวลาจะช่วยตรวจสอบความเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ และทดสอบการเป็นเหตุเป็นผลในระยะยาว
2. เพิ่มตัวแปรอื่นๆ นอกเหนือจากปัจจัยที่ศึกษานี้ อาจเพิ่มตัวแปรด้านบุคลิกภาพ กลยุทธ์การเผชิญปัญหา หรือประสบการณ์การเลี้ยงดู เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของโมเดล

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. โรคซึมเศร้า [Internet]. 2028 [cited 2025 Sep 1]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017
2. amornvit. กรมสุขภาพจิต : Department of Mental Health [Internet]. กรมสุขภาพจิต : Department of Mental Health. [cited 2025 Sep 1]. Available from: https://dmh.go.th/news-dmh/-dmh.go.th-
3. WHO. Suicide [Internet]. 1968 [cited 2025 Sep 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide
4. กระทรวงสาธารณสุข. ผลสำรวจสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นปี 65-67 [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 1]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2024/10/32003
5. ทวนธน บุญลือ, ธีราพร สุภาพันธุ์, น้องเล็ก คุณวราดิศัย, สุทธาสินี สุวรรณกุล, อุไรวรรณ อกนิตย์, สามสีทอง. การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2022 Aug 3;5(2):114–24.
6. วรวรรณ จุฑา. อัตราป่วยรายใหม่และความชุกโรคซึมเศร้าในคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2565 - 2567: Health Data Center (HDC) [Internet]. https://drive.google.com/file/d/1e5psSfdh1BwbsnlOhwqjJSjmYDfKa4t5/view?usp=sharing. สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2025 [cited 2025 Sep 1]. Available from: https://www.dmh-elibrary.org/items/show/1807
7. กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล. ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทย.

8. ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ ภ, ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์, ธนวรรณ อาษารัฐ, สิริพิมพ์ ชูปาน ส, พรพรรณ ศรีโสภา. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2015;23(4):31–47.
9. พัชรี พรรณพานิช, เมรีรัตน์ มั่นวงศ, แพรววรินทร์ ว่องสุภัคพันธ์, ลติพร อุดมสุข. ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ชั้นปี ที่ 1-3 วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการ สาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. Srinagarind Med J. 2021;36(3):287–94.
10. หมวดหมู่:สถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี. In: วิกิพีเดีย [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 1]. Available from: https://th.wikipedia.org/w/index.php?title =10666813
11. Beck AT. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
12.Jacobs RH, Reinecke MA, Gollan JK, Kane P. Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive–behavioral perspective. Cogn Ther Res. 2008;32(3):341–55.
13. Hammen C. Stress and depression. Annu Rev Clin Psychol. 2005;1:293–319.
14. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985;98(2):310–57.
15. พัชรี พรรณพานิช, มานพ มานะวงศ์, ณัฐภรณ์ ทอง. ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 1–3 วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2021;36(3):269–80.
16. Sriarpa A. Stress and depression among clinical-year Thai medical students: Role of academic and clinical performance. Thai Clinical Medicine Journal. 2021;36(2):200-208.

การพัฒนารูปแบบคัดกรองภาวะก่อนเบาหวาน โดยใช้ดัชนีไตรกลีเซอไรด์-กลูโคส ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of screening model for prediabetes using the triglyceride glucose index (TyG index) for diabetes risk group in Kalasin Province.

(Received: September 23,2025 ; Revised: September 27,2025 ; Accepted: September 29,2025)

สุลักขณา วงค์วิเศษ[1]
Sulakkhana Wongwiset[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทดลองทางห้องปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของดัชนีไตรกลีเซอไรด์-กลูโคส กับค่าน้ำตาลสะสม ในกลุ่มเสี่ยงก่อนเบาหวาน เพื่อพัฒนารูปแบบการใช้ค่าดัชนีไตรกลีเซอไรด์-กลูโคส ในการคัดกรองภาวะก่อนเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับบริการตรวจเลือดที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์จำนวน 614 ราย โดยใช้เกณฑ์อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป และได้รับการตรวจ ระดับน้ำตาลในเลือด, ไตรกลีเซอไรด์ และระดับน้ำตาลสะสม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถูกรวบรวมผ่านระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการและโรงพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์เชิงสถิติระหว่างดัชนีไตรกลีเซอไรด์-กลูโคสกับค่าน้ำตาลสะสม และใช้โปรแกรม MedCalc version 23.2.6 ในการหาค่า ROC curve หาค่า cut-off ที่เหมาะสม
ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของ TyG Index เท่ากับ 8.68 ± 0.71 โดยเพศชายมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง TyG Index กับ HbA1c อยู่ในระดับปานกลางในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.626$, $p < 0.001$) ค่าความสอดคล้องระหว่าง TyG Index กับ FPG (k-value) เท่ากับ 0.698 ในเพศชาย และ 0.797 ในเพศหญิง ค่า ROC (AUC) อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะเพศหญิง (AUC = 0.889, cut-off 8.902)
คำสำคัญ: ภาวะดื้ออินซูลิน, ดัชนีไตรกลีเซอไรด์-กลูโคส, ภาวะก่อนเบาหวาน, ค่าน้ำตาลสะสม, การคัดกรอง

Abstract

This study laboratory experiment aimed to study the relationship between the TyG index and glycated hemoglobin (HbA1c) in at-risk prediabetic groups and to develop a model for using the TyG index to screen for prediabetes. The sample group consisted of 614 patients who received blood tests at Kalasin Hospital. The inclusion criteria were being over 20 years old and having had their blood glucose, triglyceride, and HbA1c levels checked. Laboratory results were collected via the hospital's and laboratory's information systems. Data analysis by descriptive statistics and to find the statistical correlation between the TyG index and HbA1c. MedCalc version 23.2.6 was used for ROC curve analysis to determine the appropriate cut-off values.

Results: The study found that the average TyG index was 8.68 ± 0.71, with males having a significantly higher average than females. There was a moderately positive and statistically significant correlation between the TyG index and HbA1c ($r=0.626, p<0.001$). The consistency (k-value) between the TyG index and fasting plasma glucose (FPG) was 0.698 for males and 0.797 for females. The ROC curve analysis showed high accuracy, especially for females (AUC = 0.889, cut-off 8.902).
Keywords: Insulin resistance, Triglyceride-Glucose index, Prediabetes, HbA1c, Screening

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันโรคเรื้อรังมีอัตราเพิ่มขึ้นทั่วโลกหรือแม้แต่ในประเทศไทย เบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องใช้การรักษาอย่างต่อเนื่องและมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆตามมา ทั่วโลกพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 5

[1] กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ของการเสียชีวิตทั้งหมด จากข้อมูลของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF) Diabetes atlas report รายงานทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 537 ล้านคน และมากกว่าร้อยละ 90 เป็นชนิดที่ 2 โดยกว่าครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย[1] วิวัฒนาการการดูแลและรักษาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีความก้าวหน้าขึ้นมากมายเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนร่วมกันในการควบคุมป้องกันดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เพื่อลดหรือชะลอการเกิดโรคและ/หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่ามีช่องว่างของการเข้าถึงบริการ การค้นพบผู้ป่วยก่อนเบาหวานที่เร็วขึ้น

ภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin Resistance) เป็นภาวะที่เซลล์ในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินได้ไม่ดีเท่าที่ควร โดยอินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้น้ำตาลในเลือดสะสมสูงขึ้น หากไม่ปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิต โดยเฉพาะการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะก่อนเบาหวาน (Prediabetes) และเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ แม้ยังไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลินอย่างแน่ชัด แต่ผู้มีน้ำหนักเกินและไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดื้ออินซูลินมากกว่าคนทั่วไป การปรับพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะดื้ออินซูลินจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและป้องกันการเกิดโรคเบาหวานตามมา[2]

ภาวะก่อนเบาหวาน (Prediabetes) หรือภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin Resistance) มักไม่แสดงอาการ ทำให้การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยยังมีข้อจำกัด เนื่องจากต้องใช้วิธีที่ซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูง จะเห็นได้ว่าการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ยังมีช่องว่างของการเข้าถึงบริการ และการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยก่อนเบาหวาน[3] การตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความยุ่งยากทั้งการเตรียมผู้ป่วยและการทดสอบไม่ได้ใช้ในด้านคลินิกทั่วไป อีกทั้งมีราคาแพง การหาสารชีวเคมีที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการเมตตาบอลึก ที่มีความสัมพันธ์กัน เป็นการทดสอบที่สะดวก ราคาไม่แพง เพื่อใช้ในการช่วยวินิจฉัยและควบคุมประชากรกลุ่มก่อนเบาหวานได้อย่างรวดเร็ว เป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะช่วยลดอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของค่าดัชนีไตรกลีเซอไรด์-กลูโคส ในการวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงก่อนเบาหวาน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของค่าดัชนีไตรกลีเซอไรด์-กลูโคส กับค่าน้ำตาลสะสม ในกลุ่มเสี่ยงก่อนเบาหวาน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการใช้ค่าดัชนีไตรกลีเซอไรด์-กลูโคส ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการใช้ค่าดัชนีไตรกลีเซอไรด์-กลูโคส ในการคัดกรองภาวะก่อนเบาหวาน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการทดลองทางห้องปฏิบัติการ การศึกษาค่าดัชนีไตรกลีเซอไรด์-กลูโคส และค่าน้ำตาลสะสม ซึ่งเป็นสารชีวโมเลกุลที่ได้จากการตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการ จากผู้ที่มาที่มารับการตรวจทางห้องปฏิบัติการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ที่มารับบริการตรวจเลือดที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้มารับบริการตรวจเลือดที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากทุกคลินิก ที่มารับการตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างเดือนมิถุนายน 2568-กรกฎาคม 2568 โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นผลการทดสอบทางด้านเคมีคลินิก ที่มีคุณสมบัติดังเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

2. ได้รับการตรวจวินิจฉัยระดับกลูโคส, ไตรกลีเซอไรด์ และค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา การคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรเมื่อไม่ทราบจำนวนประชากร[4]

$$n = \frac{Z^2\alpha/2\ P(1-P)}{e^2}$$

เมื่อ

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

P = ค่าสัดส่วนระหว่างจำนวน ที่ผลตรวจ FBG ต่อจำนวนประชากรทั้งหมดที่ได้จากการศึกษาย้อนหลัง 1 เดือน คือเดือน เมษายน 2568

e = ค่าเปอร์เซ็นต์ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง (ยอมรับความคลาดเคลื่อนได้ 5 % หรือ 0.05)

Z^2 = ระดับความเชื่อมั่น ที่ระดับความเชื่อมั่น 99% Z มีค่าเท่ากับ 2.58

แทนค่าในสูตร n = 579.4 ราย

ตัวอย่างเลือดผู้ป่วย OPD 614 ราย ที่ส่งตรวจวิเคราะห์หาระดับ FPG ระดับ HbA1c ระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ (TG) ซึ่งจะตรวจตามลำดับของ ID number ตามระบบการทำงานปกติของห้องปฏิบัติการ ถ้ามีรายการครบทั้ง 3 รายการจะทำการบันทึกข้อมูล ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าเกณฑ์การตรวจวัด HbA1c เช่น อายุที่ไม่ถึงเกณฑ์ตรวจคัดกรองเบาหวาน ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จะทำการตรวจวัด HbA1c เพิ่มเติมแล้วบันทึกผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต ในวันที่มาทำการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ จากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล โปรแกรม HosXp

2. ข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ระดับกลูโคส, ไตรกลีเซอไรด์ และค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด จากระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ โปรแกรม iReportAG

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 22 ได้แก่ค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับ FPG ระดับ HbA1c ระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ (TG)

2. และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างค่า TyG index กับค่า HbA1c โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และใช้ค่า Receiver operating characteristic (ROC) เพื่อใช้ทำนายค่า optimal cut-offs ของค่า TyG index ในกลุ่มตัวอย่าง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบคัดกรองภาวะก่อนเบาหวาน โดยใช้ดัชนีไตรกลีเซอไรด์-กลูโคส ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่ 036-2568 วันที่รับรอง 18 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

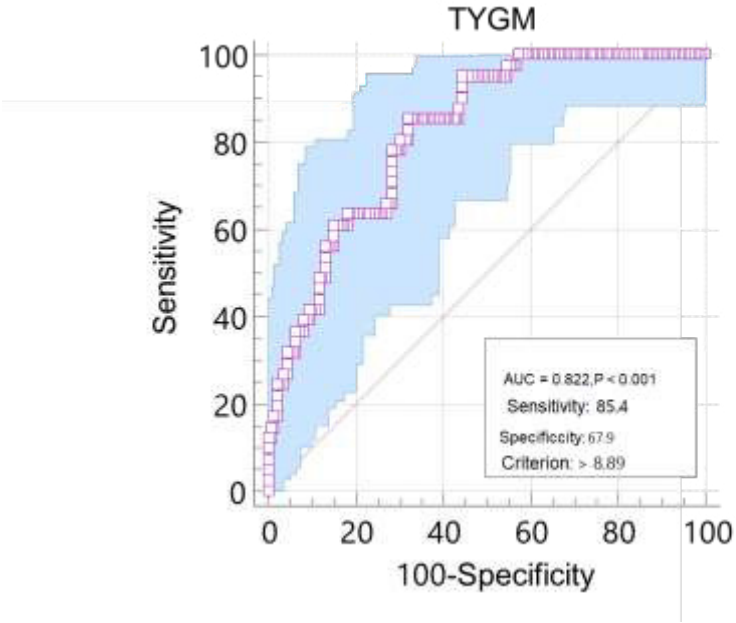
1. ข้อมูลประชากรและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 614 คน ลักษณะส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 436 คน ชาย 178 คน อายุเฉลี่ย 52.5 ปี พบมากที่สุดในช่วงอายุ 51–60 ปี (24.1%) และ >60 ปี (29.0%) ค่า BMI เฉลี่ย 24.13±4.09 อยู่ในช่วงน้ำหนักเกิน เล็กน้อย ความดันโลหิต systolic เฉลี่ย 125.9 mmHg และ diastolic เฉลี่ย 75.8 mmHg ค่าไตรกลีเซอไรด์เฉลี่ย 133.6 mg/dl, ค่า FPG เฉลี่ย 108.3 mg/dl, ค่า HbA1c เฉลี่ย 6.6% และค่า TyG Index เฉลี่ย 8.68 ±0.71 ค่า TyG Index เฉลี่ยของเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย

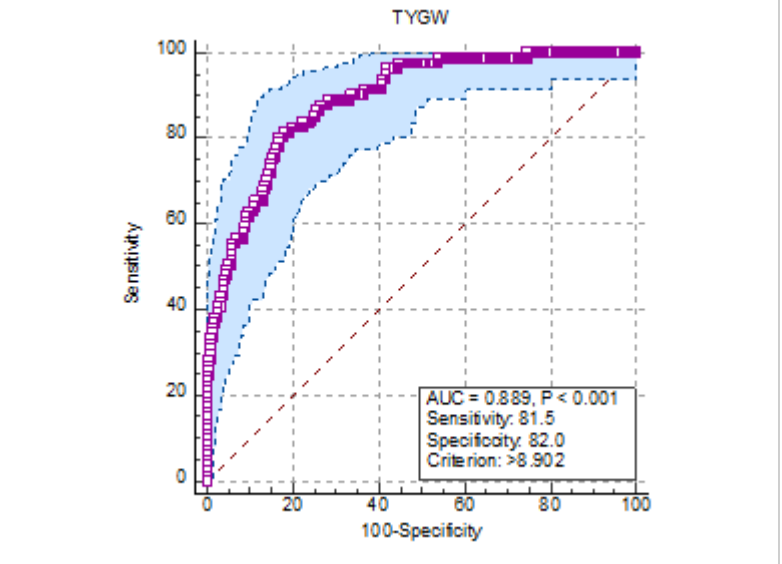
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่า receiver characteristic curves (ROC) ของค่าดัชนี TyG

	Cutoff	Sensitivity	Specificity	AUC	95%CI	p-value
TyG_MEN8.890	85.37	67.88	8.890	0.822	0.758-0.875	<0.001
TyG_WOMEN	8.902	81.48	81.97	0.889	0.855-0.916	<0.001

จากตารางที่ 1 จากการวิเคราะห์ค่า receiver characteristic curves (ROC) ของค่าดัชนี TyG พบว่า ค่าดัชนี TyG ในเพศชาย มีความไว 85.37 มีความจำเพาะ 67.37 จุดตัด 8.890 มีพื้นที่ใต้กราฟ 0.822 ค่าดัชนี TyG ในเพศหญิง มีความไว 81.487 มีความจำเพาะ 81.97 จุดตัด 8.902 มีพื้นที่ใต้กราฟ 0.889 ซึ่งเป็นค่าที่มีความแม่นยำในการทำนายสูงทั้ง 2 กลุ่มประชากร แสดงว่าค่า TyG Index มีความแม่นยำสูง โดยเฉพาะในเพศหญิง ดังแสดงในรูปที่1 และรูปที่2



รูปที่1 ค่า receiver characteristic curves (ROC) ของค่าดัชนี TyG แยกตามอายุและ BMI ในกลุ่มตัวอย่างเพศชาย



รูปที่2 ค่า receiver characteristic curves (ROC) ของค่าดัชนี TyG ในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง

ตารางที่ 2 ค่า receiver characteristic curves (ROC) ของค่าดัชนี TyG ในกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง จำแนกตามลักษณะทางคลินิก

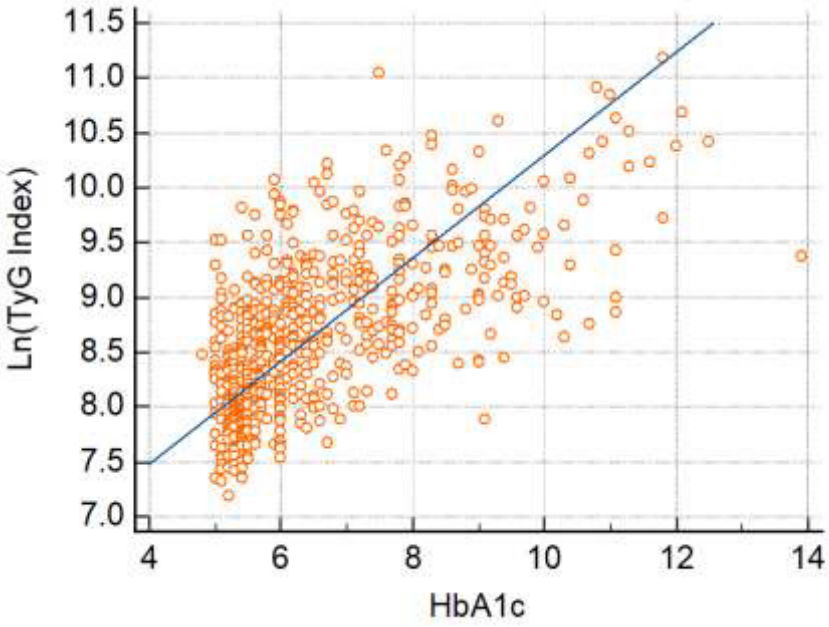
ข้อมูลสุขภาพ	AUC(95%CI)_MEN	cutoff	*P*-VALUE	AUC(95%CI)_WOMEN	cutoff	*P*-VALUE
BMI1 (thinl <18.5)	1.00 (0.692-1.000)	8.672	**<0.001**	1.000 (0.832-1.000)	8.712	**<0.001**
BMI2 (normal 18.5-23.9)	0.946 (0.866-0.985)	8.884	<0.001	0.999 (0.983-1.000)	8.878	<0.001
BMI3 (over weight 24.0-27.9)	0.984 (0.907-1.000)	8.884	<0.001	1.000 (0.971-1.000)	8.860	<0.001
BMI4 (อ้วน >28.0)	1.00 (0.910-1.000)	8.890	<0.001	0.988 (0.921-1.000)	8.884	<0.001
Age1, n(%) (20-30ปี)	1.00 (0.872-1.000)	8.873	<0.001	1.00 (0.735-1.000)	8.873	<0.001
Age2, n(%) (31-40ปี)	1.00 (0.877-1.000)	8.607	<0.001	1.00 (0.961-1.000)	8.862	<0.001
Age3, n(%) (41-50ปี)	1.00 (0.894-1.000)	8.964	<0.001	1.00 (0.966-1.000)	8.884	<0.001
Age4, n(%) (51-60ปี)	1.00 (0.929-1.000)	8.855	<0.001	1.00 (0.963-1.000)	8.884	<0.001
Age5, n(%) (>60ปี)	1.00 (0.932-1.000)	8.878	<0.001	1.00 (0.972-1.000)	8.881	<0.001

จากตารางที่ 2 จากการนำค่าดัชนี TyG นำมาประเมินเพื่อดูความแม่นยำในการทำนายผลกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของระบบเผาผลาญในร่างกาย พบว่าในกลุ่ม คนผอม คนน้ำหนักปกติ คนน้ำหนักเกิน และกลุ่มคนอ้วนผู้ชาย ให้ ค่า AUC 1.00, 0.946, 0.984, 1.00 และมีค่านำนายผล 8.672, 8.884, 8.884 และ 0.890 ตามลำดับ ในกลุ่มคนผอม คนน้ำหนักปกติ คนน้ำหนักเกิน และกลุ่มคนอ้วนผู้หญิง ให้ ค่า AUC 1.00, 0.999, 1.00,0.988 และมีค่านำนายผล 8.712, 8.878, 8.860 และ 0.884 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามอายุ 20-30ปี, 31-40ปี, 41-50ปี,51-60ปี และอายุมากกว่า60 ปี พบว่าทั้งกลุ่มประชากรเพศหญิงและเพศชายทุกกลุ่มอายุ มีค่า AUC เท่ากับ 1.00

ตารางที่ 3 ค่า Agreement (k-value) ระหว่างค่าค่าดัชนี TyG กับระดับค่าน้ำตาลในกระแสเลือด ในกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง

GLU_MEN	TyG _MEN				GLU_WOMEN	TyG _WOMEN			
	1	2	3	4		1	2	3	4
1	64	0	0	0	1	245	0	0	0
2	0	48	0	0	2	0	103	0	0
3	0	0	0	32	3	0	0	0	59
4	0	0	34	0	4	0	0	29	0
k-value	0.698				k-value	0.797			
p-value	<0.001				*p*-value	<0.001			

จากตารางที่ 3 หาความสอดคล้องระหว่างค่าดัชนี TyG กับระดับค่าน้ำตาลในกระแสเลือด ในกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง พบว่าในเพศชายมีความสอดคล้องระดับดี มีค่า k-value 0.698, p-value <0.001 ในเพศหญิงพบว่ามีค่าความสอดคล้องมากกว่าเพศชาย มีค่า k-value 0.797, p-value <0.001 สรุปว่าค่าดัชนี TyG มีความสอดคล้องกับระดับค่าน้ำตาลในกระแสเลือดในระดับดี



รูปที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วน ของค่าดัชนี TyG กับค่าระดับ HbA1c r=0.626 (p-valeu<0.001)

จากรูปที่3 เมื่อนำค่า TyG Index กับค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มาแสดงในแผนภาพกระจาย (Scatter plot) พบว่าค่าสัมปสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง TyG Index กับค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c มีความสัมพันธ์เชิงบวกปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.626$, $p < 0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า TyG Index เป็นดัชนีทางชีวภาพที่มีประสิทธิภาพสูงในการทำนายภาวะก่อนเบาหวาน โดยเฉพาะในผู้หญิงซึ่งมีค่า AUC สูงถึง 0.889 การวิเคราะห์ ROC ชี้ว่า Cutoff ที่เหมาะสมของ TyG อยู่ที่ประมาณ 8.89-8.902 ซึ่งให้ความแม่นยำทั้งด้านความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) การศึกษาค่าดัชนีไตรกลีเซอร์ไรด์-กลูโคส เพื่อวินิจฉัยเมตตาบอลิซึม ในบุคคลที่มีสุขภาพไม่แข็งแรงในผู้ใหญ่ชาวจีนของ Xinwen Yu[5] และคณะพบว่าดัชนีไตรกลีเซอร์ไรด์-กลูโคส (TyG), อัตราส่วนของระดับไตรกลีเซอไรด์ต่อระดับเอชดีแอล (TG/HDL ratio), ดัชนีการวัดการดื้ออินซูลินโดยดูระดับฮอร์โมนอินซูลินและน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (HOMA-IR) ตัวชี้บ่งทางชีวภาพทั้ง 3 ชนิดมีความไวและความจำเพาะสูง ดัชนี

การวิเคราะห์แยกตามกลุ่มอายุและ BMI พบว่า TyG Index สามารถใช้ได้อย่างแม่นยำในทุกกลุ่ม ซึ่งชี้ให้เห็นถึงศักยภาพในการนำไปใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองที่กว้างขวางในประชากรทั่วไป การศึกษาการหาตัวแทนสารชีวภาพเพื่อใช้ทำนายกลุ่มอาการทางเมตาบอลิซึมในชาวจีนวัยกลางคนและผู้สูงอายุ ของ Rui Li และคณะ[6] พบว่าความชุกของกลุ่มอาการทางเมตาบอลิซึม (MetS) 42.8 % ROC curveของ lipid accumulation product (LAP), visceral adiposity index (VAI), และ triglycerides - glucose index (TyG), มีความสัมพันธ์กับ MetS เมื่อเปรียบเทียบระหว่างอายุและเพศ LAP แสดงผลการทำนายที่มีความสัมพันธ์สูงสุด มีพื้นที่ใต้กราฟ 0.887, 95% ความเชื่อมั่น 0.852–0.922 ค่าความสัมพันธ์ (r) ที่พบ

กับ HbA1c และ k-value กับระดับ FPG ยังช่วยยืนยันว่า TyG Index สามารถใช้เป็นเครื่องมือเสริมแทนการเจาะเลือดหลายขั้นตอนที่ยุ่งยากและมีต้นทุนสูงได้ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Blood glucose) น้ำตาลขณะงดทานอาหารอย่างน้อย 8 ชม. ขึ้นไป หากมีค่าเกิน 100 mg/dL (เกิน 110 ขึ้นไปยิ่งแม่นยำมากขึ้น) ร่วมกับ น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) สูงเกิน 5.4% บ่งชี้ว่าอาจมีภาวะดื้อต่ออินซูลินได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

นำ TyG Index ไปใช้ในคลินิกเบื้องต้น เพื่อคัดกรองผู้มีภาวะก่อนเบาหวานได้อย่างรวดเร็ว ลดภาระจากการใช้ HbA1c หรือ OGTT ในระยะแรก แนะนำการใช้ cutoff ที่เหมาะสมตามเพศ (ชาย ≥ 8.89, หญิง ≥ 8.902) เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมิน ขยายการศึกษาไปยังประชากรกลุ่มอื่นๆ เช่น เด็ก วัยรุ่น หรือผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร่วม เพื่อประเมินความสามารถของ TyG Index อย่างครอบคลุม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงด้วยดีตามวัตถุประสงค์ด้วยความช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆ จากบุคลากรหลายท่าน ซึ่งผู้ทำการศึกษาได้ใคร่ขอกล่าวขอบคุณ ณ ที่นี้ ขอขอบคุณ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ให้การสนับสนุนเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ และขอขอบคุณตัวอย่างเลือดผู้ป่วยทุกท่านที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Magliano DJ, Boyko EJ; IDF Diabetes Atlas 10th edition scientific committee.IDF DIABETES ATLAS [Internet]. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.
2. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563, หน้า177-187
3. คลังข้อมูลสุขภาพ เว็บไซต์ hdcservice.moph.go.th
4. อรุณ จิรวัฒน์กุล.สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อการวิจัย-กรุงเทพ: พิทยาพัฒน์, 2553. 174-188
5. Xinwen Yu1, Li Wang1 Fasting triglycerides and glucose index is more
6. Rui Li, Clinical surrogate markers for predicting metabolic syndrome in middle-aged and elderly Chinese. J Diabetes Investig. 2018 Mar; 9(2): 411–418.

ผลของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

Results of using the Health Rider home medication delivery service model in diabetic and hypertensive patients at Na Kae Hospital, Nakhon Phanom Province.

(Received: September 23,2025 ; Revised: September 27,2025 ; Accepted: September 29,2025)

พรรณทิพย์ ทีสุ่ม[1]
Pantip Teesum[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดผลก่อน–หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนมกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง จำนวน 45 คน และผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จำนวน 45 คน ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการใช้ยา การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และความพึงพอใจ การดำเนินการวิจัย ดังนี้ 1. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง 2. กิจกรรมที่ 1 การบรรยายเรื่องการใช้รูปแบบ/แนวทางบริการจัดส่งยาถึงบ้าน 3. กิจกรรมที่ 2 การใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้าน 4. กิจกรรมที่ 3 ติดตามการรับยา/การใช้ยาของผู้ป่วย/การให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์โดยเภสัชกร 5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจและแบบประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้าน 6. ประเมินผลการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ เชิงพรรณนา Chi-square test และ T-test กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา : พบว่า (1) ทักษะการให้คำปรึกษาของเภสัชกรทางโทรศัพท์อยู่ในระดับมาก (2) การใช้ยาอย่างถูกต้องเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 3.53 (S.D.=0.66) เป็น 4.98 (S.D.=0.15) (3) การได้รับยาถูกต้องและทันเวลาเพิ่มจาก 1.36 (S.D.=0.48) เป็น 2.00 (S.D.=0.00) (4) ความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการดำเนินงานต่อเนื่องอยู่ในระดับสูงที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง, รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider

ABSTRACT

This quasi-experimental study employed a pre-test/post-test design. Aimed to examine the effects of implementing the *Health Rider* home medication delivery model among patients with diabetes and hypertension at Na Kae Hospital, Nakhon Phanom Province. The sample consisted of 45 healthcare personnel and 45 patients with diabetes or hypertension. Research instruments included a general information questionnaire, medication use assessment, telephone counseling evaluation, and a satisfaction survey. The study process involved: (1) pre-intervention data collection; (2) orientation session on the delivery service model; (3) implementation of the delivery model; (4) follow-up on medication adherence and pharmacist counseling via telephone; (5) post-intervention data collection using knowledge and satisfaction assessments; and (6) evaluation of the model's effectiveness. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and T-test at a significance level of 0.05.

Results: Findings revealed that (1) pharmacists' telephone counseling skills were rated at a high level; (2) correct medication use significantly improved, with mean scores increasing from 3.53 (S.D.=0.66) to 4.98 (S.D.=0.15); (3) accuracy and timeliness of receiving medications improved from 1.36 (S.D.=0.48) to 2.00 (S.D.=0.00); and (4) satisfaction and feasibility for sustainable implementation were rated at the highest level, with statistical significance ($p<0.05$).

Keywords: Diabetic and hypertensive patients, Home delivery of medicines to patients with Health Rider

[1] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มโครงการ Health Rider เพื่อยกระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โดยจัดให้มีหน่วยเคลื่อนที่เร็วสำหรับส่งยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นถึงบ้านผู้ป่วยฟรี ควบคู่กับระบบ เภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) ที่ช่วยยืนยันการรับยาและให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างถูกต้อง[1] บริการดังกล่าวตอบโจทย์ความสะดวกของผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลได้ เช่น ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้ที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ลดความแออัด ลดเวลารอคอย ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง[2]

จากการดำเนินงาน พบว่าโครงการ Health Rider ครอบคลุมแล้วกว่า 32 จังหวัด มีหน่วยบริการเข้าร่วม 184 แห่ง มี อสม. และบุคลากรสาธารณสุขกว่า 1,400 คน จัดส่งยารวมกว่า 44,000 ออเดอร์ โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อความรวดเร็วและคุณภาพการบริการสูง ถึงร้อยละ 99 โครงการนี้ยังเป็นช่องทางสร้างรายได้เสริมแก่ อสม. และบุคลากรทางการแพทย์ด้วย[2] ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ได้นำร่องบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ต้องรับยาต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย ลดความเสี่ยงจากการขาดยา และช่วยให้ระบบบริการโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น[2]

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังต้องการนโยบายและมาตรการที่ชัดเจน ทั้งด้านงบประมาณ การสื่อสาร การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีด้านการแพทย์ และการกำหนดมาตรฐานการขนส่งยาให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานสากล ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้บริการ Health Rider สามารถพัฒนาและขยายผลได้อย่างยั่งยืน โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง สามารถเข้าถึงบริการที่สะดวก ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

งานบริการเภสัชกรรม โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง สะดวกและเข้าถึงได้ง่ายและเกิดคุณภาพ ในการกระบวนการรักษา ตลอดจนเกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้านการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวาน-ความดันโลหิตสูง) ที่ยั่งยืนต่อไปในอนาคต จึงได้มีการพัฒนาบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ให้แก่ผู้ป่วยบัตรทอง ที่ไม่สะดวกเดินทางไปรับยาต่อเนื่องที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน ในผู้ป่วยที่แพทย์พิจารณาตามเกณฑ์การคัดกรองว่าอาการของโรคสามารถควบคุมได้ด้วยการรับประทานยาต่อเนื่อง ทุกรายที่เข้าเกณฑ์และยินดีรับบริการ จัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider โดยมีการให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ (Tele pharmacy) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ไม่ขาดยา อีกทั้งยังช่วยลดภาระค่าเดินทางและลดโอกาสการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น ทั้งนี้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม จะเน้นกระบวนการตรวจสอบ ควบคุมให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับยาถูกต้อง และทันเวลา นำส่งยาที่อยู่ในสภาพที่ดีถึงบ้านผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และนำเทคโนโลยีสารสนเทศ เครื่องมือเข้ามาใช้ในการทำงาน เพื่อการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง(เบาหวาน-ความดันโลหิตสูง) มากขึ้น รวมทั้งการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา การดูแลผู้ป่วยให้กลับไปใช้ชีวิตแบบปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เภสัชกร แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ในโรงพยาบาลนาแก จำนวน 45 คน และ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนาแก มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 45 คน ที่มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการ ทั้งหมดที่รับบริการระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 30 เมษายน พ.ศ. 2568 ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่าง แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (one sample t-test design) การวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาวิจัยในฐานะที่เป็นรับผิดชอบงานบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม มีความสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวาน- ความดันโลหิตสูง) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยใช้กระบวนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ในการศึกษาผลของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้าน ผู้ป่วยด้วย Health Rider และมีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ(System Theory) ในบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวาน-ความดันโลหิตสูง) 3 องค์ประกอบ คือ 1. สิ่งที่ป้อนเข้าไป (Input) คือ ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง(เบาหวาน-ความดันโลหิตสูง) บุคลากรที่ที่เกี่ยวข้องในการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider เครื่องมือที่ใช้ในรูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider คือ แบบประเมินผู้ป่วย 2. กระบวนการ (Process) คือ วิธีการรูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider โปรแกรมที่จะนำไปสู่ผลงานหรือผลผลิตของรูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider 3. ผลงาน (Output) หรือ ผลิตผล (Product) ประสิทธิผลในรูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวาน-ความดันโลหิตสูง) ซึ่งผลลัพธ์เชิงกระบวนการและผลลัพธ์ทาง คลินิก ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจของบุคลากร ที่เกี่ยวข้อง 2) ทักษะการให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ โดยเภสัชกร (Tele pharmacy) 3) ความถูกต้อง ในการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ของเภสัชกร 4) ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ไม่ขาดยา ซึ่งผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบวัดผลก่อนและ หลังการทดลอง (one sample t-test design) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ บุคลากรผู้ให้บริการและผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

2.2 กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1.1 กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เภสัชกร แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ที่เกี่ยวข้องในการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 45 คน

2.1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ที่มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการทั้งหมด จำนวน 45 คน

2.3 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ที่เหมาะสมในการวิจัยในระยะทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 20 คน เพื่อการกระจายตัวข้อมูลเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) และเพื่อให้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมG* power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.5 และอำนาจการทดสอบ (Power) .95 เนื่องจากเป็นอิทธิพลขนาดกลาง และระดับ ความเชื่อมั่น .05

จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้เท่ากับ 45 คน

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นจำนวน 45 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างบุคลากร (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 2) เป็นบุคลากรเจ้าหน้าที่และ อสม. ที่เกี่ยวข้องและปฏิบัติงาน ในรพ.สต. เครือข่ายอำเภอนาแก 3) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้รับบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 2) ผู้รับบริการที่มีอาการในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระยะสงบ และไม่มีการปรับยาอย่างน้อย 6 เดือน 3) ผู้รับบริการต้องมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) และผู้รับบริการที่ชำระเงินเอง 4) ผู้รับบริการที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงยา เช่น มีความยากลำบากในการเดินทาง หรือโรงพยาบาล ใกล้บ้านไม่มีรายการยาที่ผู้รับบริการจำเป็นต้องใช้ เป็นต้น 5)ผู้รับบริการหรือญาติที่สมัครใจ และ
เซ็นยินยอมรับบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider โดยแพทย์ผู้ตรวจรักษาพิจารณาอนุญาตให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการรับยาเดิม ทางไปรษณีย์ 6) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) บุคลากรและผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น เบาหวานที่มีภาวะ ketoacidosis, ความดันโลหิตสูง ระยะวิกฤต หรือมีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดขั้นรุนแรง ที่ต้องการการติดตามอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ 2) บุคลากรและผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีประวัติเจ็บป่วยเฉียบพลันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, การผ่าตัด, หรือโรคติดเชื้อรุนแรง 3) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาทางจิตเวชหรือพฤติกรรมที่อาจส่งผลต่อการใช้บริการ เช่น สมาธิสั้นขั้น รุนแรง, ภาวะสมองเสื่อม,โรคจิตเภท หรือผู้ที่มีประวัติใช้สารเสพติด 4) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจน เช่น ผู้ที่มีปัญหาทางภาษา หรือภาวะบกพร่องทางการได้ยิน/การพูดที่ไม่ได้มีผู้ดูแลหรือผู้แปลภาษา 5) ผู้ที่ไม่มีที่อยู่แน่นอน หรือไม่สามารถรับยา ณ ที่อยู่ตามที่ระบุได้ เช่น ผู้ป่วยเร่ร่อน หรือ ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่บริการ Health Rider ไม่ครอบคลุม 6) ผู้ที่ปฏิเสธการให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา รวมถึงผู้ป่วยหรือญาติที่ไม่เห็นด้วยกับการใช้บริการจัดส่งยา หรือไม่ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพบางส่วน 7) ผู้ป่วยที่รับยาควบคุมพิเศษหรือยาที่ต้องการการดูแลพิเศษ เช่น ยาที่ต้องเก็บในอุณหภูมิพิเศษ,ยาเคมีบำบัด,ยาเสพติดให้โทษ ฯลฯ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการ ทฤษฎี โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร จำนวน 10 ข้อ (สำหรับกลุ่มบุคลากร แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ที่เกี่ยวข้อง) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่งการปฏิบัติงาน

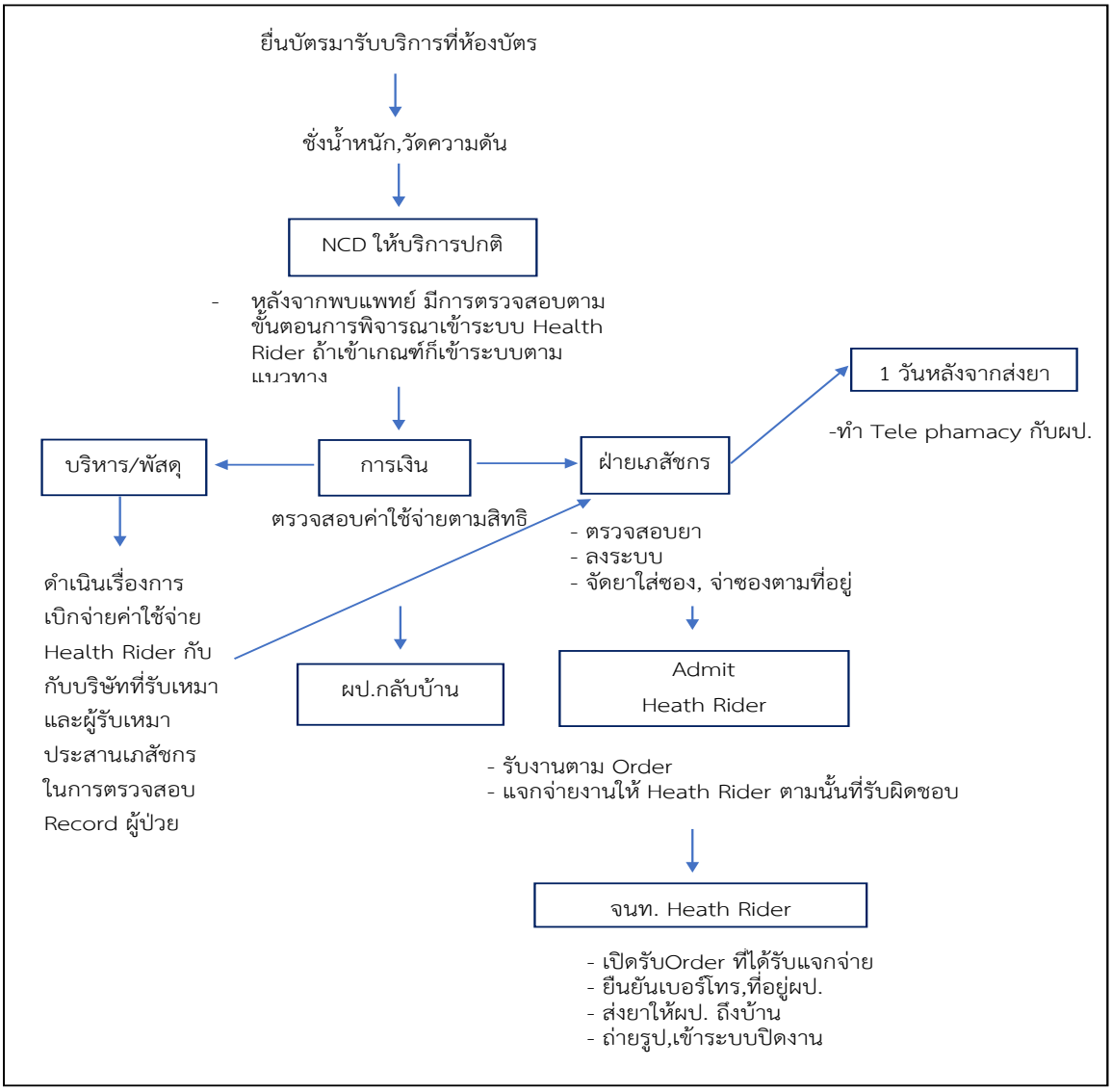
3.1.2 แบบประเมินเกี่ยวกับทักษะเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์โดยเภสัชกร (Tele pharmacy) *(สำหรับผู้ประเมิน/ผู้วิจัย)* มีจำนวน 5 ข้อ

3.1.3 แบบประเมินเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง ในผู้ป่วยที่ได้รับบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider *(สำหรับผู้ป่วย)* มีจำนวน 5 ข้อ

3.1.4 แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มบุคลากร ที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 10 ข้อ

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ประกอบด้วย รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง และคู่มือแนวทางการดำเนินงานในการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้



4. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.1 ศึกษาเนื้อหาวิชาการ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

4.2 กำหนดขอบเขตเนื้อหาที่จะศึกษา และสร้าง แบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา

4.3 ทำการตรวจสอบคุณภาพแบบ สอบถามในการนำไปใช้และภาษา

4.4 นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตา ข้อเสนอแนะ

4.5 นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแบบสอบถามเป็นขั้นสุดท้ายเพื่อตรวจสอบจนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ก่อนใช้เก็บข้อมูลจริง

4.6 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) โดยนำแบบสัมภาษณ์ แบบทดสอบและแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันมากที่สุดกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน

4.7 นำเครื่องมือแบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง, แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้าน มาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ซึ่งกำหนดเกณฑ์ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่จะต้อง ได้เท่ากับ 0.70 ขึ้นไป

การดำเนินการวิจัยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

5.1 ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา

5.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าทำการศึกษาและขออนุญาตใช้ข้อมูลแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

5.3 ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโรงพยาบาล นาแก จังหวัดนครพนม

5.4 ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์และการเข้าร่วมการศึกษาทดลอง

5.5 ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง กับกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมวิจัย

5.6 ผู้วิจัยดำเนินตามกิจกรรมตามรูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามรูปแบบ ดังแสดงในตาราง ดังนี้

ตารางที่ 1 การดำเนินการตามรูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

กิจกรรม	สัปดาห์ที่													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้าน	√													
2.ดำเนินการตามกิจกรรมที่ 1 การบรรยายเรื่องการใช้รูปแบบ/แนวทางบริการจัดส่งยาถึงบ้าน	√													
3.ดำเนินการตามกิจกรรมที่ 2 ชี้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้าน		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
4.ดำเนินการตามกิจกรรมที่ 3 ติดตามการรับยา/การใช้ยาของผู้ป่วย			√				√			√			√	
5.ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลัง การทดลองโดยใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจและแบบประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง														√
6.ประเมินผลการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้าน														√

5.7 ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้าน, แบบประเมินเกี่ยวกับการได้รับยาและการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ได้รับบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider และประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมวิจัย

5.8 การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลองเสร็จสิ้น โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป,ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการจัดส่งยาถึงบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square test เปรียบเทียบความแตกต่าง ก่อน-หลังการทดลอง ใช้สถิติ T-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)

ผลการวิจัย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 28.89 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 เบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ17.78 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 33 คน คิดเป็น ร้อยละ 73.33 รองลงมาเพศชาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 อายุ โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 37.78 รองลงมาอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 33.33 อายุเฉลี่ย 54.62 ปี อายุต่ำสุด 34 ปี อายุสูงสุด 82 ปี สถานภาพ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาสถานภาพโสด และหม้ายจำนวนเท่าๆกัน คิดเป็นร้อยละ 8.90 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ได้รับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถม ศึกษาตอนต้น จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 48.90 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษาตอนปลาย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 37.80 อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 82.20 รองลงมา คือ อาชีพพนักงานบริษัท จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.90 รายได้ของครอบครัว ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ที่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 รองลงมา คือ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 44.40 สิทธิการจ่ายค่ารักษา พยาบาล ส่วนใหญ่สิทธิสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 97.80 รองลงมา คือ สิทธิประกันสังคม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.20 ประวัติการเจ็บป่วยของคน ในครอบครัว ส่วนใหญ่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 คน คิดเป็น ร้อยละ 44.40 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.10 และมีบุตร ญาติ ผู้ดูแลที่บ้าน ส่วนใหญ่มีบุตร ญาติผู้ดูแล จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 73.30 รองลงมา คือ ไม่มีบุตร ญาติ ผู้ดูแลจำนวน 12 คน คิดเป็น ร้อยละ 26.70

กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 91.10 รองลงมาเพศชาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.90 อายุ โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 48.89 รองลงมา 41-50 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.11 อายุเฉลี่ย 41.62 ปี

อายุต่ำสุด 28 ปี อายุสูงสุด 54 ปี การศึกษา ส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 62.20 รองลงมา คือ ระดับอนุปริญญา/ปวส. จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 22.20 บทบาทในบริการจัดส่งยา ถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider แพทย์ตรวจรักษา จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.44 เภสัชกร tele pharmacy จ่ายยา คัดกรองยาผู้ป่วย คีย์ยาลงเว็บ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.89 พยาบาล ncd clinic คัดกรองให้คำแนะนำ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 20 เจ้าหน้าที่เภสัชจัดยา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 จพ.สาธารณสุข กรองคีย์ไรเดอร์ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2 และ ไรเดอร์ ส่งยาในผู้ป่วยเบาหวานและความดัน โลหิตสูง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 28.89

1.2 ผลของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วย เบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล นาแก จังหวัดนครพนม ได้แก่

1.2.1) ทักษะเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ โดยเภสัชกร (Tele pharmacy) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยา ได้อย่างถูกต้อง พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบคุณภาพด้านทักษะเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา เรื่องยาแก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์โดยเภสัชกร (Tele pharmacy) จำนวน 4 คน ส่วนใหญ่ คุณภาพด้านทักษะเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ อยู่ที่ระดับมาก ร้อยละ 100 ในทุกด้าน จากก่อนทดลองคุณภาพด้านทักษะเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ที่อยู่ในระดับปานกลาง ในทุกด้าน

1.2.2) การใช้ยาถูกต้อง ในผู้ป่วยที่ได้รับบริการจัดส่งยาถึงบ้าน พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการใช้ยาอย่างถูกต้อง ในผู้ป่วยที่ได้รับบริการจัดส่งยาถึงบ้านด้วย Health Rider ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม พบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลาได้ครบตามแพทย์สั่ง สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 100 จากก่อนทดลองผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลาได้ครบตามแพทย์สั่ง สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 64.44 ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 100 จากก่อนทดลอง ร้อยละ 68.89 ผู้ป่วยมีการตรวจสอบยาก่อนรับประทานยาทุกครั้ง สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 100 จากก่อนทดลอง ร้อยละ 68.89 ผู้ป่วยมีการสังเกตอาการผิดปกติจากการใช้ยา สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 100 จากก่อนทดลอง ร้อยละ 55.56 ผู้ป่วยมีการแจ้งอาการผิดปกติจากการใช้ยา สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 95.56 จากก่อนทดลอง ร้อยละ 95.56 และเมื่อเปรียบเทียบการใช้ยาอย่างถูกต้อง ในผู้ป่วยที่ได้รับบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider (สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า การใช้ยาอย่างถูกต้อง ในผู้ป่วยที่ได้รับบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ก่อนการทดลอง มีการใช้ยาอย่างถูกต้อง ($\bar{x}$ =3.53,S.D.= 0.66) หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยการใช้ยาอย่างถูกต้อง ของกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาอย่างถูกต้อง ($\bar{x}$ =4.98, S.D.= 0.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.2.3) การได้รับยาอย่างถูกต้องทันเวลา ในผู้ป่วยที่ได้รับบริการจัดส่งยาถึงบ้าน พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ ผลการประเมินเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง ในผู้ป่วยที่ได้รับบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider พบว่า ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 100 จากก่อนทดลอง ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 55.56 และผู้ป่วยได้รับยาอย่างรวดเร็ว ทันเวลา ไม่ขาดยา ร้อยละ 100 จากก่อนทดลองผู้ป่วยได้รับยาอย่างรวดเร็ว ทันเวลา ไม่ขาดยา ร้อยละ 71.11 และเมื่อเปรียบเทียบการได้รับยาอย่างถูกต้อง ในผู้ป่วยที่ได้รับบริการจัดส่งยา ถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider (สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า การได้รับยาอย่างถูกต้อง ในผู้ป่วย ที่ได้รับบริการจัดส่งยา ถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ก่อนการทดลอง มีการได้รับยาอย่างถูกต้อง ($\bar{x}$ =1.36, S.D.= 0.48) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับยาอย่างถูกต้อง

ของกลุ่มตัวอย่าง มีการใช้ยาอย่างถูกต้อง ($\bar{x}$ =2.00, S.D.= 0.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.2.4) ความพึงพอใจเกี่ยวกับรูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจในภาพรวมของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนมที่พัฒนาขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ร้อยละ 62.22 จากก่อนทดลองระดับมากที่สุด ร้อยละ13.33 และรูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้าน ผู้ป่วยด้วย Health Rider ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้อย่างต่อเนื่อง ที่ระดับมากที่สุด ร้อยละ 51.11 จากก่อนทดลอง ที่ระดับมากที่สุด ร้อยละ 2.22 และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในภาพรวมของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider (สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง) ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วยที่ได้รับบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ก่อนการทดลอง มีความพึงพอใจ ในภาพรวม ($\bar{x}$ =30.00, S.D.= 1.75) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจในภาพรวม ($\bar{x}$ =34.76, S.D.= 4.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสุขภาพ พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า บุคลากรสุขภาพมีความพึงพอใจในภาพรวมของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ที่พัฒนาขึ้น เป็นระดับมากที่สุด ร้อยละ 40 จากก่อนทดลองที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก แต่ไม่มีระดับมากที่สุด และรูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้อย่างต่อเนื่อง ที่ระดับมากที่สุด ร้อยละ 42.22 จากก่อนทดลอง ที่มีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้อย่างต่อเนื่อง ที่ระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในภาพรวมของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider สำหรับบุคลากรสุขภาพ) ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมของ การใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วย ด้วย Health Rider ในผู้ป่วยที่ได้รับบริการจัด ส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ก่อนการ ทดลองมีความพึงพอใจในภาพรวมในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =26.04,S.D.=3.53) หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจในภาพรวมในระดับมาก ($\bar{x}$ =31.80, S.D.=6.27) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider ได้แก่

1.1) ทักษะเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ โดยเภสัชกร (Tele pharmacy)การใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านด้วย Health Rider ส่งผลให้ทักษะการให้คำปรึกษาเรื่องยาทางโทรศัพท์โดยเภสัชกร (Tele pharmacy) พัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน จากเดิมที่อยู่ในระดับปานกลางก่อนทดลอง กลายเป็นระดับมาก ร้อยละ 100 หลังการทดลอง ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Baldoni, Amenta และ Ricci[9] ที่ชี้ว่า Tele pharmacy เป็นการให้บริการเภสัชกรรมโดยที่เภสัชกรและผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในสถานที่เดียวกัน แต่สามารถสื่อสารกันได้ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ซึ่งช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนเภสัชกร และมีประสิทธิภาพตามเป้าหมาย แม้จะยังมีข้อจำกัด เช่น เรื่องกฎหมาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฏฐกัลยา และวิภูษิต เพียรการค้า[4] ที่พบว่าการสื่อสารข้อมูลยาระหว่างเภสัชกรและผู้ป่วยมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง จากเดิมใช้การอธิบายด้วยวาจาและสื่อสิ่งพิมพ์ จนถึงปัจจุบันที่ใช้

เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชัน สมาร์ทโฟน QR code และอินโฟกราฟิก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าใจการใช้ยาได้ถูกต้อง ปลอดภัย และเหมาะสมยิ่งขึ้น สรุป: การใช้ Tele pharmacy ร่วมกับบริการจัดส่งยา Health Rider จึงมีประสิทธิผลในการเพิ่มทักษะการสื่อสารของเภสัชกร และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำด้านการใช้ยาอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และต่อเนื่อง

1.2) การใช้ยาถูกต้อง ในผู้ป่วยที่ได้รับบริการจัดส่งยาถึงบ้าน พบว่า การจัดส่งยาถึงบ้านด้วย Health Rider ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องมากขึ้นอย่างชัดเจน โดยหลังการทดลอง ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ตรวจสอบยา สังเกตและรายงานอาการผิดปกติได้ถูกต้องเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.56–100) ซึ่งสูงขึ้นจากก่อนทดลอง ที่อยู่ในระดับ 55–69% และเมื่อวัดคะแนนเฉลี่ยการใช้ยาถูกต้อง พบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก 3.53 เป็น 4.98, $p<0.05$) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของ สุภาพร สุปินธรรม[6] ที่พบว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมการใช้ยาผ่านบริการเภสัชกรรมทางไกล ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขณะเดียวกันยังลดปัญหาการใช้ยาที่บ้านลงได้อย่างมีนัยสำคัญ สรุป: การจัดส่งยาด้วย Health Rider ร่วมกับการสื่อสารด้านเภสัชกรรมทางไกล ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยมากขึ้น สอดคล้องกับแนวทางงานวิจัยก่อนหน้าในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.3) การได้รับยาอย่างถูกต้อง ทันเวลา ในผู้ป่วยที่ได้รับบริการจัดส่งยาถึงบ้าน พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ ผลการประเมินเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง ในผู้ป่วยที่ได้รับบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider พบว่า ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 100 จากก่อนทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบการได้รับยาอย่างถูกต้องทันเวลา พบว่า การได้รับยาอย่างถูกต้อง ทันเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังเช่นในงานวิจัยของ ศุทธินี วัฒนกูล, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, สุรศักดิ์ สุนทร, บุญเตือน วัฒนกุล4, ศรีสุดา งามขำ[5] ที่ได้ศึกษามุมมองของผู้รับบริการต่อประสิทธิผลของบริการการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ในผู้ป่วยโรคเบาหวานช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าลดระยะเวลา รอคอยยาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และลดความเสี่ยงในการสัมผัสโรค ระบบบริการส่งยาทางไปรษณีย์เป็นนวัตกรรมที่มีประโยชน์หากมีสถานการณ์วิกฤต หรือกรณีมีโรคระบาดอื่น ๆ แต่จำเป็นต้องพัฒนา กระบวนการจัดส่งให้เป็นไปตามมาตรฐาน ร่วมกับการตรวจสุขภาพทางไกลเพื่อติดตามผลสุขภาพผู้ป่วย

1.4) ความพึงพอใจเกี่ยวกับรูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจในภาพรวมของการใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนมที่พัฒนาขึ้นเป็นระดับมากที่สุด และ เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในภาพรวม มีความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังเช่นในงานวิจัยของ สมผล สังขะวรรณ[7] ที่ได้ศึกษาผลของการให้บริการจัดส่งยาที่บ้าน โดย อสม.ไรเดอร์ ร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร โดยได้กล่าวว่า ผู้ป่วย ที่รับบริการจัดส่งยาที่บ้านโดย อสม.ไรเดอร์ โดยมีเภสัชกรให้คำแนะนำการใช้ยาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล มีระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างจากการมารับยาที่โรงพยาบาล มีความร่วมมือ ในการใช้ยาอยู่ในระดับดีและมีความพึงพอใจ ต่อการให้บริการในระดับมากที่สุดในทุกด้าน ที่ประเมิน

ข้อเสนอแนะ

ด้านผู้บริหาร

1) ส่งเสริมการกำหนดนโยบายสนับสนุน และผลักดันให้มีนโยบายระดับองค์กรในการสนับสนุนบริการจัดส่งยาถึงบ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2) จัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้อย่างเหมาะสม เพื่อครอบคลุมค่าบริการจัดส่งค่าพาหนะ ค่าบำรุงรักษา Health Rider และค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

3) บูรณาการกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้บริการจัดส่งยาเป็นส่วนหนึ่ง ของการดูแลต่อเนื่อง (continuity of care) ร่วมกับระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

4) พิจารณาขยายผลสู่ระดับเขตหรือ ประเทศ หากผลลัพธ์จากงานวิจัยแสดงประสิทธิภาพอาจเป็นต้นแบบขยายผลในหน่วยบริการอื่น ๆ

ด้านการบริการ

1) ปรับปรุงระบบบริหารจัดการการส่งยา เช่น การวางแผนเส้นทางการจัดส่งการจัด ตารางเวลา และการบันทึกข้อมูลการส่งยาแบบ real-time ผ่านแอปพลิเคชันหรือระบบติดตาม

2) เพิ่มการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย เช่น แจ้งกำหนดวันจัดส่งล่วงหน้า หรือ มีช่องทางสอบถาม/ติดตามยาอย่างสะดวก

3) คัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการส่งยาเช่น ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ทุกครั้ง และไม่เสี่ยงต่อผลข้างเคียงของยา

4) เพิ่มบทบาทของ อสม./พยาบาลชุมชน ในการติดตามอาการเบื้องต้น ให้คำแนะนำการใช้ยาและเป็นตัวกลางระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ป่วย

ด้านการศึกษาวิจัย

1) ศึกษาผลกระทบในระยะยาว เช่น ผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c), ความดันโลหิต,การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (adherence)

2) เปรียบเทียบกับรูปแบบบริการเดิม เพื่อดูว่าบริการ Health Rider มีข้อได้เปรียบด้านใดบ้าง เช่น ลดภาระการเดินทาง ลดค่าใช้จ่าย หรือเพิ่มความพึงพอใจ

3) ศึกษาความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้พัฒนาแนวทางการบริการที่ตอบโจทย์มากขึ้น

4) วิจัยต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness) เพื่อดูว่าบริการนี้คุ้มค่ากับการลงทุนหรือไม่ เมื่อเทียบกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ

5) ขยายกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยอาจทดลองใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง หรือผู้สูงอายุติดบ้าน

ข้อเสนอแนะด้านยาและบทบาทของเภสัชกร

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) กำหนดแนวทางและมาตรฐานการจัดส่งยาให้มีความปลอดภัย เช่น เงื่อนไขการเก็บรักษา (อุณหภูมิ/แสง) ตามชนิดของยา

2) สนับสนุนบทบาทของเภสัชกรในการดูแลและติดตามการใช้ยาในระบบ Home Delivery

3) กำหนดบทบาทของเภสัชกรชุมชนในทีมดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อให้คำแนะนำในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

4) สนับสนุนการใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบเตือนกินยา, แอปติดตามการใช้ยาควบคู่กับการจัดส่ง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) เภสัชกรควรทำการตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของรายการยาก่อนส่งทุกครั้ง

2) แนบเอกสารคำแนะนำการใช้ยาอย่างละเอียด (ชื่อยา,วิธีใช้,เวลา,ผลข้างเคียง) ไปกับทุกการจัดส่ง

3) โทรศัพท์ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือญาติ หากมีการเปลี่ยนยาใหม่ หรือมียาที่ใช้ยาก

4) รวบรวมข้อมูลปัญหาการใช้ยา เช่น ลืมกินยา ผลข้างเคียง และติดตามซ้ำเป็นระยะผ่านโทรศัพท์หรือระบบออนไลน์

5) จัดทำ checklist การตรวจสอบคุณภาพการจัดส่ง เช่น เวลา, สภาพบรรจุภัณฑ์, ข้อร้องเรียนของผู้ป่วย

6) ประสานงานกับพยาบาลชุมชน/อสม. หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเข้าใจการใช้ยา(ผู้สูงอายุ, ผู้พิการ)

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). “Health Rider” บริการส่งยาถึงบ้าน: อีกหนึ่งโครงการดีๆ จากนโยบาย “ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”. สืบค้นจาก https://pr.moph.go.th
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2566).ทีม อสม. ไรเดอร์ส่งยาถึงบ้าน หนุนเสริมนโยบาย“บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่”. สืบค้นจาก https://pr.moph.go.th
3. ฝ่ายเภสัชกรรม และฝ่ายสารสนเทศ โรงพยาบาลศิริราช. (2558). ศิริราชก้าวไกล ส่งยาทั่วไทยทางไปรษณีย์[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.สืบค้นเมื่อ 16 เมษายน 2565, จาก https://www.si. mahidol.ac.th/th/division/um/admin/download_files/230_48_1gbXlaZ.pdf
4. ณัฏฐกัลยา เพียรการค้า, & วิภูษิต เพียรการค้า. (2565). การสื่อสารข้อมูลยาระหว่างเภสัชกรและผู้ป่วย(Communication of drug information between pharmacists and patients). วารสารวิชาการ,15(2), 45–56.
5. ศุทธินี วัฒนกูล, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, สุรศักดิ์ สุนทร, บุญเตือน วัฒนกุล, ศรีสุดา งามขำ (2567). มุมมองของผู้รับบริการต่อประสิทธิผลของบริการการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ในผู้ป่วยโรคเบาหวานช่วงสถานการณ์ ... [Patients’ perspectives on the effectiveness of postal medication delivery service for diabetic patients during the situation ...]....[ชื่อวารสาร/แหล่งเผยแพร่ไม่ระบุ].ns.pim.ac.th
6. สุภาพร สุปินธรรม. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับบริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข, 32(1), 77–88.
7. สมผล สังขะวรรณ. (2568). ผลของการให้บริการจัดส่งยาที่บ้านโดย อสม.ไรเดอร์ ร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร. วารสารเภสัชกรรมชุมชน, 14(1), 21–32.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. (2024, ตุลาคม 10). สสจ.นครปฐม ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ขยายบริการ Health Rider ส่งยา ถึงบ้าน. Hfocus.org.
9. Baldoni, Amenta, & Ricci (2019) Baldoni, S., Amenta, F., & Ricci, G. (2019). Tele pharmacy Services: Present Status and Future Perspectives: A Review. Medicina (Lithuania), 55(7), 327. irisjournal.org.
10. Chaiyasit, N. (2021). The impact of Health Rider medicine delivery services on patient adherence and satisfaction. Asian Journal of Pharmaceutical Practice,15(4), 198–210.https://doi.org/10.xxxx/ajpp. 2021.15.4.198

การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

Personnel Participation in Public Management Quality Improvement (PMQA) of the Nakhon Phanom Provincial Public Health Office.

(Received: September 23,2025 ; Revised: September 27,2025 ; Accepted: September 29,2025)

จิรชาย ประสพธัญญา[1]
Jirachai Prasoptunya[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยมีกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทุกประเภทที่สมัครใจเข้าร่วม จำนวน 159 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามระดับการมีส่วนร่วม แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบตรวจรายการสังเกต และแบบประเมินความพึงพอใจ ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการ Action Research ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตติดตาม (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ t-test

ผลการวิจัย พบว่า ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ ความรู้ความเข้าใจใน PMQA ทัศนคติ และแรงจูงใจ โครงสร้างและกระบวนการ ทรัพยากร และการติดตามประเมินผล ในขณะเดียวกันผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าระดับการมีส่วนร่วม ความรู้ ทัศนคติ และความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้นจากระดับ “มาก” เป็น “มากที่สุด” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : การบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA), การมีส่วนร่วมของบุคลากร

Abstract

This action research aimed to study the situation and the participation of personnel in the development of Public Sector Management Quality Award (PMQA) implementation at the Nakhon Phanom Provincial Public Health Office. The study sample comprised 159 voluntary personnel from all categories. Research instruments included a general information questionnaire, a participation-level questionnaire, a questionnaire on factors influencing participation, a semi-structured interview form, an observation checklist, and a satisfaction survey. The research was conducted following the action research process: Planning, Acting, Observing, and Reflecting. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and t-test.

The results revealed that the major problems and obstacles were related to knowledge and understanding of PMQA, attitudes and motivation, organizational structure and processes, resources, and monitoring and evaluation. Meanwhile, a comparison before and after the development showed that the levels of participation, knowledge, attitudes, and satisfaction of personnel significantly increased from a “high” to the “highest” level at the 0.05 significance level.

Keywords: Public Sector Management Quality Award (PMQA), personnel participation

บทนำ

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาแนวคิด การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management: NPM) และหลักการธรรมาภิบาล (Good Governance) ได้ถูกนำมาใช้เพื่อยกระดับประสิทธิภาพ ความโปร่งใส และความคุ้มค่าในการ

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ดำเนินงานของหน่วยงานรัฐ[1] ประเทศไทยได้พัฒนาเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) ขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 โดยประยุกต์จากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) เพื่อเป็นกรอบการพัฒนาระบบราชการที่เหมาะสมกับบริบทไทย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ[2] ปัจจุบัน PMQA ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพงานภาครัฐทั้งในระดับกรม จังหวัด และท้องถิ่น[3]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ในฐานะหน่วยงานหลักด้านสุขภาพ จำเป็นต้องดำเนินงานตามเกณฑ์ PMQA เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการประชาชน อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบข้อจำกัดสำคัญ คือ “การมีส่วนร่วมของบุคลากร” ที่ยังไม่ทั่วถึงและต่อเนื่อง บุคลากรบางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจ มองว่า PMQA เป็นภาระงานเอกสาร และขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วม ส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพยังไม่เกิดขึ้นอย่างยั่งยืน[4,5,6]

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาการ มีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนา PMQA ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผ่านวงจรการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล[7] เพื่อพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทจริงขององค์กร และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพงานภาครัฐอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

วิธีการดำเนินการ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จำนวน 289 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ทุกกลุ่มงาน คือ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และลูกจ้างชั่วคราวที่อยู่ในโครงสร้างกำลังคนของหน่วยงานตามบัญชีรายชื่อ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ที่มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการทั้งหมด จำนวน 159 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย

1) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมทุกกลุ่มงาน คือ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และลูกจ้างชั่วคราวที่อยู่ในโครงสร้างกำลังคนของหน่วยงานตามบัญชีรายชื่อ

2) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย

1) ไม่ได้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

2) อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติงาน/บรรจุใหม่ และมีอายุงานน้อยกว่า 3 เดือน

3) อยู่ระหว่างลาพักยาว หรือปฏิบัติงานนอกพื้นที่ตลอดช่วงเวลาเก็บข้อมูล

4) ไม่ได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย หรือถอนความยินยอมทุกกรณี

ขั้นตอนการศึกษา

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Act) สังเกต/ติดตาม (Observe) สะท้อนผล (Reflect) และปรับปรุงต่อเนื่อง[8] โดยใช้ระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2568 ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) เป็นกระบวนการวางแผนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

1.1 เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1.2 ประชุมวิเคราะห์ปัญหาและระดมความคิดหาวิธีการปรับปรุงหรือพัฒนา โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมทุกกลุ่มงาน คือ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และลูกจ้างชั่วคราวที่อยู่ในโครงสร้างกำลังคนของหน่วยงาน

1.3 กำหนดแผนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Act) เป็นการปฏิบัติและดำเนินกิจกรรมตามแผนที่ออกแบบ ตามแผนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ที่ได้กำหนดไว้ ในกลุ่มตัวอย่าง คือ

2.1 การปฏิบัติและดำเนินกิจกรรมตามแผนที่ออกแบบ โดยดำเนินการ

- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ PMQA
- จัดทำคู่มือการปฏิบัติ (Work Manual)
- จัดการเรียนรู้แบบ Coaching /พี่เลี้ยงในแต่ละกลุ่มงาน
- จัดระบบการสื่อสารให้เห็นประโยชน์และผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับงานประจำ
- การจัดระบบรางวัล ยกย่องเชิดชูเกียรติผู้ที่มีส่วนร่วมอย่างโดดเด่น
- จัดกิจกรรมสร้างแรงบันดาลใจ เช่น การแลกเปลี่ยน Best Practice
- มีการบูรณาการ PMQA เข้ากับงานประจำ
- การจัดสรรงบประมาณเฉพาะกิจกรรมพัฒนา PMQA
- การใช้เทคโนโลยีและระบบสาร สนเทศเพื่อประหยัดเวลา
- เปิดช่องทางเสนอความคิดเห็นและแนวคิดปรับปรุงงาน
- ตั้งกลุ่มทำงานย่อยร่วมกันติดตามตัวชี้วัด

3. ขั้นการสังเกต/เก็บข้อมูล(Observe) โดยการสังเกต/ติดตาม การปฏิบัติและดำเนินกิจกรรมตามแผนที่ออกแบบ ตามแผนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดย

- บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมของบุคลากร
- เก็บข้อมูลแบบสอบถาม/สัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้และความพึงพอใจ
- ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงในระดับการมีส่วนร่วม

4. ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) และปรับปรุงต่อเนื่อง โดยการสะท้อนผลการปฏิบัติ และปรับปรุงต่อเนื่อง ของการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหาร

จัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดย

- ร่วมกันวิเคราะห์สิ่งที่ได้ผลและสิ่งที่ต้องปรับปรุง
- นำข้อเสนอไปปรับแผนการดำเนินงานรอบถัดไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม แล้วกำหนดเป็นกรอบปัจจัยให้ครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา มีการสร้างแบบสอบถามตามกรอบปัจจัยที่กำหนดในข้อ 1 โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และปัจจัยด้านบุคลากรลักษณะคำถามเป็นแบบ ปลายปิด ซึ่งประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป สถานภาพของบุคลากร หน่วยงานที่ สังกัด ตำแหน่งหน้าที่ และประสบการณ์การทำงาน ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดโดยคำถามครอบคลุมเนื้อหาการมีส่วนร่วม 4 ประเด็น คือ 1. ส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) 2. ส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) 3. ส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และ 4. ส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตร ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้ จำนวน 25 ข้อ และทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบใช่และไม่ใช่ โดยมีลักษณะเป็นแบบมาตร ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยเกณฑ์การให้คะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ได้กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายตามแนวทางของ เบสท์[9] ในการวัดระดับความคิดเห็น

2) แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) (มีส่วนคุณภาพ/เชิงลึก) 1) ประสบการณ์การมีส่วนร่วมตามหมวด PMQA, 2) แรงจูงใจ/แรงเสียดทาน, 3) ระบบสนับสนุน (ผู้นำ ทรัพยากร ข้อมูล), 4) ตัวอย่างความสำเร็จ/บทเรียน, 5) ข้อเสนอปรับปรุง

3) แบบตรวจรายการสังเกต/หลักฐานเชิงเอกสาร (Observation & Document Review Checklist) เช่น แผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการและตัวชี้วัด, รายงานผล/แดชบอร์ด, บันทึกการประชุม, Log การทบทวนกระบวนการ, คู่มือ/มาตรฐานงาน, รายงานผลผู้รับบริการ ฯลฯ

4) แบบประเมินความพึงพอใจของการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จำนวน 10 ข้อ ของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรได้กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายตามแนวทางของ เบสท์[9] ในการวัดระดับความคิดเห็น

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการวิจัย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้ารายละเอียดต่างๆจากหนังสือ เอกสารทางวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

2. ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา โดยการ กำหนดนิยามศัพท์ เพื่อใช้เป็นแนวทาง ในการ สร้าง

แบบสอบถาม และตรวจสอบเนื้อหา ของแบบสอบถามให้ครอบคลุมเนื้อหา

3. นำร่างแบบสอบถามเสนอผู้ทรง คุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสม ถูกต้องต้องของภาษาที่ใช้

4. ปรับปรุงข้อคำถามแล้วเสนอผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ในการวางแผนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม คือมีความรู้และประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับ PMQA มีความเชี่ยวชาญด้าน การบริหารจัดการภาครัฐ / การพัฒนาคุณภาพ มีประสบการณ์ทำงานหรือวิจัยใน ระบบสาธารณสุข มีความเข้าใจด้าน ระเบียบวิธีวิจัย และการตรวจสอบเครื่องมือ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเที่ยงตรง (Content Validity) ของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

5. วิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือโดยหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Congruence: IOC)

6. นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้วทดสอบหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์ และคัดเลือกข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไป

7. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุง แก้ไขแล้วไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายที่ใช้ใน การวิจัย (Try Out) กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient of Alpha) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นรวมของแบบสอบถามไม่น้อยกว่า 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพเปรียบเทียบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุป โดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านบุคลากร แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมและปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติและความพึงพอใจเกี่ยวกับการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์ เปรียบเทียบแบบประเมินการมีส่วนร่วม,ปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติและความพึงพอใจเกี่ยวกับการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติ Pair T-test (ความรู้ถูก-ผิด ใช้ chi-square test)

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาและศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม สามารถสรุปได้ดังนี้

1.1 ผลการวิเคราะห์ปัญหาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม มีการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ โดยเฉพาะการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) มาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานสาธารณสุขระดับ จังหวัดนครพนม โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและคุณภาพการให้บริการแก่ประชาชน อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในยังประสบปัญหาด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการพัฒนา โดยผลการวิเคราะห์ปัญหาและการหาประเด็นที่ต้องแก้ไข ดังต่อไปนี้

1.1.1 ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจใน PMQA บุคลากรบางส่วนยังขาดความเข้าใจ ในหลักเกณฑ์และกระบวนการ PMQA โดยมองว่า PMQA เป็นภาระงานเอกสาร ไม่เห็นความเชื่อมโยงกับงานประจำขาดการฝึกอบรมหรือ Workshop ที่ต่อเนื่อง

1.1.2 ปัญหาด้านทัศนคติและแรงจูงใจขาดแรงจูงใจในการมีส่วนร่วม เนื่องจากไม่เห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมมองว่าเป็นหน้าที่ของผู้บริหารหรือคณะทำงาน PMQA เท่านั้น ขาดระบบการยกย่อง/ให้รางวัลสำหรับผู้มีผลงานเด่นด้าน PMQA

1.1.3 ปัญหาด้านโครงสร้างและระบวนการไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนของบุคลากรใน PMQA การสื่อสารระหว่างทีม PMQA กับหน่วยงานย่อยยังไม่ทั่วถึง และขั้นตอนการดำเนินงานซับซ้อน ใช้เวลามาก

1.1.4 ปัญหาด้านทรัพยากร บุคลากรมีภาระงานประจำสูง ไม่มีเวลาสำหรับงานพัฒนา PMQA ขาดงบประมาณสำหรับกิจกรรมสนับสนุน เช่น อบรม ประชุมเชิงปฏิบัติการ เครื่องมือ/เทคโนโลยีสนับสนุนการติดตามประเมินผลยังไม่เพียงพอ

1.1.5 ปัญหาด้านการติดตามและประเมินผลการติดตามความก้าวหน้าไม่เป็นระบบ ทำให้ขาดข้อมูลสะท้อนผลการดำเนินงาน ไม่มีระบบ Feedback ที่รวดเร็วและสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน

1.2 ผลการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นกระบวนการศึกษาวิจัยที่ผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนางาน ในสถานการณ์จริง ผ่านวงจรการวางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Act) สังเกต/ติดตาม (Observe) สะท้อนผล (Reflect) และปรับปรุงต่อเนื่อง เพื่อการมีส่วนร่วมใน PMQA ให้สอดคล้องกับบริบทจริง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับมีบทบาทร่วมกันตั้งแต่ต้น เน้นการแก้ปัญหาเชิงระบบและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องสร้างความรู้และทักษะไปพร้อมกับการปฏิบัติจริง พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ซึ่งผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)

1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการในการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยมีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

2) มีการกำหนดวัตถุประสงค์และขอบเขตของการวิเคราะห์ ดังนี้

2.1) เพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

2.2) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและ อุปสรรคที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

2.3) เพื่อระบุปัญหาความต้องการและปัจจัยสนับสนุนที่เอื้อต่อการเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

2.4) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบแผนพัฒนาและกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มีการกำหนดขอบเขตการศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยเน้นการวิเคราะห์ใน 4 มิติการมีส่วนร่วมของบุคลากร ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

3) การเก็บรวบรวมข้อมูลสภาพปัญหา จากแหล่งข้อมูลหลัก ได้แก่ แบบสอบถามการ มีส่วนร่วมของบุคลากร บันทึก/รายงานประจำปีของหน่วยงาน การสัมภาษณ์/ประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) การ สังเกต/ตรวจสอบหลักฐานเชิงเอกสาร วิธีดำเนินการจัดเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของข้อมูลและจัดทำฐานข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์

4) การจัดทำแผนการดำเนินงาน (Action Plan) โดยการสรุปแนวทางการพัฒนา/ปรับปรุงตามปัญหาและความต้องการ มีการระบุกิจกรรมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม มีการจัดทำเป็นหมวดหมู่กิจกรรม โดยยึด หลักการมีส่วนร่วม 4 ระดับ 1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน 3. การมีส่วนร่วม ในผลประโยชน์ 4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ผสมกับกรอบ PMQA 7 หมวด

5) การเตรียมการประเมินผล(Check & Adjust)

1) มีการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จและเกณฑ์ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วม โดยการกำหนดเป้าหมายเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ของการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพ PMQA

2) การวางแผนการติดตามและปรับปรุงตามผลการดำเนินงาน

3) จัดทำเอกสารรายงานสรุปเพื่อใช้ในการประชุมและนำเสนอผู้บริหาร โดยระบุขั้นตอน/กิจกรรม,รายละเอียดการดำเนินงาน,ผู้รับผิดชอบ, ระยะเวลา,ตัวชี้วัดความสำเร็จ/เกณฑ์ประเมิน

การวางแผนกำหนดแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม หลังจากได้ปัญหาจากการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาแล้ว ดำเนินการดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรม และศึกษาตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

2) ประสานงานและขอความร่วมมือ จากหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานและบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เพื่อ ขอความร่วมมือในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

3) การจัดตั้งทีมสุขภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างบุคลากร โดยต้องมีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ที่กำหนด

4) จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์สถานที่ เอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการจัดประชุม

5) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่างบุคลากร โดยการระดมความคิดเห็นในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

การดำเนินงานตามแผนในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ตามที่ได้กำหนดไว้

ตามขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) ในกระบวนการ PMQA โดยการ

1. ดำเนินการการประชุมและเตรียมทีมจัดประชุมทีมวิจัยและผู้บริหารหน่วยงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมปฏิบัติการ เช่น ผู้เก็บ ข้อมูล, ผู้ประสานงาน, ผู้วิเคราะห์ข้อมูล ชี้แจง วัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงานแก่ทีม

2. การเก็บข้อมูลเชิงปฏิบัติการ โดยการแจกแบบสอบถามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับ PMQA ให้บุคลากรกลุ่มเป้าหมายดำเนินการ การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) สังเกตกระบวนการทำงานจริง และเก็บเอกสาร/หลักฐานประกอบ (Document Review) แนวทางปฏิบัติให้ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจและรักษาความลับ สังเกตและบันทึกพฤติกรรมหรือปัญหาที่เกิดขึ้น ในกระบวนการทำงาน บันทึกข้อเสนอแนะหรืออุปสรรคจากผู้เข้าร่วมและผู้บริหาร

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น (Real-time Analysis) โดยการวิเคราะห์คะแนนแบบสอบถามรายหมวด PMQA และสรุปประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่พบจากสัมภาษณ์และการสังเกต ใช้เทคนิคการจัดลำดับความสำคัญ เช่น Pareto Analysis หรือ SWOT Analysis เพื่อระบุปัญหาหลัก

4. การประชุมระดมความคิดเพื่อกำหนดแนวทางปรับปรุง นำผลวิเคราะห์มาหารือกับทีมงานและผู้บริหาร ระดมความคิดเห็นเพื่อกำหนด กิจกรรม/แนวทางแก้ไขปัญหา รวมทั้งบันทึกข้อสรุปและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมตามความเร่งด่วนและความสำคัญ

5. การดำเนินการตามแผน มีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามแผนที่กำหนด การอบรม/Workshop เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมใน PMQA การปรับปรุงคู่มือ กระบวนการทำงาน หรือระบบสนับสนุน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงกระบวนการภายในหน่วยงาน และการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และบันทึกผลการปฏิบัติ

6. การติดตามและปรับปรุง (Feedback & Adjustment) การประเมินความสำเร็จ เบื้องต้นตามตัวชี้วัดที่กำหนด ปรับแก้กิจกรรม/กระบวนการตามผลตอบรับจากผู้เข้าร่วมและผู้บริหาร บันทึกบทเรียนและแนวทางปฏิบัติที่ได้ผลเพื่อใช้ในการปรับปรุงรอบถัดไป

7. การสรุปผลการปฏิบัติ การจัดทำรายงานผลสรุปกิจกรรม การปรับปรุง และข้อเสนอแนะนำเสนอผู้บริหารและบุคลากร เพื่อสร้างความรับรู้และความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต/เก็บข้อมูล (Observe) การสังเกตผลการดำเนินงานตามแผนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยดำเนินการดังนี้

1) ประสานงานกลุ่มตัวอย่างบุคลากรเข้าร่วมประชุมชี้แจง และจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์สถานที่เอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการจัดประชุม

2) ติดตาม นิเทศ กำกับการดำเนินกิจกรรมตามแผนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างบุคลากร เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ประเมินผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคในระหว่างการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยใช้ข้อคำถามปลายเปิด

4) ดำเนินการตามขั้นตอนการสังเกต/เก็บข้อมูลการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) และปรับปรุงต่อเนื่อง การสะท้อนผลการปฏิบัติในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

(PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

1) ประสานงานทีมสุขภาพเข้าร่วมประชุมชี้แจง และจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ สถานที่เอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการจัดประชุม

2) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสุขภาพ เพื่อปรับปรุงการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

3) การรวบรวมข้อมูลเพื่อการสะท้อนผลโดย

1. การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (คะแนนแบบสอบถาม, ตัวชี้วัดผลลัพธ์) และการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (บันทึกการสังเกต, ข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้อง, การสัมภาษณ์) 2. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อดูความก้าวหน้า และผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด PMQA เปรียบเทียบผลลัพธ์กับเป้าหมาย/แผนงานเดิม และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลให้สำเร็จหรือไม่สำเร็จ 3. การประชุมสะท้อนผล (Reflection Meeting) จัดประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง (บุคลากร, ผู้บริหาร, ทีมวิจัย) นำเสนอผลการดำเนินงานและประเด็นปัญหา รวมทั้ง การเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น 4. การระบุข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข หาข้อสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อเสนอแนวทางปรับปรุงขั้นตอนการดำเนินงานในรอบถัดไปและการกำหนดแผนการปรับปรุงต่อเนื่อง (Continuous Improvement Plan)

1.1 ศึกษาผลการพัฒนาการ มีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม พบว่า

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมและมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ มี 1 กลุ่ม คือ กลุ่มบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และลูกจ้างชั่วคราวที่อยู่ในโครงสร้างกำลังคนของหน่วยงานตามบัญชีรายชื่อ จำนวน 159 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 129 ราย ร้อยละ 81.10รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 30 ราย ร้อยละ 18.90 อายุเฉลี่ย 42.53 ปี, SD=11.83 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-60 ปี จำนวน 51 ราย ร้อยละ 32.08 รองลงมาอยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 41 ราย ร้อยละ 25.79 สถานภาพคู่ .เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 99 ราย ร้อยละ 62.30 รองลงมาสถานภาพโสด จำนวน 53 ราย ร้อยละ 33.30 กลุ่มตัวอย่างระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 109 ราย ร้อยละ 68.60 รองลงมาระดับปริญญาโท จำนวน 42 ราย ร้อยละ 26.40 มีตำแหน่งระดับชำนาญการ เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 64 ราย ร้อยละ 40.30 รองลงมาตำแหน่งระดับปฏิบัติการจำนวน 50 ราย ร้อยละ 31.40 รายได้ของครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ที่มากกว่า 50,000 บาท/เดือน จำนวน 40 คน ร้อยละ 25.16 รองลงมา 20,001 – 30,000 บาท/เดือน จำนวน 39 คน ร้อยละ 24.53 การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) หรือไม่ ส่วนใหญ่รับรู้ จำนวน 143 ราย ร้อยละ 89.90 รองลงมา ไม่รับรู้จำนวน 16 ราย ร้อยละ 10.10 และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ส่วนใหญ่เคย จำนวน 113 ราย ร้อยละ 71.10 รองลงมาไม่เคย จำนวน 46 ราย ร้อยละ 28.90

2) ระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า

2.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จากผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 13.59, S.D.= 4.24) หลังการทดลองการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =19.08, S.D.= 2.54) และเมื่อ

เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน จากผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (x = 13.72, S.D.=4.44) หลังการทดลองการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (x =19.12, S.D.=1.04) และเมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.3 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์จากผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง(x = 10.02, S.D.=2.61) หลังการทดลองการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง (x =14.29, S.D.=0.90) และเมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล จากผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง(x = 13.16, S.D.=4.02) หลังการทดลองการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง (x =18.97, S.D.=0.97) และเมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบในภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก (x =50.49,S.D.=14.57) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากที่สุด (x =71.70, S.D.=3.31) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ผลการศึกษา พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก (x =20.92,S.D.= 2.99) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (x =24.77, S.D.= 0.64) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4) ทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) จากผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก (x = 57.35, S.D.= 13.09) หลังการทดลองทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับมากที่สุด (x =71.25, S.D.=2.37) และเมื่อเปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พบว่าหลังการทดลองการมีทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5) ความพึงพอใจ ต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ

ภาครัฐ (PMQA) จากผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก (x = 44.36, S.D.=3.09) หลังการทดลองความพึงพอใจ ต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับมากที่สุด (x =74.86, S.D.=1.64) และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พบว่าหลังการทดลองการมีความพึงพอใจ ต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปแบะอภิปรายผล

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม พบประเด็นสำคัญดังนี้

1. ปัญหาการมีส่วนร่วมบุคลากรบางส่วนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และแรงจูงใจที่เพียงพอ รวมทั้งโครงสร้างการดำเนินงานที่ไม่ชัดเจน ส่งผลให้การมีส่วนร่วมไม่ทั่วถึงทุกระดับ สอดคล้องกับเมตต์[10,4,6] ที่เน้นความสำคัญของการสื่อสาร แรงจูงใจ และการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน

2. การมีส่วนร่วมเชิงกระบวนการการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ช่วยให้บุคลากรมีโอกาสเรียนรู้ ร่วมคิดร่วมตัดสินใจ และปฏิบัติจริง ส่งผลให้ระดับการ มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และช่วยสร้างแรงจูงใจ ที่ยั่งยืน สอดคล้องกับ Wiedemann & Femers[6] 3. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจพบว่า ผู้บริหารและคณะทำงานมีส่วนร่วมมากกว่าบุคลากรระดับปฏิบัติ ซึ่งยังมีโอกาสน้อยในการเสนอแนวทางและตัดสินใจ สอดคล้องกับข้อเสนอของ Wiedemann & Femers (1993)[16] ที่ชี้ถึงความสำคัญของการสะท้อนผลและการมีระบบ ติดตามที่เข้มแข็ง

4. ความรู้เกี่ยวกับ PMQA หลังการทดลองบุคลากรมีคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าการอบรมและการมีส่วนร่วมเชิงปฏิบัติการช่วยเสริมสร้างความเข้าใจ สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb และงานของ Wiedemann & Femers[6]

5. ทัศนคติต่อ PMQA บุคลากรมีทัศนคติที่ดีขึ้นหลังการทดลอง แสดงให้เห็นว่าการสร้างการมีส่วนร่วมไม่เพียงเพิ่มพูนความรู้ แต่ยังเปลี่ยนแปลงทัศนคติในเชิงบวก สอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ Arnstein[11] และงานวิจัยของกาญจนา[3]

6. ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมระดับความพึงพอใจสูงขึ้นหลังการทดลอง เนื่องจากบุคลากรได้รับโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมจริงในการทำงานและตัดสินใจ สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg[5] , กาญจนา[3] และ Wiedemann & Femers[6]

สรุป

การสร้างความรู้ ความเข้าใจ การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม และการสร้างแรงจูงใจ เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้การมีส่วนร่วมของบุคลากรใน PMQA มีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจ และสามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ

1.1 ผู้บริหารควรส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ การติดตาม และการประเมินผล โดยสร้างช่องทางการสื่อสารที่เปิดกว้าง โปร่งใส และเข้าถึงง่าย

1. 2 ควรกำหนดนโยบายที่เน้นการสร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่งการมีส่วนร่วม เช่น การจัดประชุมระดมความคิดเห็น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือกิจกรรมกลุ่มย่อยอย่างต่อเนื่อง

1.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ควรพัฒนาระบบแรงจูงใจ เช่น การยกย่องเชิดชูเกียรติ การให้รางวัลแก่บุคลากรที่มีส่วนร่วมอย่างโดดเด่น เพื่อเพิ่มความกระตือรือร้น

1.4 ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ PMQAและทักษะการทำงานเป็นทีม ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

1.5 ควรบูรณาการการพัฒนา PMQA เข้ากับแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 ควรมีคู่มือหรือแนวทางการดำเนิน งาน PMQA ที่ชัดเจนและเข้าใจง่ายเพื่อให้บุคลากร ทุกระดับสามารถปฏิบัติได้ตรงกัน

2.2 ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ระบบออนไลน์หรือแอปพลิเคชัน เพื่อสนับสนุนการ มีส่วนร่วม รายงานผลและติดตามความ ก้าวหน้า

2.3 จัดให้มีการประชุมหรือ Workshop ย่อยเป็นระยะ เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2.4 เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการคิดนวัตกรรมหรือโครงการใหม่ ๆ ที่ช่วยยก ระดับคุณภาพงานตามเกณฑ์ PMQA

3. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหลายหน่วยงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เพื่อหาปัจจัยความสำเร็จและแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสม

3.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการมีส่วนร่วมกับประสิทธิผลของการดำเนินงาน PMQA เพื่อให้เห็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์

3.3 ขยายการศึกษาไปยังหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมมากขึ้น

3.4 ศึกษาปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร ภาวะผู้นำและแรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

1. Hood, C. (1991). A public management for all seasons? Public Administration, 69(1), 3–19. https://doi.org/ 10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2562). คู่มือการประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) สำหรับหน่วยงานสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
3. กาญจนา ศรีสวัสดิ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กรภาครัฐเพื่อยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการ. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์, 20(2), 45–60.
4. นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2547). การมีส่วนร่วม: หลักการพื้นฐาน เทคนิค และกรณีตัวอย่าง (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: สิริลักษณ์การพิมพ์.
5. Herzberg, F. (1959). The Motivation to Work. New York, NY: John Wiley & Sons.
6. Wiedemann, P. M., & Femers, S. (1993). Public-participation in waste management decision-making: Analysis and management of conflicts. Journal of Hazardous Materials, 33(3), 355–368.
7. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner. Victoria: Deakin University Press.
8. Deming, W. E. (1986). Out of the crisis. Cambridge, MA: MIT Press.
9. Best, J. W. (1970). Research in education (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
10. เมตต์ เมตต์การุณ์จิต. (2547). การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม: ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและราชการ. กรุงเทพฯ: บุ๊ค พอยท์.
11. Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. Journal of the American Planning Association, 35(4), 216–224.

การปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี

ADAPTATION, PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND SELF-CARE BEHAVIOR OF THE ELDERLY AT KHAOPRANGAM MUNICIPALITY IN LOP BURI PROVINCE.

(Received: September 23,2025 ; Revised: September 27,2025 ; Accepted: September 29,2025)

ภาณุฤทธิ์ สินธวรัตน์[1] ทิพย์วัลย์ สุรินยา[2] ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน[3]
Panurit Sintawarat[1], Tippavan Surinya[2], Theerapat Wongkumsin[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาระดับการปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 4) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางจิตใจกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และ 5) ศึกษาอิทธิพลของการปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 332 คน โดยมีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าระดับ ค่า t-test F-test การทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยวิธี LSD ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถอดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า 1) การปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูง 2) ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ รายได้ ระดับการศึกษา และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) การปรับตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) สุขภาวะทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 5) การปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 60.7

คำสำคัญ: การปรับตัว, สุขภาวะทางจิตใจ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

The purposes of this study were to as following: 1) to investigate the levels of adaptation, psychological well-being and self-care behavior among the elderly, 2) to compare self-care behavior among the elderly classified by personal factors, 3) to examine the relationship between adaptation and self-care behavior among the elderly, 4) to explore the relationship between psychological well-being and self-care behaviors among the elderly, 5) to analyze the influence of adaptation and psychological well-being on self-care behaviors among the elderly. The sample consisted of 332 elderly individuals selected through stratified random sampling. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test, Least Significant Difference (LSD), Pearson's correlation coefficient, and multiple linear regression analysis.

The results of this research were: 1) perception of adaptation, psychological well-being and self-care behavior of the elderly were at the high level, 2) the elderly with different in sex, age, marital status, health status, income, education level, and participation in social activities-exhibited significantly different self-care behaviors of the elderly with the statistical differences at .05, 3) adaptation was positively correlated to self-care behavior of the elderly with the statistical differences at .05, 4) psychological well-being was positively correlated to self-care behavior of the elderly with the statistical

[1] นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
[2] สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ Corresponding author email: panurit.s@gmail.com
[3] สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ Corresponding author email: panurit.s@gmail.com

differences at .05, and 5) adaptation and psychological well-being could jointly predict self-care behavior of the elderly by 60.7 percent.

Keywords: Adaptation, Psychological Well-Being, Self-Care Behavior, Elderly

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2574 จะเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด" (Super Ageing Society) ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 28 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุจำนวน 13.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.53[1] และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลต่อการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ งบประมาณและคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายของภาครัฐในการดูแลผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีทั้งในด้านเบี้ยยังชีพและสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 รัฐบาลได้อนุมัติ “แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580)” จัดทำโดยกรมกิจการผู้สูงอายุ โดยมีวิสัยทัศน์ว่า “ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีหลักประกันมั่นคง เป็นพลังพัฒนาสังคม”[2] แผนดังกล่าวมีวัตถุประสงค์หลัก ได้แก่ เป็นแนวทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เพิ่มคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตในทุกมิติ และเตรียมพร้อมประชากรวัยทำงานก่อนเข้าสู่สังคมสูงวัยในอนาคต ประเทศไทยที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีอายุเฉลี่ยที่ยืนยาวมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของกลุ่มประชากรวัยสูงอายุได้นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับความเสื่อมถอยของร่างกาย อารมณ์ และความสามารถในการเข้าสังคม[3] ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นของระบบบริการสุขภาพและสังคม รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว เพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีแก่ผู้สูงอายุ

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นปัจจัยหลักในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย โดย Orem อธิบายว่า การดูแลตนเองคือกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติเพื่อประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งนี้การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องต้องอาศัยหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น ความรับผิดชอบต่อตนเอง แรงจูงใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของทั้งตนเอง ครอบครัว และชุมชน[4] จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาหลายด้านส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ สถานภาพสมรสที่เปลี่ยนแปลงจากการสูญเสียคู่ชีวิต, ปัญหาโรคประจำตัวซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ[5] โครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนไป โดยครอบครัวเดี่ยวอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยวขาดความอบอุ่นมากกว่าครอบครัวขยาย[6] ปัญหาด้านรายได้ซึ่งมักเกิดจากการเกษียณส่งผลให้รายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต รวมถึงระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการปรับตัว โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงมักปรับตัวได้ดีกว่า[7] ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมปัจจุบัน

การปรับตัว หมายถึง ความพยายามของบุคคลในการปรับพฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านบุคลิกภาพ ความต้องการ หรืออารมณ์ การศึกษาของ Andrews และ Roy ชี้ให้เห็นว่าสุขภาพของบุคคลเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการปรับตัวซึ่งเกิด

จากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม โดยการปรับตัวที่เหมาะสมจะช่วยรักษาสมดุลของระบบร่างกายและจิตใจ และสามารถจำแนกผลลัพธ์ออกเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หากสามารถปรับตัวได้ดี ก็จะส่งผลให้สุขภาพโดยรวมของบุคคล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ มีความมั่นคงทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม[8]

สุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ หมายถึง สภาวะความรู้สึกหรืออารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์หรือประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต รวมถึงทั้งความรู้สึกในด้านบวก เช่น ความสุข ความพึงพอใจ และด้านลบ เช่น ความเศร้า ความเครียด[9] ในปัจจุบัน ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญกับการถูกทอดทิ้งจากครอบครัว ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยทางเศรษฐกิจหรือปัญหาสังคมอื่น ๆ ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดและสุขภาพจิตที่ถดถอย ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ แม้ว่าผู้สูงอายุจะเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของสังคม แต่ปัญหาทางจิตใจที่ไม่ได้รับการดูแลอาจทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ทฤษฎีของ Ryff ชี้ให้เห็นว่า สุขภาวะจิตใจที่ดีควรประกอบด้วยความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรให้ความสำคัญอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ[10]

ดังนั้นจากความสำคัญเหล่านี้ ทำให้มองเห็นถึงสภาพของปัญหาของผู้สูงอายุ จึงส่งผลให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา การปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ เพื่อเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในปัจจุบันภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกในด้านต่าง ๆ ที่สามารถส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนในสังคมที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไป โดยในการศึกษาครั้งนี้ จะมุ่งเน้นศึกษาในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายของปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยต้องศึกษาเพื่อหวังว่าจะเป็นข้อมูลที่จะช่วยในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในลำดับต่อไป ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว สังคมและชุมชนได้อย่างผาสุก จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีในงานวิจัยนี้ การปรับตัว[8] (Andrew & Roy, 1986) สุขภาวะทางจิตใจ[11] และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ[4]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อการศึกษาระดับการปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การปรับตัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุ
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สุขภาวะทางจิตใจ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุ
5. เพื่อศึกษาอิทธิพลของการปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ ณ เขตเทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี จำนวน 1,920 คน (สำนักทะเบียนท้องถิ่นเทศบาลเขาพระงาม, 2565)
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการคำนวณทางสถิติ ของ Yamane ที่ระดับความ

เชื่อมั่นร้อยละ 95 สำหรับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 จึงขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 332 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งเป็นชั้นภูมิ (Stratified Sampling random) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นตามหมู่บ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ (ในที่นี้จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 10 หมู่) และมีวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของหมู่บ้าน

3. หลังจากได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละหมู่แล้ว ได้ใช้เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ ณ เขตเทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี โดยมีเกณฑ์ต่าง ๆ ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้าอาสาสมัคร (Inclusion criteria), เกณฑ์การคัดออกอาสาสมัคร (Exclusion criteria), เกณฑ์การถอนตัวอาสาสมัคร (Withdrawal criteria for individual participants) และเกณฑ์การยุติการวิจัย (Termination criteria for the whole research project)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ โดยแบบสอบถามดังกล่าวแบ่งออกเป็น 4 ตอน ซึ่งมีรายละเอียดในการวิจัย ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ ลักษณะของครอบครัว รายได้ ระดับการศึกษา และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นลักษณะคำถามเพื่อให้เลือกตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปรับตัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม รายงานการวิจัยต่างๆ โดยอาศัยกรอบแนวคิดของทฤษฎีการปรับตัวของ Roy[7] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ที่มี 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย โดยคะแนนค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อของแบบสอบถาม สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามสุขภาวะทางจิตใจ แบบวัดสุขภาวะทางจิตใจที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวัดที่ได้จากการทบทวนทฤษฎีสุขภาวะทางจิตใจของ Ryff[10] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ที่มี 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย โดยคะแนนค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อของแบบสอบถาม สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม รายงานการวิจัยต่างๆ โดยอาศัยกรอบแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมการดูแลตนเองของ Orem ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ที่มี 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย โดยคะแนนค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อของแบบสอบถาม สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หลังจากร่างแบบสอบถามแล้ว จะต้องมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเพื่อยืนยันว่าแบบสอบถามสามารถวัดสิ่งที่ต้องการวัดได้อย่างถูกต้องและให้ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกันการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแนวคิดและทฤษฎี เสนอคณะกรรมการที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของข้อคำถามในแต่ละข้อว่าตรงตามจุดมุ่งหมาย และสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่า IOC รายข้อ แบบสอบถามทั้งหมดมีค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 แล้วปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามในด้านภาษา และความชัดเจน เพื่อความ

เข้าใจได้ง่ายต่อการตอบแบบสอบถาม การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นโดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา จากนั้นทำการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา มาทำการทดสอบเพื่อหาความเชื่อมั่นกับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหญิงและชาย ที่พักอาศัยอยู่ นอกเขตเทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี จำนวน 30 คน (Try Out) เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าดังนี้ แบบสอบถามการปรับตัว เท่ากับ .921 แบบสอบถามสุขภาวะทางจิตใจ เท่ากับ .933 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ .919

การเก็บข้อมูลการวิจัย

1. เสนอขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2. ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยจะมีการขอหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตจากมหาวิทยาลัย ถึง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และนายกเทศบาลตำบลเขาพระงาม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการนำแบบสอบถามไปแจกให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตพื้นตำบลเขาพระงามพร้อมทั้งอธิบายชี้แจงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับงานวิจัยให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตัดสินใจในการที่จะเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครด้วยความสมัครใจอย่างแท้จริง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และอธิบายเรื่องแบบสอบถาม โดยใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 15 - 30 นาที หากผู้สูงอายุตัดสินใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร ผู้วิจัยจะนำแบบยินยอมและลงนามให้ผู้ที่สนใจเป็นอาสาสมัคร โดยให้ลงนามในแบบยินยอมอาสาสมัครสองชุดที่มีข้อความตรงกัน ทั้งได้ให้อาสาสมัครเก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งชุด และผู้วิจัยเก็บไว้อีกหนึ่งชุด

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นอาสาสมัครทำแบบสอบถามครบทุกข้อ หากท่านใดมีประสงค์ให้ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามหรืออธิบายให้ฟังผู้วิจัยจะช่วยเหลือในการทำแบบสอบถาม และอาสาสมัครทำการส่งคืนแก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามทุกฉบับทันที เมื่อเกิดความผิดพลาดผู้วิจัยจะให้อาสาสมัครแก้ไขแบบสอบถามเพื่อความถูกต้อง หลังจากนั้นรอรับและตรวจสอบอีกครั้ง

5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวบแบบสอบถาม พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ และนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์

6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบแล้วมาบันทึกคะแนน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการทำงานวิจัย ในการช่วยประมวลผลของการวิจัย โดยใช้สถิติในการวิจัย ดังต่อไปนี้ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง, เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว และภาวะสุขภาพ โดยใช้การทดสอบค่าทางสถิติ t-test, เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมโดยใช้การทดสอบค่าทางสถิติ F-test และทำการทดสอบรายคู่ด้วยวิธีการ LSD, การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เพื่อวิเคราะห์ การปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจ ที่ร่วมกันทำนายหรือพยากรณ์พฤติกรรมการ

ดูแลตนเอง และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการให้มีรหัส COA NO. COA66/18

ผลการวิจัย

การปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบล เขาพระงาม จังหวัดลพบุรี มีผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุ 60 - 69 ปี สถานภาพคู่ มีโรคประจำตัว อยู่กับคู่สมรส และบุตรหรือหลานเท่านั้น รายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่าย ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และเคยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 1 ครั้ง เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ผลวิเคราะห์การปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์การปรับตัวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.33, S.D. = 0.50) สุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.30, S.D. = 0.55) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.42, S.D. = 0.48)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่าง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่าง

พฤติกรรมการดูแลตนเองตาม ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	n	t	F	p-value	สรุปผล
เพศ	332	-5.319*		.001	แตกต่างกัน
อายุ	332		2.850*	.050	แตกต่างกัน
สถานภาพสมรส	332	2.666*		.008	แตกต่างกัน
ภาวะสุขภาพ	332	-11.331*		.001	แตกต่างกัน
ลักษณะของครอบครัว	332	.124*		.901	ไม่แตกต่างกัน
ลักษณะของรายได้	332		20.136*	.001	แตกต่างกัน
ระดับการศึกษา	332		3.226*	.041	แตกต่างกัน
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับกลุ่มผู้สูงอายุ	332		69.471*	.001	แตกต่างกัน

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่าง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ ลักษณะของรายได้ระดับการศึกษาและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และลักษณะของครอบครัวที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ(n = 332)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	r	p-value
การปรับตัว	.742*	.001
สุขภาวะทางจิตใจ	.744*	.001

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ พบว่า การปรับตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้สูงอายุ (r = .742) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสุขภาวะทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้สูงอายุ (r = .744) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแสดงอิทธิพลของการปรับตัว และสุขภาวะทางจิตใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแสดงอิทธิพลของการปรับตัว และสุขภาวะทางจิตใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (n = 332)

ตัวแปรอิสระ		B	Std. Error	Beta	t	p-value
ค่าคงที่		1.178	.147		8.039*	.001
การปรับตัว		.387	.058	.402	6.683*	.001
สุขภาวะทางจิตใจ		.365	.053	.415	6.891*	.001

F = 254.288***, p-value (Sig.) = .001 และ R^2= 0.607 (60.7%)

* หมายถึง มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแสดงอิทธิพลของการปรับตัวและสุขภาวะทางจิตใจ พบว่า การปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจ มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 60.7

โดยมีสมการทำนายคะแนนดิบ ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเอง = 1.178 (ค่าคงที่) + 0.387 (การปรับตัว) + 0.365 (สุขภาวะทางจิตใจ)

โดยมีสมการทำนายคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.402 (การปรับตัว) + 0.415 (สุขภาวะทางจิตใจ)

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยครั้งนี้ศึกษาการปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี จากผลการวิจัยข้างต้นสามารถอภิปรายโดยแบ่งเป็นประเด็นได้ดังต่อไปนี้

การปรับตัวของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.33) เนื่องจากผู้สูงอายุในพื้นที่มีการปรับตัวที่ดีสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตและ

ความท้าทายที่เกิดขึ้นในช่วงวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงความสามารถในการยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ การหาทางออกที่สร้างสรรค์ และการพัฒนาทักษะในการจัดการอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัยนันท์ ปัญญาวุทโส และคณะ กล่าวว่า แรงจูงใจในการทำงานที่ส่งผลต่อ ความภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ คือ ความต้องการเป็นที่ยอมรับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความภาคภูมิในการทำงานตนเองของผู้อายุ อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งบ่งชี้ว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุในพื้นที่นี้มีความต้องการเป็นที่ยอมรับในการทำงานเพื่อตนเองรู้สึกถึงการมีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม[12]

สุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง($\bar{X}$ = 4.30) เนื่องจากผู้สูงอายุในพื้นที่มีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีและสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับความเครียด ความวิตกกังวล และความท้าทายที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดี มีความสามารถในการปรับตัวและยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีความสุข สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์และคณะ พบว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่าสุขภาพจิตที่สูงแสดงให้เห็นถึงระดับสุขภาวะทางจิตใจที่ดีในผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลมาจากหลายปัจจัย เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาวะทางจิตที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองและมีชีวิตที่มีคุณภาพมากขึ้น[13]

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.42) เนื่องจากผู้สูงอายุในพื้นที่นี้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะการดูแลด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่าง การเดินหรือยืดกล้ามเนื้อช่วยเสริมความแข็งแรงของกระดูก กล้ามเนื้อและลดความเสี่ยงของโรคต่างๆ เช่น โรคกระดูกพรุนและโรคหัวใจ การออกกำลังกายยังส่งผลดีต่อความยืดหยุ่นและการเคลื่อนไหวของร่างกายในผู้สูงอายุ ทำให้มีสุขภาพโดยรวมที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ รณกร เส็งสอนและคณะ พบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกที่มีความสุข มักเห็นคุณค่าในตนเองและมีอารมณ์แจ่มใสจากการใช้เวลาว่างอย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว โดยการสนับสนุนจากชุมชนและครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ[14]

เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า เพศมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยผู้หญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเกิดจากความใส่ใจต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุขประเสริฐ ทับสี พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเอง คือ การทำให้ตนเองมีความสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข[15]

ผลการวิจัยพบว่า อายุของผู้สูงอายุส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่แตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 80-99 ปี เนื่องจากผู้สูงอายุมีอายุ 60-69 ปี อาจเนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น จึงมีความเสื่อมของร่างกายและสมองที่เพิ่มขึ้นตามวัย ประสบการณ์ด้านสุขภาพที่ไม่เท่ากัน ระดับการพึ่งพาผู้อื่น และทัศนคติที่มีต่อการดูแลสุขภาพล้วนส่งผลให้เกิดความแตกต่างในพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัย

ของ ศิริลักษณ์ อ่วมจันทร์ และราเชนทร์ นพณัฐวงศกร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านอายุที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกัน โดยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาพรวม อยู่ในระดับสูง[16]

ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อาจเนื่องจากกลุ่มสถานภาพคู่นั้นมีคู่ครองคอยช่วยกันคิดและวางแผนการดำเนินชีวิตและการดูแลตนเอง ทั้งในเรื่องการปรึกษาปัญหาและการช่วยกันแก้ไขปัญหา ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มสถานภาพเดี่ยวจะมีชีวิตที่ค่อนข้างอิสระ อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นคงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทุกสถานภาพที่ต่างกันทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมที่แตกต่างกัน ความพึงพอใจในชีวิตก็แตกต่างกันไปด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ นพดล ทองอร่าม และคณะ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล ควบคู่ไปกับการให้ความรู้ ปรับทัศนคติและการรับรู้ที่ถูกต้อง โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน[17]

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องมาจากผู้สูงอายุในพื้นที่มีกิจกรรมที่ทำค่อยดูแลสุขภาพในเรื่องของการรักษาน้ำหนัก การเลือกทานอาหารที่ดี การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง อีกทั้งการบริการด้านสาธารณสุขในชุมชนที่เข้มแข็ง ที่มักมีการสนับสนุนจากทางภาครัฐให้แก่ประชาชนในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Zhiyang Cong พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านโรคประจำตัวที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยทางจิตใจ สังคม และครอบครัว ความสามารถในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นกับสุขภาพร่างกายเพียงอย่างเดียว[18]

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะของครอบครัวไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนในการดูแลตนเองเป็นอย่างดี จึงทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพในด้านต่างๆ ให้ตนเองอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ วัลภา บูรณกลัศ พบว่า ลักษณะของครอบครัว อาจไม่ใช้ปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้นได้ แต่มาจากการมีปัจจัยอื่น ด้านครอบครัวที่เป็นส่วนทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น อาทิเช่น ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ความสุขของผู้สูงอายุ เป็นต้น[19]

ผลการวิจัยพบว่า รายได้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากกลุ่มรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย สามารถเลือกวิธีดูแลตนเองได้อิสระกว่า และรวมถึงโอกาสในการเข้าถึงบริการหรือของอุปโภคบริโภคได้มากกว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มรายได้เท่ากับค่าใช้จ่ายและรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับงานวิจัยของ นพดล ทองอร่าม และคณะ พบว่า รายได้ของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายต่างๆ หรือรายรับที่ต่างกัน ส่งผลต่อวิธีการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ[17]

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากระดับการศึกษาให้โอกาสต่างๆ ในชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละคน ยิ่งมีระดับการศึกษาในระดับที่สูงโอกาสทางสังคมก็ยิ่งมีมาก การศึกษาอาจช่วยให้เข้าใจเรื่องการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องได้อย่างเหมาะสมหรือการมีการศึกษาที่สูงทำให้ผู้สูงอายุอาจได้รับการยกย่องและให้เกียรติในบางสังคม การศึกษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ สังคมอาจไม่ได้วัดบุคคลจากความฉลาด แต่การศึกษาทำให้เรามี

หลักการในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรียาภรณ์ ตั้งเพียร ทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันมีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ศึกษาจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจานวน 304 คน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันมีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน[18]

ผลการวิจัยพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อย ๆ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในกิจกรรมทางสังคมช่วยลดความเหงาและเพิ่มความรู้สึกของการมีคุณค่าในชีวิต ซึ่งส่งผลดีต่อทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้สูงอายุ มีการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเดิม สอดคล้องกับงานวิจัยของ เพชรีย์ กุณาละสิริ (2564) พบว่า การมีแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการเข้าร่วมกิจกรรม หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ส่งในเชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01[19]

ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัว และสุขภาวะทางจิตใจ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า การปรับตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01) แสดงว่า ผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวได้ดีมักจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น การปรับตัวที่ดีช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับความเครียดและความท้าทายในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้พวกเขามีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีขึ้น และสามารถดูแลสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น เช่น การทานอาหารที่มีประโยชน์ การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ หรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Liu ระบุว่า การปรับตัวที่ดีช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยรวม (Liu, 2019) และ Pongthavornkamol พบว่า การปรับตัวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองทางอ้อมผ่านแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น การส่งเสริมการปรับตัวร่วมกับการสร้างเครือข่ายสังคมที่ดี จึงเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน[20]

ผลการวิจัยพบว่า สุขภาวะทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01) แสดงให้เห็นว่า สุขภาวะทางจิตใจสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้และสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Greenfield & Rogers กล่าวว่า สุขภาวะทางจิตใจเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุและสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Greenfield & Rogers, 2018) และ Yanardağ, Özer & Özmen ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุจำนวน 394 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สูงกว่าจะแสดงระดับสุขภาวะทางจิตใจที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางของพฤติกรรมการดูแลตนเองและสุขภาวะทางจิตใจ กล่าวคือ การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอาจนำไปสู่คุณภาพชีวิตทางจิตใจที่ดีขึ้นในผู้สูงอายุอีกด้วย[21]

อิทธิพลของการปรับตัว และสุขภาวะทางจิตใจที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า การปรับตัว และสุขภาวะทางจิตใจ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ทั้งสองปัจจัยมีผลต่อการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถ

อธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่ดีจะช่วยให้พวกเขาสามารถจัดการกับความเครียดและความท้าทายในชีวิตได้ดีขึ้น ส่งผลให้พวกเขามีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย ทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ สุขภาวะทางจิตใจที่ดียังช่วยเสริมสร้างทัศนคติและความสามารถในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Liu ที่พบว่า การปรับตัวที่ดีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าเมื่อผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ดีในชีวิตประจำวันและมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี พวกเขามีความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้ดียิ่งขึ้นซึ่งช่วยเสริมสร้างสุขภาวะและคุณภาพชีวิตในที่สุด[22] ในส่วนของ สุขภาวะทางจิตใจ มีงานวิจัยที่สอดคล้องของ Greenfield & Rogers ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้นทั้งในด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ การออกกำลังกาย และการรักษาสุขอนามัยในชีวิตประจำวัน[23] แสดงให้เห็นถึงการมีสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุและยังช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง นำไปสู่คุณภาพชีวิตทางจิตใจที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลวิจัยการปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี นำเสนอข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งนี้และข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไปได้ดังนี้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ผลวิจัยพบว่าปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ รายได้ ระดับการศึกษา และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเขาพระงามที่แตกต่างกัน ดังนั้นเทศบาลควรมีบทบาทในการให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อสร้างความตระหนักรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางกาย อารมณ์ และบทบาทในสังคม เช่น ผลวิจัยพบว่าเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต่ำกว่า ควรมีการกระตุ้นหรือชักชวนให้เพศชายหันมาสนใจการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น ผลวิจัยพบว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต่ำกว่า ควรมีการส่งเสริมทักษะการประเมินโรคต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถสังเกตอาการของตนเองได้อย่างถูกต้อง และผลวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าจำนวน 1 ครั้งมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สูงกว่ากลุ่มอื่น ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ออกมาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยเทศบาลสามารถจัดโครงการต่าง ๆ เพื่อเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรม เช่น โครงการให้ความรู้ด้านสุขภาพหรือกิจกรรมเสริมสร้างทักษะอาชีพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรม เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมสูงวัยอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลวิจัยพบว่าการปรับตัวของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลเขาพระงาม มีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะด้านบทบาทหน้าที่ซึ่งมีอิทธิพลมากที่สุด ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคมที่อาจเปลี่ยนแปลงไป เพื่อช่วยให้เกิดการยอมรับตนเอง และส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจและยอมรับในบทบาทของผู้สูงอายุมากขึ้น และควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีทั้งในระดับครอบครัวและสังคม อันจะช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

3. ผลวิจัยพบว่าสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุมีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแล

ตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้นเทศบาลตำบลเขาพระงามจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการดูแลตัวเองเป็นแกนนำในการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มอื่นสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมและครอบครัวได้อย่างมีความสุขด้วยการยอมรับสภาพของตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาการปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเปรียบเทียบหรือจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ที่มีสภาพแวดล้อมต่างกัน เพื่อผลการศึกษาจะสามารถใช้เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแลของผู้สูงอายุให้ได้อย่างมีประสิทธิผลและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและพฤติกรรมการปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุต่อไป

3. การศึกษาในครั้งต่อไปอาจขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ เช่น ในเขตเมืองหรือชนบทที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว สุขภาวะทางจิตใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนภาพรวมของกลุ่มผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2567). เล่มรายงานประจำปี สำนักอนามัยผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2567. กระทรวงสาธารณสุข.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580). กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
3. กันยา สุวรรณแสง. (2544). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: รวมสาส์น จำกัด.
4. Orem. (2001). Nursing concepts of practices. 5 ed. St,Louis.
5. ประเวศ วะสี และคณะ. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.
6. สุพัตรา สุภาพ. (2541). สังคมไทยและวัฒนธรรมไทย: ค่านิยม: ครอบครัว: ศาสนา: ประเพณี. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
7. กุลธิดา พานิชกุล และอติพร สำราญบัว. (2536). การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย. นครราชสีมา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา.
8. Andrew, H.A., and C. Roy. (1991). The Roy adaptation model: The definitive state. Norwalk: Appleton and Lange.
9. Bradburn, N. and Caplovitz, D. (1965). Reports of happiness. Chicago : Aldine.
10. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology.
11. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well being. Journal of Personality and Social Psychology.
12. ชัยนันท์ ปัญญาวุทโส และคณะ. (2567). แรงจูงใจในการทำงานที่ส่งผลต่อความภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ ในชุมชนธารโต จังหวัดยะลา ประเทศไทย. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 16.
13. ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์ และคณะ. (2563). สุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในหมู่บ้านนางแลในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE Vol. 31 No. 2 July - December 2020.

14. รณกร เส็งสอน. (2563). พฤติกรรมการใช้เวลาว่างและสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดนครนายก. ปริญญานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการกีฬาและนันทนาการ คณะพลศึกษา กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
15. สุขประเสริฐ ทับสี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.
16. ศิริลักษณ์ อ่วมจันทร์ และราเชนทร์ นพณัฐวงศกร (2568). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสถาบันวิจัยพิมลธรรม, 12(1), 151–168.
17. นพดล ทองอร่าม , กนกพร สมพร, ดาราวรรณ เอี่ยมสุดใจ, สิรินยา บุญญาธิการ (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลบางพรม อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม.
18. Zhiyang Cong, Mingshu Huo, Xing Jiang, Hongyu Yu (2024). Factors associated with the level of self-management in elderly patients with chronic diseases: A pathway analysis. Journal/Source, (Volume), pages. Retrieved from PubMed.
19. เพชรีย์ กุณาละสิริ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลโรงพยาบาลบำราศนราดูร, 33(2), 152–165.
20. Pongthavornkamol, K., Suksatan, W., Sarabanchong, W., & Ramasoota, P. (2023). Factors associated with adaptation level in older adult residential care facilities: A path analysis. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 16, 2973–2983
21. Yanardağ, M. Z., Özer, Ö., & Özmen, S. (2021). Investigating Self-Care Agency and Well-Being of Elderly People. Social work in public health, 36(4), 496–508. https://doi.org/10.1080/19371918.2021.1915908Coleman E., (1981). The developmental stages of the coming out process. Journal of Homosexuality.
22. Liu, J., Wang, S., & Zhang, X. (2019***).*** The role of psychological adaptation in promoting self-care behavior among older adults. Journal of Aging and Health, 31(5), 873-888.
23. Greenfield, E. A., & Rogers, R. G. (2018). Psychological well-being and self-care behaviors: A study of older adults. The Journal of Gerontological Social Work, 61(7), 706-723.

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชื่นชม

Development of guidelines for the care of Sepsis patients at emergency and forensic nursing department, Chuenchom Hospital.

(Received: September 23,2025 ; Revised: September 27,2025 ; Accepted: September 29,2025)

ฐิติรัตน์ สมยอ[1] รุ่งทิวา ขันธมูล[1] สุดารัตน์ หงษ์สีทอง[1]
Thitirat Somyo[1] Rungtiwa Khantamoon[1] Sudarat hongsitong[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชื่นชม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน และสหวิชาชีพ จำนวน 22 คน รวม 37 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงใน 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ที่มาด้วยอาการ ไข้ ซึม สับสน, ผู้สูงอายุ ≥ 60 ปี และ ผู้ที่มีโรคประจำตัวและมีไข้ ทุกราย โดยใช้เครื่องมือในการคัดกรอง 2 อย่าง ดังนี้ SIRS หรือ qSOFA และ 2 S-NEWs ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองถ้าคะแนน S-NEWs ≥ 5 คะแนน หรือ Blood lactate ≥ 4 ส่งผู้ป่วยเข้ารับการดูแลที่ ER ตามแนวทาง sepsis fast track ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการออกไม่เกิน 30 นาที 5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะได้รับการพิจารณาและแก้ไขก่อนadmit ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วย Sepsis ทุกรายที่ ER เจาะ Blood lactate ชั่วโมงที่ 0 และ 3 การให้สารน้ำยึดหลักตาม Protocol ของจังหวัดมหาสารคาม คือ RLS 30 ml/Kg./hr. กรณีมีข้อห้ามขึ้นอยู่กับดุลย์พินิจของแพทย์ ลงทะเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผ่านช่องทาง QR code Sepsis รพช. หรือ QR code Sepsis Refer. ของจังหวัดมหาสารคาม และทบทวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่หน้างานประจำแผนกทุกวัน ส่วนรายที่ยุ่งยากซับซ้อนหรือเสียชีวิต ทบทวนในเวที PCT

คำสำคัญ : ติดเชื้อในกระแสเลือด

ABSTRACT

This research is an action research. The objective is to develop a guideline for caring for patients with bloodstream infections, emergency and forensic nursing work at Chomchom Hospital. The sample consisted of 15 professional nurses and 22 interdisciplinary professionals, totaling 37 people. Data were collected from questionnaires and analyzed using descriptive statistics.

The research results found that screening of at-risk patients in 3 groups: those presenting with fever, lethargy, confusion, elderly ≥ 60 years, and those with underlying diseases and fever, all cases were done using 2 screening tools: SIRS or qSOFA and 2 S-NEWs. Screened patients, if the S-NEWs score was ≥ 5 points or the blood lactate was ≥ 4, were sent to the ER according to the sepsis fast track guidelines. Laboratory test results were available within 30 minutes. 5) Laboratory test results were reviewed and revised before admission. Electrocardiograms were performed on all sepsis patients in the ER. Blood lactate was drawn at hours 0 and 3. Fluid administration was based on the Maha Sarakham Provincial Protocol, which was RLS 30 ml/Kg./hr. Contraindications were at the physician's discretion. Patients with bloodstream infections were registered via the Provincial Sepsis QR code or the Maha Sarakham Provincial Sepsis Refer. QR code. The care of patients with severe bloodstream infections was reviewed at the department office daily. As for complicated cases or deaths, review them at the PCT forum.

Keyword: Sepsis

---

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจากการตอบสนองที่รุนแรงและควบคุมไม่ได้ของร่างกายต่อการติดเชื้อ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของอวัยวะต่างๆทั่วร่างกาย และนำไปสู่ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ ส่งผลให้อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Severe sepsis หรือ septic shock) ส่งผลให้เสียชีวิตในที่สุด เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของโลก จากรายงานในช่วงปี ค.ศ. 1990 ถึง ปี ค.ศ. 2017 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกมีจำนวน 48.9 ล้านคน และมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตมากกว่า 11 ล้านคน ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดนับว่าเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขทั้งของประเทศไทยและทั่วโลก ทำให้อุบัติการณ์การเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น อัตราการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เป็นต้น[1]

การจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่ ปี ค.ศ.2004 เรื่อยมา โดยฉบับล่าสุดคือ ปี ค.ศ. 2021 โดยกำหนดให้แนวปฏิบัติการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดภายใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) ได้แก่ 1. การประเมินค่าแลคเตทในเลือด 2. การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อจุลชีพก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 3. การดูแลและการให้ยาปฏิชีวนะออกฤทธิ์อย่างกว้าง 4. การดูแลให้ได้รับสารน้ำชนิดคริสตอลอยด์ 30 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม หากพบว่ามีภาวะความดันโลหิตต่ำ (ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย < 65 mmHg) หรือค่าแลคเตทในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 มิลลิโมลต่อลิตร และ 5. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด (vasopressor) ใช้ยานอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) เป็นชนิดแรกและติดตามค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ≥ 65mmHg. ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนต้องการการตอบสนองที่รวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำและมีประสิทธิภาพ จากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน[2]

พยาบาล มีบทบาทสำคัญในการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแส ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติแนวปฏิบัติการรณรงค์ให้รอดชีวิตจากภาวะติดเชื้อ ในด้านการคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, การจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และการจัดการภาวะช็อคจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด[2]

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาลชื่นชม 3 ปีย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2565 -2567 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Severe sepsis/Septic shock) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จำนวน 25, 47 และ 58 รายตามลำดับ 2) อัตราการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ร้อยละ 97, 100, 98 (เป้าหมายร้อยละ 100) 3) อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 100, 95.74 และ 91.18 ตามลำดับ (เป้าหมายร้อยละ 100) 4) อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg (1,500 cc. สำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชั่วโมงแรก (กรณีไม่มีข้อห้าม) ร้อยละ 100, 97.48 และ 100 ตามลำดับ (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 100) และ 6) มีการทบทวนเคสผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ จำนวน 16 ราย จากจำนวนผู้ป่วยส่งต่อทั้งหมด 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 นอกจากนี้จากการรวบรวมข้อมูล ในปีงบประมาณ 2567 ที่ผ่านมาพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงมีภาวะวิกฤติต่อชีวิต พบภาวะ Septic shock ร้อยละ 25 และภาวะ Respiratory failure ร้อยละ 18.75 และพบว่า มีผู้ป่วย 1 ราย แม้จะไม่เข้าเกณฑ์เสียชีวิตจาก Sepsis เนื่องจากเป็นผู้ป่วย Palliative care ได้เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากส่งต่อรพ.แม่ข่ายแล้วญาติขอกลับบ้าน รวมถึงพบว่า มีผู้ป่วยที่ admit

เข้าไปที่ตึกผู้ป่วยใน แล้วมีอาการทรุดลงจำเป็นต้องส่งต่อ จำนวน 2 ราย[3]

จากสถานการณ์ของโรงพยาบาลชื่นชมดังที่ได้กล่าวมา ถึงแม้จะมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง มีการพัฒนาแนวปฏิบัติและองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะติด ติดเชื้อในกระแสเลือด แต่ก็ยังพบปัญหาและอุปสรรคทำให้ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การศึกษานี้จึงอาศัยกรอบแนวคิดการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับแนวคิดการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ปี ค.ศ. 2021[2] โดยได้กำหนดให้แนวปฏิบัติการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดภายใน 1 ชั่วโมง โดยหวังว่างานวิจัยนี้ จะช่วยยกระดับความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้ป่วยในที่สุด ลดภาวะแทรกซ้อนและลดการเสียชีวิตในที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชื่นชม ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์โรคติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชื่นชม
2. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชื่นชม
3. ประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของเคมมิส (Kemmis, S. & Mc.Taggart, R., 2005) ร่วมกับแนวปฏิบัติการจัดการภาวะติดเชื้อในกระเลือดฉบับล่าสุด คือ ปี ค.ศ. 2021 (Surviving Sepsis Campaign ; SSC 2021) (Evans et al., 2021) โดยระบุแนวปฏิบัติว่า ควรจัดการภายใน 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) ดูแลให้ผู้ป่วยเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อจุลชีพ ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 2) ดูแลและให้ยาปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์อย่างกว้าง หากสงสัยหรือวินิจฉัยบ่งชี้ว่ามีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และ/หรือ มีภาวะช็อคร่วมด้วย ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง หากไม่มีภาวะช็อคร่วมด้วย ควรดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 3 ชั่วโมง 3) การเจาะเลือดเพื่อหาค่าแลคเตทในเลือด 4) ดูแลให้สารน้ำชนิดคริสตอลลอยด์ 30 mL/kg ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำ (ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย < 65 mmHg) หรือค่าแลคเตทมากกว่า 4 มิลลิโมล/ลิตรภายใน 3 ชั่วโมง 5) ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด (vasopressor) ใช้ยา norepinephrine เป็นชนิด แรกและควรติดตามค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ≥ 65 mmHg.

การดำเนินวิจัยมี 2 วงรอบ แต่ละวงรอบมี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การวางแผน (Plan) ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (act) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตและเก็บข้อมูล (Observation) ขั้นที่ 4 การประเมินและปรับปรุง (Reflect) วิเคราะห์ผลลัพธ์จากกิจกรรม พิจารณาจุดแข็ง-จุดอ่อน ปรับปรุงแผนหรือแนวทางใหม่ให้เหมาะสม วิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนปรับปรุงในวงรอบที่ 2 ต่อไป โดยขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 – 30 กันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 3 เดือน และ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินวิจัย ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2568 รวมระยะ 9 เดือน รวมระยะเวลาดำเนินการวิจัยทั้งสิ้นเป็นเวลา 1 ปี

พื้นที่วิจัย

เลือกพื้นที่ดำเนินการวิจัยแบบเจาะจง คือ โรงพยาบาลชื่นชม โดยทำการศึกษาผู้ป่วยในเขตพื้นที่อำเภอชื่นชม ครอบคลุมเขตพื้นที่ 4 ตำบล 47 หมู่บ้าน ที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชื่นชม

ผู้ร่วมวิจัย

มีผู้ร่วมวิจัย (Participant) เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 63 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Severe sepsis/Septic shock) ที่เข้ารับการรักษาที่ห้อง อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชื่นชม ในช่วงระยะเวลา 1 ตุลาคม 2567 – 30 มิถุนายน 2568 จำนวน 26 คน 2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน 3) สหวิชาชีพ จำนวน 22 คน

เครื่องมือในการวิจัย

ประกอบด้วย 1. แบบเก็บข้อมูลสถานการณ์โรคติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชื่นชม 2. แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 3. แบบสอบถามสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดความรู้ วัดก่อนและหลัง 3) แบบวัดความพึงพอใจ 4. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกการเสวนากลุ่มและการะดมสมองสะท้อนคิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามหลักการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation)

จริยธรรมในการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชื่นชม เลขที่ 04/2567 วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2567 -วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์โรคติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าเป็นผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงมากถึงร้อยละ 56.84 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 43.14 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 60 ปีขึ้นไปมากเกินครึ่งของจำนวนทั้งหมด มากถึงร้อยละ 52.01 รองลงมาคือช่วงอายุ 50-60 ปี และ 40-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 31 ตามลำดับ การวินิจฉัยพบว่ามีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ SIRS (มากที่สุดถึง ร้อยละ 69.75 และ Sepsis, Severe sepsis, Septic shock คิดเป็นร้อยละ 12.09, 9.67 และ 8.46 ตามลำดับ สาเหตุของโรคที่พบ คือ Pneumonia, AGE, AFI และ UTI คิดเป็นร้อยละ 47.58, 9.27, 4.43 และ 4.43 ตามลำดับ และพบในโรคอื่นๆมากถึง ร้อยละ34.27 อาทิ เช่น Diarrhea, DF, DHF, Influenza, cellulitis และ Pyelonephritis เป็นต้น ผู้ป่วยได้รับการ admit มากถึงร้อยละ 77.82 ได้รับการส่งตัวเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ร้อยละ 22.17 พบว่า ผลการรักษาได้จำหน่ายกลับบ้านเกือบทั้งหมด พบมากถึงร้อยละ 99.59 มีเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.40 ที่ส่งตัวไปรักษาต่อที่รพ.แม่ข่าย ญาติขอกลับบ้าน เนื่องจากเป็น case palliative care with ESRD with RS failure

2. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชื่นชม พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีช่วงอายุ 20 – 30 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นโสด มากถึงร้อยละ 80.00 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี มากถึงร้อยละ 93.33 ตำแหน่งข้าราชการ ร้อยละ 60 ลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ 40 มีประสบการณ์ทำงานอยู่ในช่วงเวลา 3-5 ปี มากที่สุดถึง ร้อยละ 40 รองลงมาคือ 5-10 ปี ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่ปฏิบัติการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 40.00 โดยปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เป็นส่วนใหญ่ คิด

เป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาคือ แผนกอื่นๆ ร้อยละ 26.66 และแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 20.00 ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเฉพาะทางด้านอายุรกรรมหรือดารดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มากถึงร้อยละ 66.66 มีเพียงร้อยละ 33.33 ที่เคยผ่านการอบรม โดยส่วนใหญ่เข้าอบรมระยะเวลา 1-5 วัน 26.66 มีเพียงร้อยละ 13.33 ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 4 เดือน ทุกคนมีแหล่งความรู้ที่ได้มาจาก การปฐมนิเทศ และการอบรมประชุม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาได้จากการปฏิบัติงานในแผนก คิดเป็นร้อยละ 93.37 ประเมินภาพรวมความรู้ตามลำดับ พบว่า อยู่ในระดับปานกลางมากถึงร้อยละ 46.66 ระดับดีร้อยละ 33.33 และระดับพอใช้ 20.00 โดยส่วนใหญ่มากถึง ร้อยละ93.33 ต้องการพัฒนาความรู้

3. หลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น เมื่อเปียบเทียบกับค่าเป้าหมายตามเกณฑ์ตัวชี้วัดตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข พบผลลัพธ์ในการดำเนินงานเป็นไปในแนวโน้มที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้ การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ด้วย sepsis screening tools อย่างน้อย 2 ชนิด ครอบคลุมร้อยละ 100, มีการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Sepsis Protocol) ครบถ้วนร้อยละ 100, ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงวิกฤต (blood lactate ชั่วโมงที่ 0 > 2 mmol/L) เกือบทั้งหมด ได้รับการดูแลแบบวิกฤตด้วย sepsis fast track ภายใน 1 ชั่วโมงแรก (1-hour Sepsis bundle) มากถึงร้อยละ 96.15 มีเพียง 1 ราย ที่ไม่ได้รับการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic, ในส่วนของการจัดการด้านอื่น การได้รับการเจาะ blood lactate ชั่วโมงที่ 0 และ 3 ชั่วโมง, การได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย , การได้รับสารน้ำอย่างน้อย 30 ml/kg (1,500 cc) ใน 1 ชั่วโมงแรกหลังการวินิจฉัยในกลุ่ม sever sepsis/septic shock และการได้รับ vasopressor เพื่อพยุงระบบไหลเวียนและติดตามค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ≥ 65mmHg ครอบคลุม ร้อยละ 100 ในส่วนของการทบทวนการดูแลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและในรายที่เสียชีวิต ภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังการส่งต่อ (Severe sepsis/Septic shock/Dead) ร้อยละ 75

4. ความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น

ตารางที่ 1 ความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น

คะแนน (45 คะแนน)	**N**	**ร้อยละ (Percentage)**	**ค่าเฉลี่ย (Mean)**	**ค่ามัธยฐาน (Median)**
ก่อนได้รับความรู้	15	64.14	28.86	28
หลังได้รับความรู้	15	81.85	30.53	31

จากการศึกษาความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น พบว่า พยาบาลวิชาชีพหลังได้รับความรู้จากการจัดอบรมมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ (Percentage) 81.85 คิดเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) 30.53 และค่ามัธยฐาน (Median) ที่ 31 คะแนน เพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับความรู้

5. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 ราย มีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.66 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนี้ 1) มีการระบุวัตถุประสงค์ชัดเจนในการนำแนวปฏิบัติไป

ใช้ ร้อยละ 93.33 2) มีการระบุกลุ่มเป้าหมายที่แนะนำให้ใช้แนวปฏิบัติอย่างชัดเจน ร้อยละ 93.33 3) มีการระบุขั้นตอนการใช้อย่างชัดเจน ร้อยละ 86.66 4) มีความสะดวกและง่ายในการใช้ ร้อยละ 93.33 5) มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน ร้อยละ 93.33 6) แนวปฏิบัติ/คำแนะนำที่ใช้ มีความจำเพาะชัดเจน ไม่คลุมเครือ ร้อยละ 80.00 7) สามารถแก้ไขปัญหาหรือเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการได้จริง ร้อยละ 93.33 8) ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ ร้อยละ 93.33 9) มีการกำหนดช่วงเวลาการทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ ร้อยละ 100 10) มีการระบุวิธีได้มาของคำแนะนำในแนวปฏิบัติฯ อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ร้อยละ 100

6. แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น จากการเก็บข้อมูลโดย การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม รวบรวมข้อมูลดังกล่าว นำเสนอแก่ผู้ร่วมวิจัยทั้งพยาบาลและสหวิชาชีพ ผ่านเวทีการประชุมระดมสมองสะท้อนคิด ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชื่นชม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

6.1 แต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบมอบหมายหน้าที่ให้ชัดเจน

6.2 คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด ในกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ที่มาด้วยอาการ ไข้ ซึม สับสน กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุ ≥ 60 ปี และ กลุ่มที่ 3 ผู้ที่มีโรคประจำตัวและมีไข้ ทุกราย (100%) โดยใช้เครื่องมือในการคัดกรอง (Sepsis screening tools) 2 อย่าง ดังนี้ 1) SIRS หรือ qSOFA และ 2) S-NEWs โดย พยาบาลคัดกรอง ทำการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในทุกจุดบริการของโรงพยาบาล (OPD/ER/NCD/กลุ่มเวช/กายภาพ/แผนไทย/ทันตะ และอื่นๆ) โดยใช้แบบคัดกรองตามแบบฟอร์ม Mahasarakham Sepsis Protocol สำหรับ รพช. และบันทึกผลการคัดกรองลงในเวชระเบียนทุกราย พร้อมกับรวบรวมผลการคัดกรองทุกวันศุกร์ ทุกหน่วยบริการส่งที่ผู้รับผิดชอบ (OPD) เพื่อรวบรวมผลการคัดกรองรายเดือน เสนอต่อคณะกรรมการ/ผู้บริหาร ต่อไป

6.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองแล้ว 1) ถ้า S-NEWs ≤ 4 ให้ติดคิวสีแดง ด่วน OPD พร้อมรายงานแพทย์ OPD ให้ได้รับการตรวจทันที 2) ถ้าคะแนน S-NEWs ≥ 5 คะแนน หรือ Blood lactate ≥ 4 ให้ส่งผู้ป่วยเข้ารับการดูแลที่ ER รายงานแพทย์ทันทีและดูแลตามแนวทาง sepsis fast track, IPD ให้รายงานแพทย์เวรทันที 3) กรณีนอกเวลาราชการ แพทย์ต้องมาตรวจคนไข้ด้วยตนเอง ไม่ให้ รคส. (ถ้าไม่ถึง 5 คะแนน อยู่ระหว่าง 4 คะแนน รคส.ได้)

6.4 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทุกราย ขอเป็นผลด่วนไม่เกิน 30 นาที โดยพยาบาลต้องดำเนินการทั้ง 2 อย่าง คือ 1) พยาบาลต้องบันทึกเลือก “ขอผลเลือดด่วน” ในการสั่งตรวจเลือดในระบบ Hos.xp. และ 2) โทรแจ้งห้องตรวจเลือดว่า“ขอผลด่วน” หรือ“Lab ด่วน Sepsis”

6.5 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทุกราย 1) แพทย์ต้องดูผลเลือดและแก้ไขก่อน admit หรือ 2) แพทย์ดูผล Lab ที่ ER แล้วมีคำสั่งให้ไปแก้ไขที่ตึกผู้ป่วยในต้องรับยาจากห้องยาเข้าไปพร้อมด้วยก่อน admit หรือ 3) ถ้าแพทย์พิจารณาแล้วให้ไปดูผลเลือดที่ตึกผู้ป่วยใน ให้พยาบาลตึกผู้ป่วยในรายงานผลกับแพทย์ท่านเดิม

6.6 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ในผู้ป่วย Sepsis ทุกรายที่ ER

6.7 การเจาะ Blood lactate เจาะชั่วโมงที่ 0 และ 3 ในกรณีเวรดึกจะจัดหาเครื่องตรวจ Blood lactate มาไว้ที่ ER หากที่ตึกผู้ป่วยในมีตรวจ ให้มาเอาเครื่องที่ ER ไปตรวจ และบันทึกผลการตรวจในทะเบียนของห้อง Lab ในเวรเช้าวันรุ่งขึ้นทางห้อง Lab จะเอาผล Lab ไปลงในระบบ

6.8 การให้สารน้ำ ให้ยึดหลักตาม Protocol ของจังหวัดมหาสารคาม คือ RLS 30 ml/Kg./hr. กรณีมีข้อห้าม ขึ้นอยู่กับดุลย์พินิจของแพทย์

6.9 ลงทะเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดผ่านช่องทาง QR code Sepsis รพช. หรือ QR code Sepsis Refer. ของจังหวัดมหาสารคาม

6.10 ทำการทบทวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง โดย IPD ทบทวนเคส Admit, ER ทบทวนเคส Refer ที่หน้างานประจำแผนกทุกวัน โดยการนำของหัวหน้าทีมพยาบาล และ/หรือร่วมกับแพทย์เวร และทบทวนเคสที่ยุ่งยาก ซับซ้อนหรือเคสเสียชีวิต ทุกเดือน ในเวที PCT

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดปัญหาจากปัจจัยหลายอย่าง ทั้งจากความรู้ของผู้ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วย แพทย์เวรประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีภาระงานมาก ในส่วนของพยาบาลขาดการประสานการดูแลระหว่างแพทย์และพยาบาล การเชื่อมโยงแผนการดูแลรักษาของแพทย์ พยาบาลและสหวิชาชีพยังขาดความสอดคล้อง การดูแลยังแยกส่วน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลล่าช้า ไม่ครอบคลุม และในหน่วยงานยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่เป็นรูปธรรมซึ่งการปฏิบัติที่หลากหลายและไม่เป็นระบบ ส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้การรักษาพยาบาล เช่น ทรุดลงส่งต่อ มีภาวะ Septic shock, ภาวะ Respiratory failure ทำให้ ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวเป็นเวลานานขึ้น โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้[4,5,6]

ข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชื่นชม พบว่า แนวทางที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งด้านการบริหารโรงพยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประกาศใช้ให้เป็นแนวทางที่ชัดเจน ผ่านการทบทวนและพิจารณาของคณะกรรมการทีมนำทางการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team; PCT) เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ถ่ายทอดไปยังทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง, ด้านบริการ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลตามแนวทางที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพมีมาตรฐานวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต และด้านวิชาการ เอกสารวิชาการสำหรับพยาบาลและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หรือผู้ที่สนใจ สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดทำเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย CQI เพื่อนำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลอื่น ในเครือข่ายจังหวัดมหาสารคามหรือในระดับเขตและระดับประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2020). Global report on the epidemiology and burden of sepsis: Current evidence, identifying gaps and future directions. World Health Organization.https://www.who.int/publications/i/item/9789240010789
2. Surviving Sepsis Campaign. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Medicine, 47, 1181–1247. https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y

3. กระทรวงสาธารณสุข. (2561). Inspection Guideline ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง. (อินเตอร์เน็ต). (เข้าเมื่อ 20 กันยายน 2567) เข้าถึงได้จาก http://203.157.229.18/inspec/2561/inspec1.
4. นิตยา สายทอง, & ชุติมา วงศ์สุภา. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลมุกดาหารโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 13(2), 101–113.
5. ประไพพรรณ ฉายรัตน์, & สุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล. (2560). ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(3), 30–42.
6. อรอุมา มะกรูดทอง, & จินตนา ดำเกลี้ยง. (2564). ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาล สงขลานครินทร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 41(3), 60–73.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การเปรียบเทียบผลความดันโลหิตและอัตราการเต้นหัวใจระหว่าง Propofol ร่วมกับ Ketamine (ketafol) และ Propofol ร่วมกับ ephedrine ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่: การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม

A comparison between propofol with ketamine (ketafol) and propofol with ephedrine for sedation on hemodynamic parameters in patients undergoing colonoscopy: a randomized controlled trial.

(Received: September 4,2025 ; Revised: September 16,2025 ; Accepted: September 21,2025)

ปิยวรรณ รัตนวรรณี[1]
Piyawan Rattanawannee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการระงับความรู้สึกในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ระหว่าง ระหว่าง Propofol ร่วมกับ Ketamine (PK) และ Propofol ร่วมกับ ephedrine (PE) เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบ randomized double blind controlled trial โดยใช้ parallel design ในผู้ป่วย 70 ราย ถูกสุ่มเข้ากลุ่ม PK จำนวน 35 ราย และกลุ่ม PE จำนวน 35 ราย เพื่อเปรียบเทียบผลความดันโลหิต (BP) และอัตราการเต้นหัวใจ (HR) ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยก่อนระงับความรู้สึก ระหว่างก่อนและหลังการระงับความรู้สึก สังเกตระดับของการระงับประสาท จดบันทึกสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นหัวใจ ปริมาณยาที่ใช้ ระยะเวลาที่ฟื้น อาการปวด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม PK จำนวน 35 ราย และกลุ่ม PE จำนวน 35 ราย ซึ่งไม่มีออกจากการศึกษา (Drop out) พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซีสโตลิก (SBP) ระหว่างกลุ่มหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) โดยมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.26 mmHg (95% CI 11.55 – 24.67) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโทลิก (DBP) ระหว่างและหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) โดยมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.42 mmHg (95% CI 11.55 – 24.67) และ 13.17 mmHg (95% CI 7.64 – 18.70) ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม อัตราการเต้นหัวใจแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกระยะเวลา ปริมาณยาระงับความรู้สึกทั้งหมดที่ใช้และคะแนนความเจ็บปวดในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ขณะที่ระยะเวลาการฟื้นไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.667) นอกจากนี้พบว่าภาวะแทรกซ้อนทั้งกลุ่ม PK และ PE มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจเต้นช้า

คำสำคัญ: ส่องกล้องลำไส้ใหญ่, การระงับความรู้สึก, ketamine, ephedrine, propofol

Abstract

This study aimed to investigate sedation efficacy during colonoscopy by comparing the combination of propofol with ketamine (PK) to propofol with ephedrine (PE). A randomized double-blind controlled trial with a parallel design was conducted in 70 patients. Participants were randomly assigned to the PK group (n = 35) or the PE group (n = 35). Blood pressure (BP) and heart rate (HR) were compared during sedation for colonoscopy at Kuchinarai Crown Prince Hospital, Kalasin Province. Baseline data were recorded before, during, and after sedation. The sedation level was assessed. Vital signs, total medication dosage, recovery time, pain scores, and complications were documented. Data collection used a researcher-developed tool.

[1] นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานห้องผ่าตัดและวิสัญญี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

The results showed that seventy patients were included (PK group, n = 35; PE group, n = 35) with no dropouts. After colonoscopy, the mean systolic blood pressure (SBP) differed significantly between groups (P < 0.001), with a mean difference of 18.26 mmHg (95% CI 11.55–24.67). The mean diastolic blood pressure (DBP) also showed significant differences both during (mean difference, 6.42 mmHg; 95% CI, 11.55–24.67) and after colonoscopy (mean difference, 13.17 mmHg; 95% CI, 7.64–18.70; both P < 0.001). Heart rate showed no significant differences at any time points. Sedative dosage and pain scores during colonoscopy differed significantly (P < 0.001), but recovery time showed no difference (P = 0.667). Complications (hypotension, hypertension, bradycardia) did not differ significantly between groups.

Keywords: colonoscopy, anesthesia, ketamine, ephedrine, propofol

บทนำ

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) เป็นวิธีการที่สามารถช่วยวินิจฉัย คัดกรอง รักษาโรค และเฝ้าระวังความผิดปกติของผู้ป่วยที่มีอาการหรืออาการแสดงของการทำงานของระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะลำไส้ โดยส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนปลาย เริ่มตั้งแต่ทวารหนัก ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ย้อนขึ้นไปจนถึงรูเปิดของลำไส้-เล็กส่วนปลาย[1, 2] การส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นหัตถการมาตรฐาน (Gold standard) ในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ช่วยในการตรวจพบรอยโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มและสามารถตัดชิ้นเนื้อเพื่อไปตรวจวินิจฉัยเพิ่มหรือหรือตัดเนื้องอกได้ทันที ซึ่งสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราการรักษาให้หายขาดได้มากยิ่งขึ้น[3]

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่อาจก่อให้เกิดความปวด รวมทั้งผู้ป่วยอึดอัดแน่นท้องไม่สุขสบาย และผู้ป่วยอาจเกิดความวิตกกังวลได้ การให้ยาระงับความรู้สึกจึงมีความจำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างมาก[5] เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ง่วงซึม และลดความรู้สึกตลอดกระบวนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และสามารถทำให้การทำหัตถการได้สำเร็จลุล่วง[4] ในการระงับความรู้สึกในการส่องกล่องลำไส้ใหญ่แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ minimal sedation moderate sedation deep sedation และ general anesthesia โดยการเลือกประเภทการระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยและสภาพของผู้ป่วย[2] ซึ่งการพิจารณาการใช้การระงับความรู้สึกสำหรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และการเลือกใช้ยาระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับดุลพินิจของวิสัญญีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยวิธีบริหารยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ ยาที่ใช้ควรเป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็ว มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือดและระบบการหายใจน้อย มีผลข้างเคียงต่ำ[6, 7]

Propofol เป็นยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำที่ไม่ละลายในน้ำแต่ละลายในไขมัน ส่งผลให้ยาออกฤทธิ์เร็วใช้เวลาในการออกฤทธิ์ประมาณ 40-50 วินาที และจะหมดฤทธิ์เร็ว เหมาะสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวหรือผู้ป่วยนอก นิยมใช้ระงับความรู้สึกสำหรับหัตถการส่องกล้องทางเดินอาหาร[7, 8] แต่อย่างไรก็ตาม ยา propofol ทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดลดลง มีผลให้ความดันโลหิตลดลงและกดการหายใจตามขนาดยาที่ใช้ ขณะที่ยา Ephedrine เป็นยากลุ่ม non-specific adrenergic stimulant ออกฤทธิ์กระตุ้นทั้งตัวรับเบต้าและแอลฟ่าอะดริเนอจิก ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัวและเพิ่มความดันโลหิต มีการศึกษาการใช้ ephedrine ร่วมกับ propofol มีผลลดการเกิดความดันโลหิตต่ำและหัวใจเต้นช้าในหัตถการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy)[9]

Ketamine เป็นยาระงับความรู้สึกที่ออกฤทธิ์ให้ผู้ป่วยสลบที่ใช้มาอย่างยาวนาน ออกฤทธิ์ที่

NMDA receptor เป็นยาที่ใช้ได้ง่ายอย่างปลอดภัย ออกฤทธิ์เร็ว สามารถระงับความรู้สึกผู้ป่วยได้ดีและมีฤทธิ์ระงับปวดได้ ยา Ketamine จะกระตุ้นอัตราการเต้นหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อาจทำให้เกิดฝันร้ายหรือประสาทหลอนได้ ถ้าใช้ ketamine ร่วมกับยาระงับความรู้สึก ทางหลอดเลือดดำชนิดอื่น เช่น benzodiazepine, narcrotic หรือ propofol จะมีผลทำให้การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและอัตราการเต้นหัวใจค่อนข้างคงที่ ลดฤทธิ์กดการหายใจของยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำชนิดอื่น[7, 10, 11]

ปัจจุบันโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ได้มีผู้ป่วยที่มาทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ปี 2566 ประมาณ 500 ราย ปี 2567 ประมาณ 1,000 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ การให้ยาระงับความรู้สึกจึงมีความจำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างมาก การระงับความรู้สึกที่ใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ คือ การระงับความรู้สึกด้วยวิธีบริหารยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ ยาที่ใช้ควรเป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็ว มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบ ไหลเวียนเลือดและระบบการหายใจน้อย มีผลข้างเคียงต่ำ[6] ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและอัตราการเต้นหัวใจในผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่โดยการให้ยา propofol ร่วมกับ ketamine (ketafol) และ propofol ร่วมกับ ephedrine ซึ่งยังไม่ได้มีผู้ศึกษาเปรียบเทียบมาก่อน เพื่อนำผลของการศึกษาไปพัฒนาการให้บริการการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ให้มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและอัตราการเต้นหัวใจในผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ระหว่างการให้ยา propofol ร่วมกับ ketamine (ketafol) และ propofol ร่วมกับ ephedrine

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาปริมาณยา propofol ที่ใช้ระยะเวลาฟื้นจากยา อาการปวด ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จากการระงับความรู้สึกที่เกิดขึ้น เช่น ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หัวใจเต้นช้า (Bradycardia) กระสับกระส่าย (Agitation) ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น (Airway obstruction) ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการส่องกล้อง

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมแบบ (Randomized double blinded controlled trial with a parallel design) เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจของผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2568 หลังจากผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (KLS.REC 208/2568) คำนวณขนาดตัวอย่างจากการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน คือ การศึกษาของ Nazemroaya et al. 2018[12] พบว่า กลุ่มที่ใช้ส่วนผสมของยา propofol กับ ketamine (ketofol) มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (mean arterial blood pressure (MAP)) ของผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เท่ากับ 91.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.30 และส่วนผสมยา propofol กับ fentanyl (fenofol) มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (mean arterial blood

pressure (MAP)) ของผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เท่ากับ 98.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.26 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับร้อยละ 80 และคิดเผื่อกรณีผู้ป่วยหายไป (drop out) ที่ร้อยละ 5 โดยใช้สูตร[13]

$$n_1 = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r}\right]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, \Delta = \mu_1 - \mu_2$$

ได้ผลการคำนวณตัวอย่างในการศึกษาอย่างน้อยกลุ่มละ 33 คน เพื่อป้องกันกรณีผู้ป่วยหายไป (drop out) ที่ร้อยละ 5 จึงได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษากลุ่มละ 35 คน รวมทั้งหมด 70 คน

การศึกษาครั้งนี้มีเกณฑ์คัดเข้าผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) ที่มีอายุ 18 – 70 ปี 2) มีผลการประเมิน ASA ในระดับ I – II โดย ASA I คือ ผู้ป่วยแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ และ ASA II คือ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ควบคุมอาการได้ดี ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โดยมีเกณฑ์คัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย 2) ประวัติแพ้ยาที่ใช้ในการศึกษา 3) โรคประจำตัวความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled hypertension) 4) โรคประจำตัวเกี่ยวกับ ไต ตับ หัวใจ และระบบทางเดินหายใจแบบรุนแรง 5) ความดันในกะโหลกศีรษะสูง 6) ลมชัก 7) ตั้งครรภ์ และ 8) มีค่าดัชนีมวลกาย > 30 kg/m^2 (Body Mass Index)

การทดลองแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 35 ราย กลุ่มที่ 1 propofol และ ketafol (PK) กลุ่มที่ 2 propofol และ ephedrine (PE) โดยใช้วิธีสุ่มด้วยคอมพิวเตอร์ ทั้งเลขที่และวิธีการรักษาของผู้ป่วยโดยปกปิดไว้ในซองจดหมายและถูกเปิดออกในเช้าวันที่ส่องกล้อง โดยวิสัญญีพยาบาลและเตรียมยาตามกลุ่มที่สุ่มได้ก่อน ที่ผู้ป่วยจะเริ่มการระงับความรู้สึกโดยผสมยากลุ่ม ketofol ดังนี้ ketamine 50 มก. (1 มล.), propofol 100 มก. (10 มล.) และน้ำเกลือ 9 มล. ส่วนกลุ่ม propofol และ ephedrine ผสม propofol 9.75 มก./มล. (19.5 มล.) และ ephedrine 0.75 มก./มล. (0.5 มล.) ซึ่งยาทั้งสองกลุ่มจะมีปริมาณ 20 มล. โดยแพทย์ผู้ส่องกล้องวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาลจะเป็นผู้ให้ยาระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ประเมินอาการที่ห้องพักฟื้น โดยที่ผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่จะไม่ทราบกลุ่มและชนิดของยา

ก่อนระงับความรู้สึกมีการบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI และค่าสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นหัวใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน โดยผู้ป่วยทุกรายจะได้รับออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาทีทางสายออกซิเจนทางจมูก(Nasal cannula) และยา fentanyl 1 mcg/kg ก่อนระงับความรู้สึก และมีการเฝ้าระวังสัญญาณชีพจนเสร็จการส่องกล้อง

วิสัญญีแพทย์เป็นผู้ให้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่ม PK จะได้ยา ketamine และ propofol เป็น bolus dose ส่วนผู้ป่วยกลุ่ม PE จะได้ยา propofol และ ephedrine จะได้ยา เป็น bolus dose จนได้ระดับความลึกของการระงับความรู้สึกจากการใช้ modified Observer's Assessment of Alertness/Sedation (MOAA/S) score เท่ากับ 1 ตลอดจนเสร็จการส่องกล้อง (MOAA/S scale 0-6: 6 คือ กระวนกระวาย, 5 คือ ตอบ สนองได้ดีต่อการเรียกชื่อในระดับเสียงปกติ, 4 คือ ตอบสนองอย่างเชื่องช้าต่อการเรียกชื่อในระดับเสียงปกติ, 3 คือ ตอบสนองต่อการเรียกชื่อได้แต่ต้องใช้ระดับเสียงดังกว่าปกติ หรือแบบซ้ำ ๆ , 2 คือ ตอบสนองต่อการกระตุ้นและเขย่า, 1 คือ ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น

และเขย่า, 0 คือ ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นเลย) และให้ซ้ำได้ทุก 1 นาที

หากเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้การระงับความรู้สึก เช่น ความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นช้า ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (ประเมินจากค่า SpO_2 น้อยกว่าร้อยละ 90) ภาวะหยุดหายใจเกิน 15 วินาที หรือหายใจช้าน้อยกว่า 8 ครั้งต่อนาที และภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆหลังจากให้การระงับความรู้สึก เช่น ภาวะคลื่นไส้อาเจียน ความง่วงซึม ฝันร้าย โดยมีการวางแผนการแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ หากมีการลดลงของความดันโลหิตต่ำมากกว่าร้อยละ 20 ของความดันโลหิตพื้นฐาน จะให้การรักษาโดยให้ยา ephedrine 6 mg ทางหลอดเลือดดำ หากมีอัตราการเต้นของหัวใจช้ากว่า 50 ครั้งต่อนาที ร่วมกับมีความดันโลหิตต่ำ จะให้การรักษาด้วย Atropine 0.5 mg ทางหลอดเลือดดำ หากผู้ป่วยหยุดหายใจเกิน 15 วินาที หรือหายใจช้าน้อยกว่า 8 ครั้งต่อนาที ให้ช่วยเปิดทางเดินหายใจโดยการทำ Jaw thrust maneuver และช่วยหายใจโดยใช้ mask ventilation เมื่อผู้ป่วยมี SpO_2 ต่ำกว่าร้อยละ 90 และผู้ป่วยยังไม่หายใจ หากมีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น (airway obstruction) ให้ช่วยเปิดทางเดินหายใจหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเปิดทางเดินหายใจทางปาก (oral airway) และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น คลื่นไส้อาเจียนให้ยา ondansetron

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ป่วยได้รับการซักถามเกี่ยวกับ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และโรคประจำตัว และก่อนระงับความรู้สึกมีการบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI และค่าสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นหัวใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน ในระหว่างการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยจะได้รับการสังเกตระดับของการระงับประสาท (level of sedation) และจะได้รับการจดบันทึกสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต (None invasive blood pressure) อัตราการเต้นหัวใจ (HR) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) หากเป็นข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous data) นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในกรณีข้อมูลแจกแจงปกติ และนำเสนอค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Max) และค่าต่ำสุด (Min) ในกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ข้อมูลแจงนับ (Categorical data) นำเสนอด้วยค่าจำนวนและค่าร้อยละ (%)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) กรณีผลลัพธ์หลักเป็นข้อมูลต่อเนื่องและแจกแจงปกติใช้สถิติ Independent t test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม PK และ PE ได้แก่ ความดันโลหิต ซีสโทลิก ค่าความดันโลหิตซีสโทลิก และอัตราการเต้นหัวใจ นำเสนอด้วยความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและ 95% ช่วงเชื่อมั่น (Mean difference and 95% confidence interval: CI) หากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้สถิตินอนพาราเมทริก Wilcoxon rank-sum test กรณีเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์หลักในระยะเวลาก่อน ระหว่าง และหลังส่องกล้องลำใหญ่ ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) เมื่อต้องการวิเคราะห์ข้อมูลแจงนับระหว่างกลุ่ม PK และ PE ใช้สถิติ Chi-Square test ในกรณีค่าคาดหวัง (Expected value) มากกว่าหรือเท่ากัน 5 ในแต่ละเซลล์ ใช้สถิติ Fisher's exact test หากค่าคาดหวัง (Expected value) น้อยกว่า 5 ในบางเซลล์ การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ใช้ภาษา R 4.5.1 และโปรแกรม R Studio 2025.05.1+513 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ (α) = 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด 70 คน อยู่ในกลุ่ม Propofol ร่วมกับ Ketamine (PK) 35 คน และกลุ่ม Propofol ร่วมกับ Ephedrine (PE) 35 คน ซึ่งไม่มีการออกจากการศึกษาของผู้ป่วย (Drop out) จากข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษาระหว่างกลุ่ม PK และ PE พบว่าไม่แตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย (BMI) ข้อมูลพื้นฐานค่าอัตราการเต้นหัวใจ (Heart rate) อัตราการหายใจ(RR) ระดับออกซิเจนในเลือด (O_2sat. room air) ASA physical status และระยะเวลาการ colonoscopy เมื่อเปรียบเทียบโรคประจำตัวพบว่าไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม ขณะที่สาเหตุในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่จากผล Fit test positive ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สาเหตุอื่นๆ ไม่พบความแตกต่าง

เมื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตซีสโทลิก (SBP) ระหว่างกลุ่ม PK (129.43 ± 14.82 mmHg) และ PE (111.17 ± 13.26 mmHg) พบว่า ค่าความดันโลหิตซีสโตลิกในระยะเวลาหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Post-operative) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) โดยมีความแตกต่างเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตซีสโตลิกของกลุ่ม PK มากกว่ากลุ่ม PE 18.26 mmHg (95% CI 11.55 – 24.67) ขณะที่ค่าความดันโลหิต ซีสโทลิก (SBP) ระหว่างกลุ่ม PK และ PE ในระยะเวลาก่อนและระหว่างการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Pre- and Intra-operative) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value > 0.05) และเมื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตซีสโตลิก (SBP) ระยะเวลาก่อน (Pre-operative) ระหว่าง (Intra-operative) และหลังส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Post-operative) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งกลุ่ม PK และ PE (P-value = 0.013 และ P-value < 0.001 ตามลำดับ) ขณะที่ค่าความดันโลหิตซีสโทลิก (SBP) ระหว่างกลุ่ม PK และ PE ในระยะเวลาก่อนการผ่าตัด (Pre-operative) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value > 0.05)

เมื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตไดแอสโทลิก (DBP) ระหว่างกลุ่ม PK และ PE พบว่า ค่าความดันโลหิตไดแอสโทลิกในระยะเวลาระหว่างการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (PK = 66.92 ± 12.43 mmHg, PE = 60.51 ± 12.26 mmHg) และหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (PK = 78.54 ± 11.12 mmHg, PE = 65.37 ± 12.05 mmHg) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.033 และ P-value < 0.001 ตามลำดับ) โดยมีความแตกต่างเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตไดแอสโทลิกในระยะเวลาระหว่างการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Intra-operative) ระหว่างกลุ่ม PK มากกว่า PE เท่ากับ 6.42 mmHg (95% CI 0.53 – 12.30) และมีความแตกต่างเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตไดแอสโทลิกในระยะเวลาหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Post-operative) กลุ่ม PK มากกว่า PE เท่ากับ 13.17 mmHg (95% CI 7.64 – 18.70) และเมื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตไดแอสโทลิก (DBP) ในระยะเวลาก่อน ระหว่างและหลังส่องกล่องลำไส้ใหญ่ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติทั้งกลุ่ม PK และ PE (P-value <0.001 และ P-value < 0.001 ตามลำดับ)

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเต้นหัวใจระหว่างกลุ่ม PK และ PE พบว่า อัตราการเต้นหัวใจแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกระยะเวลาก่อน ระหว่าง และหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (P-value > 0.05) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเต้นหัวใจในระยะเวลาก่อน ระหว่างและหลังส่องกล้อง พบว่า มีเพียงกลุ่ม PK ที่มีอัตราการเต้นของหัวใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.018) สำหรับปริมาณยาระงับความรู้สึกทั้งหมดที่ใช้ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และคะแนนความปวดหลังจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ล้วนแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม PK และ PE (P-value < 0.001 และ 0.042 ตามลำดับ) นอกจากนี้พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม PK และ PE ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจเต้นช้า

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการใช้ Propofol ร่วมกับ Ketamine (PK) และ Propofol ร่วมกับ Ephedrine (PE) ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วย 70 คน ที่เข้ามารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลกุฉินารายณ์มีประสิทธิผลที่ดีในการควบคุมการไหลเวียนของเลือดของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทั้งสองกลุ่ม จากการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซีสโตลิก (SBP) ในระยะเวลาหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม PK และ PE โดยกลุ่ม PE มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซีสโตลิกแตกต่างจากกลุ่ม PK อย่างชัดเจนถึง 18.25 mmHg และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซีสโตลิกลดลงและคงที่ตั้งแต่หลังเริ่มให้ให้ยาในกลุ่ม PE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Samita Pirotesak et al. (2025) ที่ดำเนินการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม จำนวน 122 คนที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการระงับความรู้สึกด้วย Propofol ร่วมกับ Ephedrine และ Propofol ร่วมกับ normal saline พบว่า กลุ่มที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ด้วย Propofol ร่วมกับ Ephedrine มีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะการไหลเวียนของเลือด (hemodynamic changes) ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วย Propofol ร่วมกับ normal saline นอกจากนี้การ Propofol ร่วมกับ Ephedrine สามารถช่วยควบคุมสภาวะการไหลเวียนของเลือดของผู้ป่วยได้คงที่กว่าในระยะยาว (9, 14)

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโทลิก (DBP) หลังจากได้รับยาระงับความรู้สึกระหว่างและหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่ม PK และ PE แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความแตกต่างของความดันโลหิต ไดแอสโทลิก (DBP) ระหว่างกลุ่ม PK และ PE ระหว่างการส่องกล้องเท่ากับ 6.42 mmHg และหลังการส่องกล้อง 13.17 mmHg เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโทลิก (DBP) ในระยะเวลาก่อน ระหว่าง และหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่า กลุ่ม PK มีความดันโลหิตไดแอสโทลิก (DBP) สูงขึ้นหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึกและหลังจากการหัตถการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เสร็จอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tuncali et al. 2015[15] ที่ศึกษาผลของการให้ ketamine 0.3 mg/kg ร่วมกับยา midazolam 0.02 mg/kg, fentanyl 1 mcg/kg เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ให้ ketamine ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จำนวน 97 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโทลิก (DBP) นาทีที่ 4 6 8 และ 10 ของกลุ่มที่ได้รับ ketamine

สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ ketamine อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของจันทร์จิรา ควรรติกุล และคณะ 2560[7] พบว่า การให้ยา Propofol ร่วมกับ Ketamine (PK) มีประสิทธิภาพที่ดีในการระงับความรู้สึกและสามารถควบคุมระบบไหลเวียนเลือดให้คงที่เมื่อเทียบกับการใช้ Propofol เพียงอย่างเดียวขณะที่ในกลุ่ม PE ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโทลิก (DBP) ลดลงหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึกและกลับมาสูงขึ้นเล็กน้อยหลังจากการหัตถการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เสร็จ

ค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นหัวใจ(HR) ระหว่างกลุ่ม PK และ PE หลังจากได้รับยาระงับความรู้สึกแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบในระยะเวลาก่อน ระหว่าง และหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งกลุ่ม PE สอดคล้องกับการศึกษาทดลอง RCT ของ Nazemroaya et al. 2018[12] ที่เปรียบเทียบการใช้ยา Propofol ร่วมกับ Ketamine และ Propofol ร่วมกับ Fentanyl ในผู้เข้าร่วมวิจัยที่รับการผ่าตัดเต้านม 64 คน พบ ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ในการศึกษาครั้งนี้ที่กลุ่ม PK มีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจเมื่อเปรียบเทียบในระยะเวลาก่อน ระหว่างและหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Aşkın et al. 2023 ที่พบว่า อัตราการเต้นหัวใจ (HR) ของกลุ่ม PK สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ Ketamine[16] เนื่องจากการให้ยา ketamine จะออกฤทธิ์เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตและจะกระตุ้น sympathetic nervous system ถ้าใช้ ketamine ร่วมกับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำชนิดอื่น เช่น propofol narcrotic หรือ benzodiazepine จะมีผลทำให้การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจค่อนข้างคงที่[7, 17]นอกจากนี้ปริมาณยาระงับความรู้สึกที่ใช้ระหว่างกลุ่ม PK และกลุ่ม PE แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่ม PK มีค่ามัธยฐานปริมาณยาที่ใช้ 10 มิลลิลิตร (ค่าต่ำสุด 6 มล. และค่าสูงสุด 20 มิลลิลิตร) และกลุ่ม PE ค่ามัธยฐานปริมาณยาที่ใช้ 15 มิลลิลิตร (ค่าต่ำสุด 8 มล. และค่าสูงสุด 20 มิลลิลิตร) จะเห็นได้ว่ากลุ่ม PE มีปริมาณยาที่ใช้มากกว่าแต่ปริมาณยาสูงสุดที่ใช้ในการระงับความรู้สึก 20 มล. เท่ากัน

ปัจจุบันการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เมื่อทำหัตการเสร็จแล้วอาจจะให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เลย ซึ่งระยะเวลาในการฟื้นเป็นตัวแปรที่สำคัญในการพิจารณาของแพทย์ในการให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาฟื้นตัวจากการระงับความรู้สึกไม่มีความแตกต่างกันและคะแนนความปวดหลังแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยในระหว่างกลุ่ม PK และกลุ่ม PE โดยกลุ่ม PK มีระยะเวลาฟื้นตัวสูงสดที่ 7 นาที สามารถฟื้นตัวได้เร็วกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้มีระยะเวลาฟื้นตัวเฉลี่ย 11 นาที สูงสุดที่ 25 นาที หลังจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในกลุ่มที่ได้รับ ketamine[7] ขณะที่กลุ่มที่ให้ PE มีระยะเวลาฟื้นตัวสูงสุดเพียงแค่ 5 นาที สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบการให้ PE สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

การทำหัตถการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่งผลต่ออาการเจ็บปวดหลังส่งกล้องไม่มาก ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความปวดหลังจากส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในกลุ่ม PK เท่ากับ 0 คะแนน (ค่าต่ำสุด 0 คะแนน และค่าสูงสุด 0 คะแนน) และในกลุ่ม PE ค่ามัธยฐานคะแนนความปวดหลังจากส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่ 1 คะแนน (ค่าต่ำสุด 0 คะแนน และค่าสูงสุด 1 คะแนน) จะเห็นได้ว่าผู้มารับบริการส่งกล้องแทบไม่มีอาการเจ็บปวดหลังทำหัตถการ ซึ่งส่งผลให้การประเมินประสิทธิผลของยาต้านระงับความปวดได้ไม่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของปานัดดา ปาทานนท์และคณะ 2564[11] ที่ประสิทธิผล

การสงบประสาทในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เปรียบเทียบระหว่างส่วนผสมยา propofol กับ ketamine (ketofol) และส่วนผสมยา propofol กับ fentanyl (fenofol) พบว่า การทำหัตถการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีความเจ็บไม่มากมีคะแนนความปวดหลังการส่องกล้องเฉลี่ยน้อยกว่า 1 คะแนน ทั้งสองกลุ่ม

การระงับความรู้สึกในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่อาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จากการศึกษาครั้งนี้มีภาวะแทรกซ้อนเพียงเล็กน้อย โดยในกลุ่ม PK มีอาการแทรกซ้อน คือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ 1 ราย (2.86%) ภาวะความดันโลหิตสูง 1 ราย (2.86%) และภาวะหัวใจเต้นช้า 6 ราย (17.14%) การศึกษาที่ผ่านมา[7, 9] พบ ภาวะความดันโลหิตต่ำ 5 ราย (11.1%) ภาวะความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 2 ราย (6.2%) และภาวะหัวใจเต้นช้า 1 ราย (2.2%) และอาการวินเวียน 1 ราย (2.2%) ในกลุ่มที่ได้รับ PE มีอาการแทรกซ้อน ดังนี้ ภาวะความดันโลหิตต่ำ 3 ราย (8.57%) ภาวะความดันโลหิตสูง 1 ราย (2.86%) และภาวะหัวใจเต้นช้า 1 ราย (2.86%) แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา PE มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ 17 ราย (27.4%) ภาวะความดันโลหิตสูง 2 ราย (3.2%) ภาวะหัวใจเต้นช้า 1 ราย (1.6%) และภาวะหัวใจเต้นเร็ว 3 ราย (4.8%) อย่างไรก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นภาวะที่สามารถแก้ไขได้ ไม่เกิดผลเสียหายร้ายแรงต่อผู้ป่วยและสามารถดำเนินการส่องกล้องลำไส้ใหญ่สำเร็จทุกราย

สรุปผลการศึกษา

การระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่โดยใช้ส่วนผสมยา propofol กับ ketamine และส่วนผสม propofol กับ ephedrine มีประสิทธิผลที่ดีในการระงับความรู้สึกทั้งสองกลุ่มในด้านการคงระดับไหลเวียนเลือดและระดับการหลับ โดยกลุ่ม ephedrine มีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้คงที่และต่ำกว่ากลุ่ม ketamine ส่วนความคงที่ของอัตราการเต้นหัวใจระหว่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนที่ในทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1.สมชาย อมรโยธิน. การส่องกล้องลำไส้ใหญ่. เมดิคอลไทม์. 2556;15(335):17-20.

2.ลัดดาวัลย์ ประจวบกลาง. บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) ที่โรงพยาบาลรามาธิบดี. วชิรสารการพยาบาล. 2598;27(1):97-109.

3.Bevan R, Rutter MD. Colorectal Cancer Screening—Who, How, and When? Clinical Endoscopy. 2018;51(1):37-49.

4.วิทวัส เทพารส. ผลการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้องโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(2):988.

5.Holme Ø, Bretthauer M. Pain and sedation during colonoscopy – a never ending story. Endoscopy International Open. 2016;04(05):E538-E9.

6.Somchai Amornyotin. Anesthesia for colonoscopy. In: Phongprasobchai S., Akaraviputh T., Kachintorn U., editors. Colonoscopy. Bangkok: Krugthepvejasarn; 2011. p. 22-37.

7.จันทร์จิรา ควรรติกุล, รำไพ ด้วงคำจันทร์, สุมามาลย์ บุตรไทย. ประสิทธิภาพของการให้ยา ketamine ร่วมกับยา propofol ในการระงับ ความรู้สึกผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;14(3):20-9.

8.Bryson EO, Frost EA. Anesthesia in remote locations: radiology and beyond, international anesthesiology clinics: CT and MRI. Int Anesthesiol Clin. 2009;47(2):11-9.

9.Samita Pirotesak, Somchai Amornyotin, Sithee Chumthong, Wilaiporn Supan. A comparison Between Propofol with and without Ephedrine on Hemodynamic Parameters in Propofol-Based Deep Sedation for Colonoscopy. Thai Journal of Anesthesiology. 2025;51(1):15-22.

10.Pribish A, Wood N, Kalava A. A Review of Nonanesthetic Uses of Ketamine. Anesthesiology Research and Practice. 2020;2020(1):5798285.

11.ปานัดดา ปาทานนท์, ณัฐรดา แจ้งประจักษ์, ศิริกาญจน์ จันทร์สิงห์, อภิรดี ใจดี, โสภิต ทับทิมหิน. ประสิทธิผลการสงบประสาทในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เปรียบเทียบระหว่างส่วนผสมยา propofol กับ ketamine (ketofol) และส่วนผสมยา propofol กับ fentanyl (fenofol). วารสารกรมการแพทย์. 2564;46(4):37-44.

12.Nazemroaya B, Majedi MA, Shetabi H, Salmani S. Comparison of Propofol and Ketamine Combination (Ketofol) and Propofol and Fentanyl Combination (Fenofol) on Quality of Sedation and Analgesia in the Lumpectomy: A Randomized Clinical Trial. Adv Biomed Res. 2018;7:134.

13. Ngamjarus C. n4Studies: Sample Size Calculation for an Epidemiological Study on a Smart Device. Siriraj Medical Journal. 2016;68(3):160-70.

14.Khezri M-B, Kayalha H. The effect of combined ephedrine and lidocaine pretreatment on pain and hemodynamic changes due to propofol injection. Acta Anaesthesiologica Taiwanica. 2011;49(2):54-8.

15.Tuncali B, Pekcan YO, Celebi A, Zeyneloglu P. Addition of low-dose ketamine to midazolam-fentanyl-propofol-based sedation for colonoscopy: a randomized, double-blind, controlled trial. J Clin Anesth. 2015;27(4):301-6.

16.Aşkın A, Kefeli Çelik H, Doğanay Z. The Effects of Propofol and Ketofol on Hemodynamics, End-Tidal Carbon Dioxide, Integrated Pulmonary Index and Recovery in Patients Undergoing Endoscopy and Colonoscopy. Cyprus Journal of Medical Sciences. 2023;8(4):264-70.

17.Amornyotin S, Srikureja W, Pausawasdi N, Kachintorn U. Intravenous sedation for gastrointestinal endoscopy in very elderly patients of Thailand. Asian Biomedicine. 2011;5(4):485-91.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม

PROGRAM TO CHANGE HEALTH BEHAVIOR FOR PEOPLE AT RISK FOR DIABETES IN ARTSAMAT SUBDISTRIC HEALTH PROMOTING MUEANG NAKHON PHANOM DISTRIC, NAKHON PHANOM PROVINCE.

(Received: September 3,2025 ; Revised: September 21,2025 ; Accepted: September 27,2025)

สัจจพร พนมศักดิ์[1]
Satchaporn Panomsak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนมจังหวัดนครพนม กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ด้วยกิจกรรมการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการด้านอารมณ์และเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานก่อนและหลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม จำนวนวน 34 คน ระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired sample t-t-lest

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายด้านการบริโภคอาหาร และการจัดการด้ามอารมณ์ ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value < 0.05) ส่วนภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักร่างกาย ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า ลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน, การออกกำลังกาย, การบริโภคอาหาร, การจัดการอารมณ์

Abstracts

This study was a quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of a health behavior modification program for individuals at risk of diabetes through exercise, dietary practices, and emotional management. It also aimed to compare health behaviors of the at-risk group before and after participating in the program, which was based on the application of self-efficacy theory. The study was conducted among 34 individuals at risk of diabetes at Artsamat Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang Nakhon Phanom District, Nakhon Phanom Province, over a period of 12 weeks. Data were collected using questionnaires and behavior record forms, and analyzed using percentage, standard deviation, and paired sample t-test.

The results showed that the experimental group had significantly improved health behaviors in terms of exercise, dietary practices, and emotional management compared to before the experiment (p-value < 0.05). Regarding health outcomes, body weight, body mass index, and blood sugar levels were significantly reduced compared to before the intervention (p-value < 0.05).

Keywords: health behavior modification program, diabetes risk group, exercise, dietary practices, emotional management

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus :DM) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของฮอร์โมนที่ชื่อว่า อินซูลิน (Insulin) ซึ่งโดยปกติร่างกายคนเราจำเป็นต้องมีอินซูลินเพื่อนำน้ำตาลในกระแสเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆของร่างกายโดยเฉพาะสมองและกล้ามเนื้อในภาวะที่อินซูลินมีความผิดปกติ ไม่ว่าจะเป็นการลดลงของปริมาณอินซูลินในร่างกาย หรือการที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่ายกายตอบสนองต่ออินซูลินลดลง หรือเรียกว่าภาวะดื้ออินซูลิน จะทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลที่อยู่ในกระแสเลือดไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทำให้มีปริมาณน้ำตาลคงเหลือในกระแสเลือดมากกว่าปกติ หากน้ำตาลในกระแสเลือดสูงมากขึ้นถึงระดับหนึ่ง จะทำให้ไตซึ่งปกติจะมีหน้าที่ดูดกลับน้ำตาลจากการที่ถูกกรองจากหน่วยไตไปใช้ ดูดกลับน้ำตาลได้หมด ส่งผลให้มีน้ำตาลถูกขับออกมากับปัสสาวะ จึงเป็นที่มาของคำว่า โรคเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ได้รายงานสถานการณ์ ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน และได้ประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยโคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากขึ้น 643 ล้านคนใน ปี 2573 และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน หากไม่มีการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ[1]

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน เขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดเลย อุดรธานี หนองบัวลำภู หนองคาย บึงกาฬ สกลนคร และนครพนมมีผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 283,525 คน อัตราป่วยร้อยละ 6.436 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศเล็กน้อย ส่วนจังหวัดเลยประชากรทั้งสิ้น 717,200 คน มีผู้ป่วยเบาหวาน 41,899 คน อัตราป่วยร้อยละ 5.84 ซึ่งจังหวัดนครพนมที่มีอัตราป่วยมากเป็นอันดับ 4 ในเขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี อีกทั้งพบว่ามีอุบัติการณ์ในปี 2565 จำนวน 3,527 คน ปี 2566 จำนวน 3,804 คน อัตราอุบัติการณ์ร้อยละ 6.7 7.8 ตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี 2 การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค จะดำเนินการคัดกรองประชาชนอายุในกลุ่ม 35 ปีขึ้นไป มีการตรวจปีละ 1 ครั้ง โดยการตรวจปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือดโดยการเจาะปลายนิ้ว หลังงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนการตรวจ ซึ่งเป็นกระบวนการคัดกรองเบื้องต้น โดยแยกประชาชนที่มาตรวจเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มปกติได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 100 มก/ดล. ลงมา กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100 - 125 มก/ดล. และกลุ่มที่ได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด FPG 126 มก/ดล. ขึ้นไปหรือการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด จากการที่ไม่อดอาหาร (RPG) มีค่า 220 มก/ดล. ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ซึ่งเป็นกลุ่มสงสัยรายใหม่จะต้องดำเนินการส่งต่อพบแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการตรวจวินิจฉัย การดำเนินการคัดกรองที่ผ่านมาอาจมีข้อจำกัดที่เกี่ยวเนื่องกับทรัพยากร ทั้งค่าใช้จ่ายวัสดุอุปกรณ์ บุคลากรและภาระงาน แต่มุมมองด้านต้นทุนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีค่าใช้จ่ายที่สูง เมื่อเทียบกับการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ได้ วิถีชีวิตสุขภาพ (Healthy Lifestyle) เป็นประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงกับอุบัติการณ์ของการเกิดโรคแม้ในหลายกรณีเชื่อมโยงประเด็นพันธุกรรม สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและชีวภาพรวมถึงสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพ[2]

จากดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ตั้งอยู่เลขที่ 112 หมู่ 5 ตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม รับผิดชอบ 6 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 3,850 คน เป็นชาย 1,910 คน หญิง 1,940 คนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นมีจำนวน 1,207 คน คนในการดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน ตามกรอบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญต่อการค้นหาและ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ให้ได้ร้อยละ 90 เพื่อป้องกันกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวไม่ให้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยมีขั้นตอนการคัดกรอง และเกณฑ์มาตรฐานของการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจนจากผลการดำเนินงานพบว่าในปีงบประมาณ 2567 ประชาชน

กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองเบาหวานจำนวน 1,008 คน คิดเป็นร้อยละ 83.51 ในกลุ่มที่ได้รับการคัดกรองนี้พบมีภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคจำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 22.51 ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานและพบกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 100 -125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 27.31 และกลุ่มเสี่ยงที่ต้อง ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 14.97 กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.32 ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคเบาหวานที่ผ่านมา นอกจากจะใช้มาตรฐานการดำเนินงานตามนโยบายแล้ว ยังมีการสร้างแนวทางในการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่โดยใช้หลัก Clinical Practice Guideline (CPG) นอกจากการให้บริการคัดกรองโรคแล้ว ยังมีการให้ความรู้การปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงซึ่งมีทั้งในรูปแบบการจัดมหกรรมสร้างสุขภาพ การจัดนิทรรศการ การใช้เสียงตามสาย การติดตามเยี่ยมบ้าน เน้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยให้ครอบคลุมทั้งด้านการป้องกัน การส่งเสริมการรักษา และการฟื้นฟู โดยการดำเนินงานที่ผ่านมามีการนำเสนอรายงานความก้าวหน้าของกิจกรรมการให้ บริการและมีการประมวลผล ในส่วนขอผลงาน (Output) เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ถูกกำหนดไว้เพียงเท่านั้น[3] แต่ยังขาดการติดตามประชาชนที่ได้รับการคัดกรองโรค และมีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ว่ามีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวอย่างไร ครอบคลุมทุกด้านหรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยเป็นบุคลากรในหน่วยงานมีหน้าที่รับผิดชอบงานเบาหวานเห็นว่าควรศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนมจังหวัดนครพนมเพื่อให้ผู้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีปัจจัยด้านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์เป็นต้น

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนมจังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi experiment research) เป็นการศึกษาการรับรู้ความสามารถแห่งตน ก่อนและหลังเข้าร่วมอบรม และเป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยกิจกรรมการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการด้านอารมณ์ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 34 คน โดยทำการศึกษาระหว่างเดือน สิงหาคม 2567 ถึง ตุลาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่มีอายุ 35– 60 ปีที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหวานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ตั้งแต่ เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2566 จำนวน 37 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่มีอายุ 35 – 60 ปีได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหวาน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม กำหนดขนาดของตัวอย่างโดยเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan[4] ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน จากนั้นทำการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) ไม่มีปัญหาในการพูดฟังอ่านเขียนและฟังภาษาไทยได้มี

สติสัมปชัญญะดี 2) สามารถออกกำลังกายได้ 3) สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้และมีเกณฑ์ในคัดออกออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)ของกลุ่มตัวอย่างในกรณีที่ 1) เป็นบุคคลที่มีความสามารถในการอ่านและเขียนได้น้อย2) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 4 ครั้งขึ้นไป 3) กลุ่มตัวอย่างที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหารและการจัดการด้านอารมณ์ ดังนี้คือ คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วยเนื้อหาดังนี้ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการการรักษา การป้องกันโรคเบาหวาน การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการด้านอารมณ์แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือจำนวน 3 ท่านที่ประกอบด้วย แบบบันทึกการตรวจสุขภาพ แบบบันทึกการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกายจำนวน 12สัปดาห์ แบบบันทึกการบริโภคอาหารประจำวันบันทึกสัปดาห์ละ 2 วัน จำนวน 24 วันและแบบบันทึกการจัดการด้านอารมณ์ จำนวน 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว และเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานก่อนและหลังร่วมโปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามและการประเมินภาวะสุขภาพ แบบสอบถามแบ่งออกได้ 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คือ ข้อมูลด้านลักษณะประชากรทั่วไป เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดและมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความเชื่อในความสามารถแห่งตนดังนี้คือ

2.1 การรับรู้ของบุคคลต่อความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน คะแนน 3

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคเบาหวานแต่ไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่คะแนน 2

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงในการ ป่วยเป็นโรคเบาหวานคะแนน 1

เกณฑ์การแปลผล การแปลผลระดับการรับรู้ของบุคคลต่อความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน โดยจำแนกรายข้อคำถามนั้น ใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00 - 1.66 คะแนน หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 1.67 - 2.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 2.34 - 3.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง

2.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนนเท่ากับ 3
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้คะแนนเท่ากับ 2
ไม่ปฏิบัติ ให้คะแนนเท่ากับ 1

เกณฑ์การแปลผล การแปลผลระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน โดยจำแนกรายข้อคำถาม นั้น ใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00 - 1.66 คะแนน หมายถึง ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานในระดับพอใช้

ช่วงคะแนน 1.67 - 2.33 คะแนน หมายถึง ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 2.34 - 3.00 คะแนน หมายถึง ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานในระดับดีมาก

2.3 ความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านมีความคาดหวังผลของการป้องกันโรคเบาหวาน คะแนน 3

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านไม่มีความคาดหวังในการป้องกันโรคเบาหวาน คะแนน 2

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับการกระทำในการป้องกันโรคเบาหวาน คะแนน 1

เกณฑ์การแปลผล

ช่วงคะแนน 1.00 - 1.66 คะแนน หมายถึง ความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการป้องกันโรคเบาหวานในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 1.6 - 2.33 คะแนน หมายถึง ความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการป้องกันโรคเบาหวานในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 2.34 - 3.00 คะแนน หมายถึง ความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการป้องกันโรคเบาหวานในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนนเท่ากับ 3
ปฏิบัติบางครั้ง ให้คะแนนเท่ากับ 2
ไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนนเท่ากับ 1

การแปลผลคะแนน

ช่วงคะแนน 1.00 - 1.66 คะแนน หมายถึง แสดงว่ามีพฤติกรรมในระดับดีมาก

ช่วงคะแนน 1.67 - 2.33 คะแนน หมายถึง แสดงว่ามีพฤติกรรมในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 2.34 - 3.00 คะแนน หมายถึง แสดงว่ามีพฤติกรรมในระดับพอใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ชี้แจ้งขั้นตอนและกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินงานและเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยในพื้นที่รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายรับทราบขั้นตอนการเข้าร่วมกิจกรรม

2. เชิญกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทุกคนเข้าประชุมชี้แจ้งการทำกิจกรรมพร้อมทั้ง อธิบายขั้นตอนของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พร้อมทั้งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและสอบถามความสมัครใจของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

3. ประชุมทีม ผู้วิจัย วิทยากร เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนกำหนดขั้นตอน วัน เวลาดำเนินกิจกรรม

4. ติดต่อขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยนัดหมายและติดตามกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

5. การดำเนินงานตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นเวลา 12 สัปดาห์

6. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อน และหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามในเรื่องข้อมูลทั่วไป ความเชื่อในความสามารถแห่งตน พฤติกรรมสุขภาพที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และวัดระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 และบันทกข้อมูลสุขภาพทุกสัปดาห์ จำนวน 12 สัปดาห์ กิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง จัดกิจกรรมประเมินร่างกายกลุ่มตัวอย่าง ชั่งหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ประเมินค่าดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิตสูง และวัดระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม บรรยายคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบไปด้วย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการดูแลตนเอง ด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการด้านอารมณ์และอธิบาย แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พร้อมแจกสายวัดรอบเอวให้กับทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ชั่งหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง จัดกิจกรรมการรับรู้เรื่องการออกกำลังกาย สาธิตและฝึกปฏิบัติการบริหารร่ายกาย โดย ฮูลาฮุป ยางยืด เต้นแอโรบิก ร่วมกับออกกำลังกายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ชั่งหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง จัดกกิจกรรมให้ความรู้เรื่องอาหารและคำนวณอาหารจากธงโภชนาการ ตัวอย่างอาหารและการเปรียบเทียบปริมาณอาหาร กระตุ้นให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพตนเองและทุกคนในครอบครัว

สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ชั่งหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูงจัดกิจกรรมการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านอารมณ์การฝึกจิตให้มีสมาธิและมีสติความเชื่อมั่นในตนเอง มีการจัดเวทีให้มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหาต่างๆ

สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ชั่งหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง จัดกิจกรรมเปิดใจสักนิด คิดใหม่ เริ่มใหม่ จากการเรียนรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย อาหาร และอารมณ์ กระตุ้นให้กลุ่มทดลองปฏิบัติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องตามแนวคิด ความเชื่อในความสามารถแห่งตน จากการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยการสนทนากลุ่ม

สัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ชั่งหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง จัดกิจกรรมคนสุขภาพดี ที่ได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (บุคคลตัวอย่าง) ตามแนวคิด ความเชื่อในความสามารถแห่งตน การใช้ตัวแบบ หรือ บุคคลต้นแบบกิจกรรมเสวนาภาวะสุขภาพดีที่ได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 7 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ชั่งหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง จัดกิจกรรมพลังจิตใต้สำนึก กระตุ้นกลุ่มทดลองให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกายและด้านอารมณ์ภายใต้แนวคิด ความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน การใช้คำพูดชักจูง กระตุ้นอารมณ์

สัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ชั่งหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง จัดกิจกรรมขยับกายสลายไขมัน ทบทวนการออกกำลังกายและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 9 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ชั่งหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง จัดกิจกรรมกินได้ กินดี ชีวีมีสุข ทบทวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร

สัปดาห์ที่ 10 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ชั่งหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง จัดกิจกรรมฤาษีดัดตนเพื่อสุขภาพเล่าเรื่องประทับใจคลายเครียด ทบทวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการอารมณ์และได้รับลูกโป่งบรรจุน้ำเพื่อใช้บริหารฝ่ามือและนิ้วมือ

สัปดาห์ที่ 11 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ชั่งหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตสูง จัดกิจกรรมยิ้มแย้มแจ่มใส ใส่ใจสุขภาพ กิจกรรมปรับกระบวนทัศน์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรคใน

การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย อาหาร และอารมณ์

สัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ชั่งหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ประเมินค่าดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิตสูง และวัดระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) จัดกิจกรรมมอบรางวัลแห่งความสำเร็จ ได้แก่การมอบรางวัลให้แก่กลุ่มทดลองที่มีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ตอบแบบสอบถามหลังข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม และดำเนินกิจกรรมการรับรู้เรื่องโรคเบาหวาน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์

7. ตรวจสอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์

8. นำข้อมูลที่ได้มาดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลแต่ละตัวอย่างมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ การรับรู้ความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานการรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรคเบาหวาน ความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการป้องกันโรคเบาหวาน และ พฤติกรรมสุขภาพที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

2. สถิติอนุมาน โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความเชื่อในความสามารถแห่งตนและพฤติกรรมที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยจัดทำหนังสือเสนอขออนุมัติการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยได้รับการรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการวิจัย REC 053/2567 วันที่ 12 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.35 ส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปร้อยละ 41.18 รองลงมาอยู่ระหว่างอายุ 46 – 50 ปีร้อยละ 35.29 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สถานะคู่ ร้อยละ 79.41รองลงมาสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 14.71 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 55.89 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกร้อยละ 38.24 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 52.94 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 23.53 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,501 – 10,000 บาท ร้อยละ 41.18 รองลงมือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 - 7,500 บาท ร้อยละ 38.94 โดยมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 6,426 บาทต่อเดือน ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับอ้วน ร้อยละ 52.95 และน้ำหนักเกิน ร้อยละ 29.41 ระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่อยู่ ระหว่าง 111 – 125 มก/ดล. ร้อยละ 58.82 รองลงมามีระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่า 110 มก./ดล ร้อยละ 35.30 และ ส่วนใหญ่ไม่มีญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 58.82

2. ผลการศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนมจังหวัดนครพนม พบว่า

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่างกายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

น้ำหนักร่างกาย (Kg.)	n	$\bar{x}$	SD	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง	34	65.35	9.51	6.371	33	.011
หลังการทดลอง	34	63.12	9.05			

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่างกายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่ายกาย ก่อนการทดลอง 65.35 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.51 กิโลกรัม (ระดับน้ำหนักร่างกายต่ำสุด 47 กิโลกรัม ระดับน้ำหนักร่างกายสูงสุด 90 กิโลกรัม) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 63.12 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.05 กิโลกรัม (ระดับน้ำหนักร่างกายต่ำสุด 47 กิโลกรัม ระดับน้ำหนักร่างกายสูงสุด 87 กิโลกรัม) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่างกาย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่างกาย ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

น้ำตาลในเลือด (มก./ดล.)	n	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	34	111.00	5.72	11.33	33	.021
หลังการทดลอง	34	82.68	13.53			

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลอง 111.00 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.72 00 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 82.68 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.53 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถแห่งตน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความเชื่อในความสามารถแห่งตน	กลุ่มทดลอง n = 34				t-value	p-value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
การรับรู้ของบุคคลต่อความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน	14.44	2.96	15.34	5.11	-1.137	.026
การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันโรคเบาหวาน	12.48	2.22	15.03	2.61	-6.150	.010
ความคาดหวังผลที่เกิดจากการป้องกันโรคเบาหวาน	13.55	3.45	14.37	4.37	-2.307	.028

การเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถแห่งตน ประกอบด้วยการรับรู้ของบุคคลต่อความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันโรคเบาหวาน ความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการป้องกันโรคเบาหวาน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน อยู่ในเกณฑ์เห็นด้วยและมีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการป้องกันโรคเบาหวานก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพที่สามารถลดความเสี่ยง	n	$\bar{x}$	SD	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง	34	15.63	2.74	-1.216	30	0.23
หลังการทดลอง	34	15.97	2.79			

การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน อยู่ในเกณฑ์ปฏิบัติเป็นประจำ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยของนำเสนอการสรุปและอภิปรายผลดังนี้

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนมากอายุ 50 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยนต่อเดือน 7,501 – 10,000 บาท ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่อ้วน และระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 111 – 125 มก/ดล. โดยภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

จากการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถแห่งตน ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคลต่อความเสี่ยงโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันโรคเบาหวานและความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นจากการป้องกันโรคเบาหวาน รวมทั้งพฤติกรรมที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ย เป็นผลจากการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน มาเป็นกรอบการจัดกิจกรรมโดยมี กิจกรรมการรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายสาธิตและปฏิบัติการออกกำลังกาย กิจกรรมการรับรู้เกี่ยวกับอาหารและการคำนวนอาหารจากธงโภชนาการตัวอย่างอาหารสาธิต อาหารเพื่อสุขภาพและการเปรียบเทียบปริมาณอาหาร

กิจกรรมการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านอารมณ์การฝึกจิตให้มีสมาธิและมีสติมีความเชื่อมั่นในตนเอง นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ออกติดตามกระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนดเป็นเวลา 12 สัปดาห์ การที่กลุ่มทดลองประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละสัปดาห์เป็นความสำเร็จที่เกิดขึ้นหลาย ๆ ครั้ง ซ้ำ ๆกันทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังชักจูงด้วยคำพูดโดยกล่าวชมเชยให้กำลังใจแก่กลุ่มทดลอง เป็นการใช้คำพูดให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ [3] ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยเรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านความคาดหวัง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านความดาดหวัง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และการจัดการความเครียดเป็นผลจากการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน และกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มาเป็นกรอบการจัดกิจกรรมโดยมี กิจกรรม การฝึกออกกำลังกาย กิจกรรมการชมวีดีทัศน์เพื่อให้เห็นสภาพปัญหาที่กำลังเผชิญ และ ให้กลุ่มตัวอย่างคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยบรรยายเพิ่มเติมการใช้คู่มือเกี่ยวกับโรคเบาหวานการจัดการความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยโดยผู้วิจัยสรุปและเพิ่มเติม

เนื้อหาที่สำคัญ รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านกระตุ้นเตือนให้กำลังใจ ซึ่งวิธีการเหล่านี้สามารถพัฒนาความรู้เรื่องเบาหวานได้ดี เป็นผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม เช่นเดียวกับการศึกษาของ ได้ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่พึ่งพาในผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูกระดึง ผลการศึกษาพบว่า 1)หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ๆ <0.001[5] เช่นเดียวกับการศึกษาผลโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเพ็ญ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ จำนวน 36 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน ผลการวิจัยสรุปว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะเนนนเฉลี่ย การรับรู้ในความสามารถตนเองในการดูแลตนเองเรื่องการควบคุมน้ำหนักและการมารับบริการตรวจตามนัด ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการดูแลตนเองเรื่องการควบคุมน้ำหนักและการมารับบริการตรวจตามนัด การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในด้านการควบคุมน้ำหนักและการมารับบริการตรวจตามนัดมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.01)[6]

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05 เช่น เดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยของความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย และค่ารอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)[7]

พฤติกรรมสุขภาพที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการด้านอารมณ์ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านอยู่ในเกณฑ์ปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05) เนื่องจากผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน มาเป็นกรอบการจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับ การศึกษา โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และการงดสูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ[6] โดยหลังการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานทั้ง 3 ด้านดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8]โดยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานทั้ง 3 ด้าน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง[9] ได้ศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8]

สรุปผู้วิจัยได้จัดกิจกรรม โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง ซึ่งทำให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลอง การให้การแนะนำ การสาธิตฝึกปฏิบัติ ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ให้กำลังใจการกระตุ้นเตือน และให้คำปรึกษาจาก

ผู้วิจัย ซึ่งสามารถช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

1. ควรมีการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในตำบลอาจสามารถให้ครอบคลุมทั้งตำบล ตามการศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ร่วมกับการติดตามผลลัพธ์สุขภาพ และให้การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องด้วยผู้นำด้านสุขภาพ

2. ควรทำการวิจัย การวิจัยและพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ควรมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อนสมาชิก และมีการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นให้เกิดการควบคุมตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Ogurtsova K, Guariguata L, Barengo NC, Ruiz PL-D, Sacre JW, Karuranga S, et al. IDF diabetes Atlas: Global estimates of undiagnosed diabetes in adults for 2021. Diabetes research and clinical practice. 2022; 183:109118.
2. Shi Q, Ostwald SK, Wang S. Improving glycaemic control self-efficacy and glycaemic control behaviour in Chinese patients with type 2 diabetes mellitus: randomised controlled trial. Journal of clinical nursing. 2010; 19(3-4):398-404.
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ. (2568). ผลการดำเนินการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ.
4. Krejcie R. V., Morgan D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607–610.
5. ดวงสมร นิลตานนท์, จุฬาภรณ์ โสตะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเอราวัณ อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย. วารสารวิจัย มข. (บศ.) 2553; 10(3):51-60.
6. ช่อผกา จิระกาล. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่พึ่งพาในผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูกระดึง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
7. จุฑารัตน์ ลมอ่อน. ผลโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเพ็ญ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
8. เพชรัตน์ ศิริสุวรรณ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. ราชาวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค. 68]; 8(1) 45–58. เข้าถึงจาก: https://he01.tcithaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/166945/120498.

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ต่อระดับความรู้ความวิตกกังวล พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

The effect of preoperative education program to reduce anxiety in patients before thyroidectomy on knowledge, anxiety, and behavior in outpatient department at Sunpasitthiprasong Hospital.

(Received: September 3,2025 ; Revised: September 21,2025 ; Accepted: September 27,2025)

ปิยรัตน์ บุญศิริ[1]
Piyarat Boonsiri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ และระดับความวิตกกังวล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ และระดับความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบจำนวนวน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้) และกลุ่มเปรียบเทียบ (ได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติ) กลุ่มละ 30 ราย ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ 24 กรกฎาคม 2568 - 24 สิงหาคม 2568 รวม 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังผ่าตัด แบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนและหลังผ่าตัดวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired sample t-t-lest และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า พบว่าหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (t = 16.03, 95%CI = 6.62 ถึง 8.51) ภาวะวิตกกังวล (t = 43.76, 95% CI = 23.58 ถึง 25.88) และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว (t = 35.3, 95%CI = 1.40 ถึง 1.57) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <0.000 อย่างไรก็ตามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ภาวะวิตกกังวล และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน, ก่อนผ่าตัด,ความรู้, ความวิตกกังวล, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

Abstracts

This study was a quasi-experimental research with the objective of comparing the mean scores of knowledge regarding thyroid surgery, health behavior before and after thyroid surgery, and anxiety levels before and after receiving an educational program. Additionally, the study aimed to compare the mean scores of these variables between the experimental group and the comparison group. A total of 60 participants were selected using purposive sampling. They were divided into two groups: 30 participants in the experimental group, who received the educational program, and 30 in the comparison group, who received standard information. The study was conducted over a period of eight weeks, from July 24 to August 24, 2025. Data were collected using personal information questionnaires, knowledge and behavior assessment forms related to pre- and post-operative care, and anxiety assessment forms. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage and standard deviation), paired sample t-test, and independent t-test.

The research findings revealed that after the intervention, there were statistically significant differences between the experimental and control groups in terms of mean scores for knowledge regarding self-care (t = 16.03, 95% CI = 6.62 to 8.51), anxiety levels (t = 43.76, 95% CI = 23.58 to 25.88), and self-care behavior (t = 35.3,

[1] กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

95% CI = 1.40 to 1.57), with p < 0.000. However, prior to the intervention, there were no statistically significant differences between the experimental and control groups in knowledge, anxiety, or self-care behavior.
Keywords: educational program, thyroid surgery, preoperative care, knowledge, anxiety, health behavior

บทนำ

ต่อมไทรอยด์เป็นต่อมไร้ท่อทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนไทรอกซิน (T4) และไทรไอโอโดไทรโอนีน (T3) เพื่อควบคุมการเผาผลาญพลังงานและช่วยควบคุมการทำงานที่สำคัญของร่างกายหลายอย่าง เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ น้ำหนักตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การควบคุมการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย การสูญเสียมวลกระดูก ระดับไขมันในเลือด รอบเดือน ระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) รวมทั้งอารมณ์และความรู้สึก[1] ถ้ามีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ (Thyroid nodule) เป็นความผิดปกติ ซึ่งแบ่งความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ได้เป็น 2 ลักษณะ คือ ความผิดปกติจากการทำงาน (Dysfunction) เป็นความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ที่มีการทำงานมากเกินไปและน้อยเกินไป (Hyperthyroidism and hypothyroidism) และความผิดปกติจากการเจริญของเนื้อเยื่อของต่อมไทรอยด์เป็นก้อน (Mass)[2] ซึ่งก้อนต่อมไทรอยด์มีลักษณะการดำเนินโรคที่หลากหลาย ตั้งแต่ก้อนเนื้อธรรมดาจนถึงมะเร็งไทรอยด์ จากการศึกษาในปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของก้อนต่อมไทรอยด์ในผู้ใหญ่สูงถึงร้อยละ 68 [3](Jansen et al, 2023) ขึ้นกับวิธีในการวินิจฉัย เช่น จากการคลำ หรือการใช้ภาพทางรังสี Thyroid nodule เป็นกลุ่มอาการไม่ใช่โรค อุบัติการณ์ของ Thyroid nodule ทั่วโลกพบได้ร้อยละ 3-7 ของประชากร ขึ้นอยู่กับภูมิภาคของแต่ละประเทศ[4] (Parsa & Gharib, 2024) ส่วนในทวีปเอเชียพบได้ร้อยละ 5-15 ของประชากร ขึ้นอยู่กับภูมิประเทศ และพบในผู้หญิงร้อยละ 8 ส่วนในผู้ชายพบได้ร้อยละ 2 ของประชากร[5] ส่วนในประเทศไทยมีรายงานอุบัติการณ์ Thyroid nodule พบร้อยละ 7-12 พบมากถึงร้อยละ 40-50 โดยใช้อัลตราซาวด์ อายุที่พบบ่อยคือ 30-50 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 48 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเป็นอัตราส่วนประมาณ 5 ต่อ 2[6]

การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ (Thyroidectomy) เป็นการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกข้างเดียวหรือออกเกือบหมดหรือออกทั้งหมด ขึ้นกับลักษณะของโรค การผ่าตัดต้องมีการวางยาสลบ มีบาดแผลตามขวางบริเวณคอ ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลประมาณ 3-5 วัน แต่ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ได้แก่ เลือดออกหรือมีเลือดคั่งบริเวณแผลผ่าตัด แผลติดเชื้อ เสียงแหบ ทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้น สำลักอาหาร ภาวะขาดแคลเซียมจากต่อมพาราไทรอยด์ทำงานลดลง หรือไม่ทำงานทำให้เกิดอาการหายใจลำบากหรือกลืนลำบาก ภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ (ขึ้นกับปริมาณที่ตัดออก) ทำให้เกิดอาการเฉื่อยชา ซึมเศร้า บวม ฯลฯ และภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ ตั้งแต่ปัญหาเล็กน้อยจนถึงเสียชีวิต (การเสียชีวิตมีโอกาสเกิดได้น้อยมาก)[7] ซึ่งหลังผ่าตัดเกิดผลกระทบต่าง ๆ มากมายจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้ ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้วิตกกังวลต่อเฉพาะผลที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัดเท่านั้น แต่ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยยังมีความเครียดจากพยาธิสภาพของโรค อาจมาจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องหรือการปฏิเสธความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงจะมีผลกระตุ้นให้ร่างกายปล่อยสารแคทโคลามีน (Catecholamines) และฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) เข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น ทำให้อัตราและจังหวะการเต้นหัวใจผิดปกติ ความดันโลหิตสูงขึ้น และอาจส่งผลถึงระดับน้ำตาลในเลือดให้สูงขึ้นได้[8] ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทุกระยะของการผ่าตัด เช่น นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย วิงเวียน คลื่นไส้อาเจียน และยังมีการยับยั้งการสร้างแอนติบอดี้ (Antibody) ในร่างกายเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการอักเสบและการติดเชื้อของแผลผ่าตัดได้[9] จากการเก็บข้อมูลของ[10] พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดต่อม

ไทรอยด์มีภาวะวิตกกังวล ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถจดจำข้อมูลที่แพทย์ให้ได้ทั้งหมด ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ไม่ทราบขั้นตอนวิธีการผ่าตัด ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนภายหลังการทำผ่าตัด วิตกกังวลเรื่องการรับประทานฮอร์โมนทดแทนกายหลังการทำผ่าตัด วิตกกังวลกลัวเป็นแผลเป็นหลังผ่าตัด กลัวการมีอาการชาปลายมือปลาย ไม่มีที่ปรึกษาหรือช่องทางการปรึกษาเมื่อเกิดอาการผิดปกติ ส่วนปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์เคยได้รับการผ่าตัด การดมยาสลบ และการเจ็บปวดหลังผ่าตัด[11] (Oh et al, 2024) ผลกระทบของความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพหลายอย่างในร่างกาย ได้แก่ การหลั่งฮอร์โมนเพิ่มขึ้น อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ภาวะหัวใจเต้นเร็ว ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์และของเหลว ความดันโลหิตสูง การตอบสนองของภูมิคุ้มกันลดลง ระยะเวลาในการรักษาแผลนานขึ้น ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดยังอาจทำให้ต้องเพิ่มขนาดยาระงับประสาทและยาสลบในวันผ่าตัด ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และอาจส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด[12] จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยจะต้องหาทางช่วยเหลือผู้ป่วยให้คลายความวิตกกังวลด้วยแนวทาง กิจกรรมหรือโปรแกรมต่าง ๆ

จากสถิติข้อมูลของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค รักษา และสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางหู คอ จมูก ในเขตบริการสุขภาพที่ 10 จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี รวมถึงอำเภอต่าง ๆ ในจังหวัดอุบลราชานี โดยโรคต่อมไทรอยด์เป็นก้อน (Thyroid nodule) เป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการตรวจวินิจฉัย รักษาและสร้างเสริมสุขภาพเป็นจำนวนมาก อยู่ใน 5 อันดับแรกของหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก จากสถิติการให้บริการ ปีงบประมาณ 2565-2567 พบว่า มีผู้ป่วยมารับบริการ จำนวน 1,034, 893 และ.982.ราย ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัย Thyroid Nodule จำนวน 180., .227 และ.256.ราย และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ (Thyroidectomy) จำนวน160 ., 127. และ.156..ราย ตามลำดับ[13-14-15] จากการสุ่มสอบถามเชิงสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด Thyroidectomy ในปี 2567 จำนวน 20 คน พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ร้อยละ 100 กลัวขั้นตอนการผ่าตัดจะเป็นอันตราย ร้อยละ 100 กลัวการวางยาสลบ ร้อยละ 100 กลัวความเจ็บปวด ร้อยละ 100 และกลัวผลกระทบหลังจากการผ่าตัด ร้อยละ 100 ซึ่งความกลัวต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งจากการให้ผู้ป่วยเหล่านี้ทำแบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและเครียด โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีคะแนนในส่วนของการมีภาวะวิตกกังวล มากกว่า 11 คะแนนขึ้นไป ทั้ง 20 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 ส่วนอาการซึมเศร้ามีคะแนนมากกว่า 11 คะแนน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่รับการสอบถาม (สำหรับอาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อคี่ทั้งหมด คือ ข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 รวมกัน สำหรับอาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด คือ ข้อ 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 รวมกัน ถ้าผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกินกว่า 11 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มอาการนั้น)[16] ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก จะต้องพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพกายและจิต

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก โดยการสร้างสื่อวิดีโอ สร้างแผ่นพับ และใช้สื่อทั้ง 2 ชนิด อย่างมีแบบแผนด้วยการทำเป็นโปรแกรมการให้ความรู้ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด Thyroidectomy และศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้คลายความ

วิตกกังวล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิติที่ดีภายใต้การเจ็บป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ และระดับความวิตกกังวล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ และระดับความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-Post Test Design) โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ 24 กรกฎาคม 2568 - 24 สิงหาคม 2568 รวม 8 สัปดาห์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ และระดับความวิตกกังวล กลุ่มทดลองก่อนและหลัง และระหว่างกลุ่ม ของการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ที่หน่วยงานหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โดยใช้แนวคิด ทฤษฎีการปรับตัวตนเอง (Self-regulatory) ของ[17] ได้แก่ 1) การให้ความรู้ (Education) เป็นการให้ความรู้โดยตรงโดยใช้สื่อที่เป็นวิดิโอและแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผลกระทบของการตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ และการปฏิบัติตัวเมื่อดำเนินชีวิตที่บ้าน 2) การให้การพยาบาลตามแบบแผน (Technical) เป็นการให้ความรู้ในข้อ 1 อย่างเป็นแบบแผน โดยมีการประเมินผลก่อนและหลังการให้ความรู้รวมถึงติดตามผลหลังการผ่าตัด และ3) การให้การช่วยเหลือ (Supportive) เป็นการสร้างเสริมภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ซึ่งหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ให้มีความรู้ ซึ่งจะส่งผลต่อการลดความวิตกกังวล และมีพฤติกรรมการการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ และระดับความวิตกกังวลเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ของโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคก้อนที่ต่อมไทรอยด์ที่เข้ารับบริการตรวจ วินิจฉัยและรักษาที่หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคก้อนที่ต่อมไทรอยด์รายใหม่ และแพทย์วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ ที่หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้) และกลุ่มเปรียบเทียบ (ได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติ) กลุ่มละ 30 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือทดลองที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์

2) วิดีโอ เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังผ่าตัดได้แนบลิงค์QR CODE มาด้วยสถานที่ในการจัดทำกิจกรรมดูวีดีโอห้องตรวจที่6 จะเป็นห้องเหมาะสมกับการทำกิจกรรม

3) แผ่นพับ เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

4) แผ่นพับ เรื่อง วิธีคลายความวิตกกังวล

การหาคุณภาพเครื่องมือ ทั้ง 4 รายการ โดยการหาความเชื่อมั่น (RELIABILITY) หรือความคงเส้นคงวาของกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรม ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (TRIANGULATION) รูปแบบการตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (THEORY TRIANGULATION)[19] โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน[20] โดยมีการดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำโปรแกรมไปใช้

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนและหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบประเมินแบบถูกผิด (TRUE-FALSE) จำนวน 20 ข้อ โดยคิดคะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ใช้ประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์

การคิดเกณฑ์การประเมินผล คิดค่าคะแนนอันดับแรกตามมาตรฐานการเรียนรู้ผ่านที่ระดับร้อยละ 50[21] จากนั้นคิดคะแนนเป็นช่วงคะแนน กำหนด 4 ช่วง[22] โดยแปลความหมาย ดังนี้ ไม่ผ่านมีช่วงคะแนนต่ำกว่า 10 คะแนน ผ่านระดับพอใช้มีช่วงคะแนน 11-13 คะแนน ผ่านระดับดี มีช่วงคะแนน 14-17 คะแนน ผ่านระดับดีมาก มีคะแนนเท่ากับ 18-20 คะแนน

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.87 ค่าความยากง่าย p ได้ .50, r ได้ .42 โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกันหาความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนและหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (RATING SCALE) 3 อันดับ จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ใช้ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ตอบตามการรับรู้ โดยคิดคะแนน ดังนี้

ให้ 3 หมายถึง ตั้งใจในการปฏิบัติและปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ อย่างจริงจัง

ให้ 2 หมายถึง คิดว่าจะปฏิบัติและปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ ได้บ้าง

ให้ 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ เลย

การคิดเกณฑ์การประเมินผล การคิดเกณฑ์การประเมินผล มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ คะแนนสูงสุดคือ 45 ต่ำสุดคือ 15 คือ เมื่อได้คะแนนรวม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ การคิดเกณฑ์การประเมินผล โดยนำคะแนนพฤติกรรม มาหาค่าเฉลี่ยโดยใช้ผลรวมของผลคูณระหว่างค่าน้ำหนักของแต่ละระดับ 3 ระดับ กับค่าความถี่ในระดับนั้น แล้วหารด้วยความถี่ทั้งหมด แล้วกำหนดแปลความหมาย[22] (BEST, 1977) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.00 ปฏิบัติอย่างจริงจัง
ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 ปฏิบัติบ้าง
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 ไม่เคยปฏิบัติ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (CRONBACH ALPHA COEFFICIENT) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกัน

หาความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1

2) แบบสอบถาม HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE ฉบับภาษาไทย (THAI HADS) เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการวัดซึมเศร้าอีก 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่

ละข้อเป็นแบบ LIKERT SCALE 4 อันดับ มีคะแนนข้อละ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงของคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

8-10 คะแนน หมายถึง มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน (DOUBTFUL CASES)

11-21 คะแนน หมายถึง มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (CASES)

การคิดคะแนนและแปลผล ในการศึกษาครั้งนี้จะถือคะแนนรวมตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (CRONBACH ALPHA COEFFICIENT) ในส่วนของอาการวิตกกังวล ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85 และในส่วนของอาการซึมเศร้าได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83 โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกัน
ไม่ได้หาความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เนื่องจากเป็นเครื่องที่ใช้เป็นของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยใช้ช่วงของเวลาเป็นตัวกำหนดระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มเปรียบเทียบมีการให้ข้อมูลด้วยการอธิบายและแนะนำปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดตามปกติ

2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ที่กำหนดไว้ และพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ข้อมูลอย่างละเอียด ความเสี่ยง และประโยชน์ที่จะได้รับ สิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลใด ๆ ตามเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามเพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย แล้วจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่อไป

3) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลสถานที่จัดทำกิจกรรมคือห้องตรวจที่ 6 หน่วยตรวจ หู คอ จมูก ดังนี้

3.1) ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลา 20 นาที

3.2) ให้กลุ่มตัวอย่างทำ Pre-test แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

3.3) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม

3.3.1) วันที่แพทย์ระบุการนัดผ่าตัด

3.3.1.1) สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความต้องการและภาวะวิตกกังวล

3.3.1.2) แจกแผ่นพับ เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังผ่าตัด เป็นแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผลกระทบของการตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ การปฏิบัติตัวเมื่อดำเนินชีวิตที่บ้าน และแผ่นพับ เรื่อง วิธีคลายความวิตกกังวล

3.3.1.3) นัดหมายวันผ่าตัดกับผู้ป่วย ให้มาผ่านหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก โดยนำแผ่นพับทั้ง 2 แผ่นมาด้วย

3.3.2) วันนัดหมายการผ่าตัด ณ ห้องตรวจที่ 6 หน่วยตรวจ หู คอ จมูก

3.3.2.1) สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความต้องการและภาวะวิตกกังวล

3.3.2.2) เกริ่นเนื้อหาตามแผ่นพับก่อนให้ดูวิดีโอ

3.3.2.3) ให้ผู้ป่วยชมวิดีโอ เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังผ่าตัด เป็นวิดีโอความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผลกระทบของการตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ การปฏิบัติตัวเมื่อ

ดำเนินชีวิตที่บ้าน และวิธีการคลายความวิตกกังวล ความยาวของวิดีโอ นาน 20 นาที

3.3.2.4) สรุปเนื้อหาความรู้ในวิดีโอ

3.3.2.5) ให้ความรู้เรื่องวิธีการคลายความวิตกกังวลอีกครั้ง

3.3.3) วันหลังวันผ่าตัดวันที่ 2 ณ หอผู้ป่วย หูคอ จมูก

3.3.3.1) สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความต้องการและภาวะวิตกกังวล

3.3.3.2) ให้กลุ่มตัวอย่างทำ Post-test แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

3.3.3.3) กล่าวเสริมสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวต่อเนื่องที่บ้าน ให้แผ่นพับไปศึกษากับสื่อไปศึกษาที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่กับภาวะเจ็บป่วยอย่างมีคุณภาพชีวิตและจิตใจที่ดี

3.3.3.4) กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลแต่ละตัวอย่างมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) คำนวณหาความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล 2) คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการผ่าตัด 3) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการผ่าตัดภายในกลุ่ม ก่อนและหลัง โดยใช้สถิติที (PAIRED T-TEST) และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็น INDEPENDENT T-TEST

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยจัดทำหนังสือเสนอขออนุมัติการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยได้รับการรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการวิจัย 020/68 C เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2568 หลังผ่านจริยธรรมได้ทำหนังสือถึงหน่วยงานเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย พบว่ากลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 33.3 เพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 48.43 ต่ำสุด 30 สูงสุด 69 ปี สถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 60.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 56.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 80.0 ใช้สิทธิรักษาพยาบาลบัตรทอง ร้อยละ 56.7 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 ตามลำดับ

กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 26.7 เพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 48.13 ต่ำสุด 26 สูงสุด 60 ปี สถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 70.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 36.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 96.7 ใช้สิทธิรักษาพยาบาลบัตรทอง ร้อยละ 63.3 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ และระดับความวิตกกังวล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และภาวะวิตกกังวล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ต่อระดับความรู้ ความวิตกกังวล พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff.	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว									
กลุ่มทดลอง	9.40	1.94	16.70	1.44	7.30	21.94	.000	6.62	7.98
กลุ่มควบคุม	9.60	2.51	9.13	2.14	0.47	1.70	0.10	0.09	1.03
ภาวะวิตกกังวล									
กลุ่มทดลอง	33.17	1.74	6.27	0.83	26.90	76.81	.000	26.18	27.61
กลุ่มควบคุม	32.13	2.67	31.00	2.98	1.13	2.11	0.04	0.04	2.22
พฤติกรรมการปฏิบัติตัว									
กลุ่มทดลอง	1.21	0.15	2.70	0.17	1.49	36.22	.000	1.41	1.58
กลุ่มควบคุม	1.23	0.14	1.22	0.15	0.01	0.90	0.37	0.04	0.02

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ภาวะวิตกกังวล และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ต่อระดับความรู้ ความวิตกกังวล พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 9.40 (SD. = 1.94) ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 16.70 (S.D. = 1.44) พบว่าทดสอบสถิติที เท่ากับ 21.94, p-value < 0.0001 สรุปได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 21.94, 95% CI 6.62 to 7.98, P < 0.0001) อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯในกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 33.17 (SD. = 1.74) ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 6.27 (S.D. = 0.83) พบว่าทดสอบสถิติที เท่ากับ 76.81, p-value < 0.0001 สรุปได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 76.81, 95% CI 26.18 to 27.61, P < 0.0001) อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯในกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 1.21 (SD. = 0.15) ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 2.70 (S.D. = 0.17) พบว่าทดสอบสถิติที เท่ากับ 36.22, p-value < 0.0001 สรุปได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 36.22, 95% CI 1.41 to 1.58, P < 0.0001) อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯในกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ และระดับความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ภาวะวิตกกังวล และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ต่อระดับความรู้ ความวิตกกังวล พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean diff.	t	P-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
รู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว									
ก่อนทดลอง	9.40	1.94	9.60	2.51	0.20	0.34	0.73	0.96	1.36
หลังทดลอง	16.70	1.44	9.13	2.14	7.57	16.03	0.000	6.62	8.51
ภาวะวิตกกังวล									
ก่อนทดลอง	33.17	1.74	32.13	2.67	1.03	1.77	0.08	-.14	2.20
หลังทดลอง	6.27	0.83	31.00	2.98	24.73	43.76	0.000	23.58	25.88
พฤติกรรมการปฏิบัติตัว									
ก่อนทดลอง	1.21	0.15	1.23	0.14	0.02	0.55	0.58	0.05	0.09
หลังทดลอง	2.70	0.17	1.21	0.15	1.49	35.3	0.000	1.40	1.57

*** p<0.05**

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ภาวะวิตกกังวล และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ต่อระดับความรู้ ความวิตกกังวล พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่าหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (t = 16.03, 95%CI = 6.62 ถึง 8.51) ภาวะวิตกกังวล (t = 43.76, 95% CI = 23.58 ถึง 25.88) และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว (t = 35.3, 95%CI = 1.40 ถึง 1.57) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <0.000 อย่างไรก็ตามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ภาวะวิตกกังวล และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยของนำเสนอการสรุปและอภิปรายผลดังนี้

กลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย พบว่ากลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 33.3 เพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 48.43 ต่ำสุด 30 สูงสุด 69 ปี สถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 60.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 56.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 80.0 ใช้สิทธิรักษาพยาบาลบัตรทอง ร้อยละ 56.7 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 ตามลำดับ

กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 26.7 เพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 48.13 ต่ำสุด 26 สูงสุด 60 ปี สถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อย

ละ 70.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 36.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 96.7 ใช้สิทธิรักษาพยาบาลบัตรทอง ร้อยละ 63.3 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ[2] จุฬาภรณ์ ศรีเมือง. (2565) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย44.6 ปี ต่างกันตรงสถานภาพสมรสเป็นสถานะสมรสคู่ จะเห็นได้ว่าเพศหญิงเป็นเพศที่สนใจสุขภาพมารับการผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์มากกว่าเพศชาย

จากการศึกษาการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ภาวะวิตกกังวล และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ต่อระดับความรู้ ความวิตกกังวล พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ก่อนผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ต่อระดับความรู้ ความวิตกกังวล พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่าหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (t = 16.03, 95%CI = 6.62 ถึง 8.51) ภาวะวิตกกังวล (t = 43.76, 95% CI = 23.58 ถึง 25.88) และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว (t = 35.3, 95%CI = 1.40 ถึง 1.57) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <0.000 อย่างไรก็ตามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ภาวะวิตกกังวล และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ[2] กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับความรู้ในกลุ่มกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญสำคัญที่ .001 มีความวิตกกังวลลดลงหลังให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 และกลุ่มทดลองยังมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญสำคัญที่ .001 และการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อมไทรอยด์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี[23] ใช้แนวคิดการปรับตัวตนเอง (Self -regulatory)[24] พบว่าการให้ข้อมูลอย่างเป็นแบบแผน มีผลให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง เนื่องจาก การให้ความรู้อย่างเป็นแบบแผนจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ พัฒนาตนเองเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต้องการ โดยสื่อที่ให้แผ่นพับ สื่อวีดีทัศน์เนื้อหาเกี่ยวกับโรคไทรอยด์ อาการ การรักษา การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เน้นการปฏิบัติตัว ทำให้ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ ความวิตกกังวล หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนรับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 สรุปได้ว่า สื่อ วีดีโอ แผ่นพับการให้ความรู้ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ลดความวิตกกังวลและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

สรุปโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ต่อระดับความรู้ ความวิตกกังวล พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ช่วยเพิ่มความรู้ ลดความวิตกกังวลและเพิ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้หลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

1. ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ลดความวิตกกังวล และแนะนำพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่านตัดในผู้ป่วยผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์

2. ควรทำการวิจัย การวิจัยและพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ผ่าตัดก้อนไทรอยด์ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. Fogoros R.N. What Does the Thyroid Gland Do? Learn about the thyroid's role in many bodily functions [Internet]. 2024. [cited 2504 November 15]. Available from: https://www.verywellhealth.com/ the-thyroid-gland-and-thyroid-hormones-4149834.
2. จุฬาภรณ์ ศรีเมือง. ผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับสื่อวีดีทัศน์ต่อความรู้และความวิตกกังวล ในผู้ป่วยระยะเตรียมการผ่าตัดต่อมไทรอยด์แผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 65]; 30(3): 387-98. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/26063
3. Jansen T, Stikkelbroeck N, van de Ven A, van Engen-van Grunsven I, Janssen M, Bonenkamp H, et al. Clinical Characteristics, Diagnostic Approach and Outcome of Thyroid Incidental Findings vs. Clinically Overt Thyroid Nodules: An Observational Single-Centre Study. Cancers (Basel) 2023; 15(8): 2350.
4. Parsa AA, Gharib H. Thyroid Nodules: Past, Present, and Future. Endocrine Practice 2025; 31(1): 114-23.
5. Xu J, Lau P, Ma Y, Zhao N, Yu X, Zhu H, et al. Prevalence and Associated Factors of Thyroid Nodules Among 52,003 Chinese 'Healthy' Individuals in Beijing: A Retrospective Cross-Sectional Study. Risk Manag Healthc Policy 2024; 17(17): 181-9.
6. เฉลิมเกียรติ สังขนครา. การศึกษาความแม่นย่ำของผลเซลล์วิทยาจากการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กเพื่อวินิจฉัยมะเร็งก้อนที่ต่อมไทรอยด์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. เวชสารแพทย์ทหารบก 2563; 73(1): 39-49.
7. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. เอกสารประกอบคำแนะนำผ่าตัดต่อมไทรอยด์ [อินเตอร์เน็ต]. 2562. [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ย. 67]; เข้าถึงจาก: https://med.msu.ac.th > 2019/03 > DOC-Pre-Tyroy.
8. Bedaso A, Ayalew M. Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: a prospective survey at a general hospital in Ethiopia. Patient Safety in Surgery 2019; 13(18): 1-8.
9. Tadesse M, Ahmed S, Regassa T, Girma T, Hailu S, Mohammed A, et al. Effect of preoperative anxiety on postoperative pain on patients undergoing elective surgery: Prospective cohort study. Annals of medicine and surgery 2022; 73:103190.
10. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงานกระบวนการทำงาน (F-QF-001) [อินเตอร์เน็ต] 2563. [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ย. 67]; เข้าถึงจาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/public/qc/pdf/pdf.
11. Oh J, Lee W, Ki S, Suh J, Hwang S, Lee J. Assessment of Preoperative Anxiety and Influencing Factors in Patients Undergoing Elective Surgery: An Observational Cross-Sectional Study. Medicina (Kaunas). 2024; 60(3): 403.
12. Wilson, D.R. (2022). Surgery anxiety: Signs, management, and more [internet]. 2022. [cited 2504 November 15]. Available from: https://www.medicalnewstoday.com/articles/surgery-anxiety#what-is-it
13. ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. ข้อมูลบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์; 2565.
14. ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. ข้อมูลบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์; 2566.
15. ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. ข้อมูลบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์; 2567.
16. ธนา นิลชัยโกวิทย์. แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) [อินเตอร์เน็ต]. 2544. [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ย. 67]; เข้าถึงจาก: https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/hads.html
17. Leventhal H., & Johnson J. E. (1983). Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In: Wooldridge P.J., Schmitt M. H., Skipper I.K., and Leonard R. C., (editors). Behavioral science and nursing theory. St. Louis: The C.V. Mosby Company; 1983. p. 189-262.

18. NJ Spine & Orthopedic. (2024). 25 Ways to Calm Anxiety Before Surgery [internet]. 2024 [cited 2504 November 15]. Available from: https://www.njspineandortho.com/25-ways-to-calm-anxiety-before-surgery/
19. Fusch P, Fusch G, Ness L. Denzin's Paradigm Shift: Revisiting Triangulation in Qualitative Research. Journal of Social Change 2018; 10:19-32.
20. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nursing Research 1986; 35(6): 382-5.
21. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning: McGraw-Hill; 1971.
22. Best JW. Research in Education. 3rd. ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
23. จันทนี รัตนวิจิตร. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เตรียม ความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อมไทรอยด์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการร้อยแก่นสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 68]; 9(2): 600-14. เข้าถึงจาก: https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSA/article/view/268038
24. Johnson JE, Lauver DR. Alternative explanations of coping with stressful experiences associated with physical illness. ANS dvances in nursing science 1989; 11(2): 39-52.

.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

Effects of Colorectal Cancer Screening Preparation Program of Thatphanom crown prince hospital.

(Received: September 24,2025 ; Revised: September 27,2025 ; Accepted: September 29,2025)

พิชญา อินทร์ติยะ[1] กรรธิมา ฝาระมี[2]
Pitchaya Intiya[1] Kanthima Faramee[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม แบ่งการศึกษาเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม อายุระหว่าง 50 – 70 ปี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT-test ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2568 และมีผลการตรวจเป็นบวกหรือได้รับการประเมินว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 32 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมโดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทดลองภายในกลุ่มเดียวกัน ด้วยสถิติ dependent t-test และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย พบว่า การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (t = 20.58, 95% CI = 0.38 ถึง 0.46) และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (t = 6.96, 95% CI = 1.03 ถึง 1.86) หลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <0.000

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, การตรวจด้วยวิธีการส่องกล้อง

Abstract

This research employed a quasi-experimental research design to study the effectiveness of the colorectal cancer screening preparation program of Thatphanom Crown Prince Hospital. The study divided participants into two groups: an experimental group and a control group, and used a two-group pretest-posttest design to measure outcomes before and after the intervention. The sample consisted of people in That Phanom District, Nakhon Phanom Province, aged 50-70 years who underwent colon and rectal cancer screening using the FIT-test between January and March 2025 and had positive results or were assessed as at-risk for colon and rectal cancer screening using colonoscopy. They were divided into an experimental group and a control group, with 32 participants in each group. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The effectiveness of the colon and rectal cancer screening preparation program at Somdej Phra Yupparat That Phanom Hospital was analyzed by comparing scores before and after participating in the experimental program within the same group using

[1] นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

the dependent t-test. The scores between the experimental and control groups before and after participating in the program were compared using the independent t-test, with a significance level of .05.

The results indicated a statistically significant difference in the mean scores for knowledge and behavior related to colonoscopy attendance (t=20.58,95% CI=0.38 to 0.46) and satisfaction with the colorectal cancer screening program (t=6.96, 95% CI=1.03 to 1.86) following the intervention, with a p-value of < 0.000.

Keywords: Colorectal cancer, Colorectal cancer screening, Colonoscopy

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งอันดับ 3 ที่เป็นปัญหาทางสุขภาพทั่วโลก[1] เมื่อพิจารณาระดับพื้นที่พบว่าในปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำนวนมากที่สุดในทวีปเอเชีย รองลงมาคือ ทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือ ส่วนผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงพบมากที่สุดในทวีปเอเชีย รายงานสถิติจากสถาบันมะเร็งแห่งประเทศไทย มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในปี พ.ศ. 2563 เป็นมะเร็งอันดับ 3 ของมะเร็งทั้งหมด[2] เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 16.9 คนต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งเป็นอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วยกัน และยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น 3 เท่าจากอุบัติการณ์ในปี พ.ศ 2543[3] ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดมะเร็งลำไส้ การตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ เป็นสิ่งสำคัญ ถ้าผู้ป่วยรู้เร็วและรักษาถูกวิธีก็มีโอกาสหายมากขึ้น การตรวจการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT-test เป็นการตรวจการคัดกรองได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งสามารถทำการรักษาให้หายขาดได้ และใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่าการรักษาในระยะลุกลาม การตรวจคัดกรองจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก สามารถทำได้โดยการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT)[4,5]

การคัดกรองผู้รับบริการเพื่อเข้าโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT-test มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรคมะเร็งและเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่โรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะเริ่มแรก เพื่อสามารถ เข้ารับการรักษาได้ตั้งแต่ระยะต้นเกิดความสูญเสียน้อยที่สุด กระบวนการค้นหาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญตั้งแต่แรกเริ่มในการสร้างความรู้ความเข้าใจ ให้ความรู้เรื่องโรคเพื่อสร้างความตระหนักรู้และให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทางการเตรียมลำไส้ที่ดี เพื่อให้กระบวนการตรวจคัดกรองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ[6] ในการดำเนินงานโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชธาตุพนม ในประชากรอายุระหว่าง 50 – 70 ปี พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้อง colonoscopy จำนวน 599 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.8 อย่างไรก็ตามในกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักในปัญหาด้านสุขภาพแก่ประชาชน การสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคยังคงเป็นปัญหาด้านการให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการ เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ผู้สูงอายุ บางส่วนกลัวการรักษาหรือกลัวการเผชิญกับโรคหากต้องตรวจพบว่าเป็นมะเร็ง และบางส่วนให้ความสำคัญต่อการไปประกอบอาชีพซึ่งส่วนใหญ่ในพื้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและให้ความสำคัญต่อกิจวัตรประจำวันการจุนเจือครอบครัวมากกว่าปัญหาด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) ของ Maddux & Rogers[7] มาใช้เพื่อการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงบรรลุเป้าหมายได้จากกระบวนการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ 4 ประการคือ 1.การรับรู้ผลกระทบจากการไม่ได้รับ

การส่องกล้อง หรือส่องกล้องไม่สำเร็จ 2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากความล้มเหลวในการส่องกล้อง ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหากไม่ปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด 3. การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ 4. การรับรู้ต่อความคาดหวังในผลลัพธ์การมีพฤติกรรมการเตรียมตัวที่ถูกต้อง ส่งผลต่อประสิทธิภาพของกระบวนการตรวจคัดกรอง นำไปสู่แนวทางการรักษาได้อย่างตรงจุด โดยได้ใช้รูปแบบดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ในการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชธาตุพนม

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบ่งการศึกษาเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรในเขตพื้นที่อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม อายุระหว่าง 50-70 ปี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรในเขตพื้นที่อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม อายุระหว่าง 50 – 70 ปี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT-test ระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม 2568 และมีผลการตรวจเป็นบวกหรือได้รับการประเมินว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน กลุ่มละ 32 ราย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากงานวิจัยของ อุไรวรรณ บุญถม และคณะ[8] ในวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อการปฏิบัติตนในการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาสารคาม คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่าความเชื่อมั่น (Power) ร้อยละ 84 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.80 และค่าความคลาดเคลื่อนของข้อมูล (Error) 0.05 ได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 29 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงคำนวณเพิ่มร้อยละ 10 ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามงานวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ

2. แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ๆ ละ 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 1 การรับรู้ผลกระทบจากการไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง :

กิจกรรมสันทนาการ แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ รับชมวิดีทัศน์ ความรู้เกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผลกระทบทางสุขภาพจากการไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากความล้มเหลวในการส่องกล้อง

กิจกรรมสันทนาการสร้างเสริมสุขภาพจิต รับชมวิดีทัศน์ การส่องกล้อง Colonoscopy เพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง รับฟังบรรยายขั้นตอนการเตรียมความพร้อมด้านแนวทางการปฏิบัติก่อนและหลังการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ให้ความรู้ด้านความเสี่ยงผลกระทบจากการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ยกตัวอย่างการเกิดภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ

กิจกรรมรับฟังการบรรยายโดยบุคคลต้นแบบ ให้พลังบวก สร้างความเชื่อมั่นในกระบวนการรักษา กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน

กิจกรรมที่ 4 การรับรู้ต่อความคาดหวังในผลลัพธ์

กิจกรรม “การเผชิญโรคมะเร็งไม่น่ากลัวอย่างที่คิด” กิจกรรม เขียนความในใจ บอกเล่าความคาดหวัง

กิจกรรมที่ 5 การทบทวนความพร้อม ฝึกผ่อนคลายจิตใจ

กิจกรรมทบทวนความรู้และแนวปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง กิจกรรมฝึกสมาธิ ผ่อนคลายจิตใจ 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมโดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทดลองภายในกลุ่มเดียวกัน ด้วยสถิติ dependent t-test และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อป้องกันผลเสียและแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (ICH GCP) ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยเลขที่ REC 099/67 รับรองวันที่ 15 มกราคม 2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน กลุ่มละ 32 ราย กลุ่มทดลองประกอบด้วย เพศชายร้อยละ 46.9 เพศหญิงร้อยละ 53.1 อายุเฉลี่ย 60.7 ปี ระหว่าง 48 – 69 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 87.5 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ฟาร์มเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 53.1 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 43.8 ใช้สิทธิการรักษาสุขภาพบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 56.3 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.3 คนในครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 21.8 ปัจจุบันมีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 9.4 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 18.7

กลุ่มควบคุม ประกอบด้วยเพศชาย ร้อยละ 50.0 เพศหญิงร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 58.3 ปี อายุระหว่าง 48 – 68 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.8 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 40.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ฟาร์มเลี้ยงสัตว์ร้อยละ 65.6 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทร้อยละ 43.8 ใช้สิทธิการรักษาสุขภาพบัตรทอง 30 บาทร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.8 คนในครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 18.7 ปัจจุบันดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 6.3 และสูบบุหรี่ร้อยละ 15.6

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัว (t = 15.33, 95% CI = 0.38 ถึง 0.50) และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (t = 7.57, 95%CI = 1.08 ถึง 1.87) ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P < 0.000 ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัว (t =-0.28, 95% CI = -0.03 ถึง 0.03, p = 0.78) และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (t = 0.43, 95%CI = -0.05 ถึง 0.07, p = 0.67) ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean diff.	t	P-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
ความรู้และการปฏิบัติตัว									
ก่อนทดลอง	0.46	0.10	0.48	0.06	-0.02	-0.99	0.33	-0.06	0.02
หลังทดลอง	0.90	0.10	0.48	0.10	0.42	20.58*	0.00	0.38	0.46
ความพึงพอใจ									
ก่อนทดลอง	2.22	0.40	2.24	0.37	-0.02	-0.16	0.87	-0.21	1.77
หลังทดลอง	3.70	1.15	2.25	0.26	1.45	6.96*	0.00	1.03	1.86

* p < 0.000

จากตางรางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัว (t = 20.58, 95%CI = 0.38 ถึง 0.46) และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (t = 6.96, 95% CI = 1.03 ถึง 1.86) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.000

สรุปและอภิปรายผล

จากการดำเนินงานการคัดกรองโครงการมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชธาตุพนม ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ผู้สูงอายุ บางส่วนกลัวการรักษาหรือกลัวการเผชิญกับโรคหากต้องตรวจพบว่าเป็นมะเร็ง และบางส่วนให้ความสำคัญต่อการประกอบสัมมาอาชีพจนไม่ตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพ จึงนำไปสู่การนำแนวคิดทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) ของ Maddux & Roger[7] มาใช้เพื่อการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งจากการศึกษาของ Prentice-Dunn & Rogers[8] ที่ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความเสี่ยงและ self-efficacy เป็นตัวทำนายสำคัญของระดับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงพัฒนากระบวนการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ 4 ประการคือ 1.การรับรู้ผลกระทบจากการไม่ได้รับการส่องกล้อง หรือส่องกล้องไม่สำเร็จ 2.การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากความล้มเหลวในการส่องกล้องความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหากไม่ปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด 3.การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติ

ตามคำแนะนำ 4.การรับรู้ต่อความคาดหวังในผลลัพธ์การมีพฤติกรรมการเตรียมตัวที่ถูกต้องส่งผลต่อประสิทธิภาพของกระบวนการตรวจคัดกรอง นำไปสู่แนวทางการรักษาได้อย่างตรงจุด ผู้วิจัยได้พัฒนากิจกรรม 5 กิจกรรม สำหรับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ที่ประกอบด้วย **กิจกรรมที่ 1** มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการรับรู้ผลกระทบจากการไม่ได้รับการส่องกล้องหรือส่องกล้องไม่สำเร็จ จากการทำกิจกรรมละลายพฤติกรรม สร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะผ่อนคลายและมีความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลจะเกิดการรับรู้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพจึงเริ่มจากการให้ความรู้เกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรง และผลกระทบที่ตามหาหากไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรค โดยใช้สื่อวิดีทัศน์ ที่มีภาพประกอบทำให้เข้าใจได้ง่ายและการให้คู่มือแผ่นพับเพื่อนำกลับไปทบทวนที่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jones et al.[9] ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสื่อและคำแนะนำอย่างเป็นระบบ มีการปฏิบัติตามขั้นตอน มีการเตรียมตัวที่ดี จะมีประสิทธิภาพในการรักษาดีกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของ Rawl et al.[10] ที่พบว่า การให้การศึกษา และการสนับสนุนเชิงพฤติกรรมสามารถเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Basma Shokry Hamed et. al.[11] พบว่า การให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวทางสำคัญที่มีประสิทธิภาพสูงในการส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในการตรวจรักษาโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น อภิปรายผลได้ว่า การศึกษานี้ผู้ป่วยอาจขาดข้อมูลที่ถูกต้อง มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคมะเร็ง หรือมีทัศนคติที่เชื่อในโชคชะตา ดังนั้น โปรแกรมการให้ความรู้ที่ช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ผลกระทบจากการไม่ได้รับการส่องกล้องหรือส่องกล้องไม่สำเร็จ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งนำไปสู่ความพร้อมในการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ **กิจกรรมที่ 2** การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากความล้มเหลวในการส่องกล้อง จากกิจกรรมการให้ความรู้ด้วยการรับชมวิดีทัศน์ประกอบกับพยาบาลผู้ให้ความรู้ สรุปและสาธิตวิธีขั้นตอนแนวทางการปฏิบัติอย่างถูกวิธีในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยสาธิตแนวทางการปฏิบัติทั้งก่อนและหลังการตรวจ คัดกรองและนำเสนอผลต่อความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นหากปฏิบัติไม่ถูกวิธี สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภกิจ ศิริลักษณ์ และคณะ[12] พบว่า การให้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจส่องกล้องช่วยเพิ่มความรู้ และลดความวิตกกังวลได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้เช่นกัน ขณะเดียวกันการศึกษาของ กนกวรรณ มณีโชติ[13] พบว่า การใช้สื่อวิดีโอร่วมกับการให้คำปรึกษา ช่วยเสริมความมั่นใจ และเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องในการเตรียมตรวจส่องกล้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wang Y. et. al.[14] พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความเสี่ยงสูง มักจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีขึ้น การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงจากความล้มเหลวในการรักษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น อภิปรายผลได้ว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงสูงต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ จะกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการจัดการตนเองมากขึ้น เช่น การควบคุมอาหาร การใช้ยาตามคำแนะนำ การปฏิบัติตามแนวทางการตรวจรักษาอย่างเคร่งครัด และการไปพบแพทย์ตามนัด ซึ่งนำไปสู่การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ **กิจกรรมที่ 3** การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยการใช้บุคคลต้นแบบที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายให้พลังบวกและความเชื่อมั่น เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้จากกิจกรรมที่ 1 – 2 แล้ว ผู้วิจัยเสริมความเชื่อมั่นด้วยการให้บุคคลต้นแบบเล่าประสบการณ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อมั่นในความปลอดภัย ผลสัมฤทธิ์ทางการรักษา ผลเชิงประจักษ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Li H.

et.al.[15] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยที่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะมีแนวโน้มที่จะดูแลตนเองได้ดีกว่า นำไปสู่การควบคุมความดันโลหิต และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้ดีขึ้น อีกทั้งการศึกษาของ Hassan et al.[16] พบว่า การให้ข้อมูลแบบเข้าใจง่าย และเน้นการเสริม Self-Efficacy ส่งผลต่อคุณภาพของการรักษาอย่างชัดเจน อภิปรายผลได้ว่า งานวิจัยนี้จึงเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเสริมสร้าง Self-Efficacy หรือการรับรู้ประสิทธิผล ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ นำไปสู่ผลลัพธ์ทางการรักษาได้ดีขึ้น **กิจกรรมที่ 4** การรับรู้ต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้สร้างผลลัพธ์ทางการรักษาไว้ในใจเป็นเป้าหมายสำคัญ และทำกิจกรรม “การเผชิญโรคมะเร็งไม่น่ากลัวอย่างที่คิด” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างก้าวผ่านความวิตกกังวลและสามารถรับรู้ต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ของการรักษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee S.H. et al.[17] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย (Illness Perceptions) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectancies) และพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Self-Management Behaviors) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวก เช่น การเชื่อว่าการดูแลตนเองจะช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรคได้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านอาหาร การจำกัดน้ำ และการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด อภิปรายผลได้ว่า การที่ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี เป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการโรคของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และ **กิจกรรมที่ 5** การทบทวนความพร้อม ฝึกผ่อนคลายจิตใจเพื่อสร้างพลังความคิดบวกจากภายในและความมั่นใจในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al.[18] ยืนยันว่าการให้โปรแกรมการเตรียมพร้อมที่ถูกต้องต่อเนื่อง มีโครงสร้างชัดเจนสามารถเพิ่มทั้งความพึงพอใจ และความร่วมมือของผู้ป่วยได้

จากวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัว และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P < 0.000 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หลังทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติ และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <0.000 สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรินธน์ ช่อมะลิ[19] พบว่าบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มีการปฏิบัติตนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 การศึกษาของ สุดา ธวัชวัฒนานันท์[20] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความวิตกกังวล คุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ และระยะเวลาในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) กลุ่มทดลองมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่โดยตนเองและโดยแพทย์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001, p<.01 ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองมีระยะเวลาใน

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) ของ Maddux & Rogers[7] มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย นำไปสู่ประสิทธิผลของการศึกษาทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และความพึงพอใจต่อโปรแกรม จึงควรมีการสนับสนุนให้นำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมไปประยุกต์ใช้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการผลักดันโครงการเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

2. ควรมีการนำแนวทางการดำเนินงานโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานโครงการคัดกรองโรคมะเร็งอื่น ๆ ต่อไป

3. สนับสนุนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างชุมชนและโครงการการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะยาว เพื่อประเมินผลกระทบต่ออัตราการเข้ารับการคัดกรองการตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มต้น และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

2. นำงานวิจัยนี้ไปวิจัยต่อยอดเพื่อพัฒนาวิธีการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการที่หลากหลายของกลุ่มประชากรอื่น ๆ

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงกลยุทธ์ในการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Thailand Source: Globocan 2022. [Accessed September 25,2024]. Available form: https://gco.iarc.fr/ today/home.

2.กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2563. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2564 ; 36(36), 1-4.

3.สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. ข้อควรรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ 2565. [สืบค้นเมื่อ 23 พ.ย. 67]; เข้าถึงจาก https://www.gastrothai.net/th/knowledge-detail.php?content_id=347

4.มลิวรรณ ส่งเสริม. การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้และไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test. ศูนย์ HOCC-PSU 2561. [สืบค้นเมื่อ 25 ก.ย. 67]; เข้าถึงจาก https://hocc.medicine.psu.ac.th/wpcontent/uploads/2023/08/ november_december 2018.pdf.

5.Satimai A, Rungsun R, Pradermchai K, Naruemon W, et al. A combination of clinical risk stratification and fecal immunochemical test results to prioritize colonoscopy screening in asymptomatic participants. Gastrointestinal Endoscopy 2015; 81 :719-727.

6.Sharma, P.et al. The importance of colonoscopy bowel preparation for the detection of colorectal lesions and colorectal cancer prevention. Endoscopy International Open 2020; 8.E673–E683.

7.Maddux, J. E. and Rogers, R. W. Protection motivation theory and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. Journal of Experimental Social Psychology 1983; 19(5): 469–479. Available form: https://doi.org/10.1016/0022-1031(83)90023-9

8.Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. Health Education Research, 1986; 1(3); 153–161.

9.Jones, R. M., Woolf, S. H., Cunningham, T. D., Johnson, R. E., Krist, A. H., Rothemich, S. F., & Vernon, S. W. The relative importance of patient-reported barriers to colorectal cancer screening. American Journal of Preventive Medicine, 2010; 38(5); 499–507.

10.Rawl, S. M., Christy, S. M., Monahan, P. O., Ding, Y., Krier, C., & Champion, V. L. Tailored interventions to promote colorectal cancer screening: An update. American Journal of Lifestyle Medicine, 2012; 6(3); 221–232.

11.Basma S.H., Nasser A.E.B. and Eman H.H. The Impact of Health Education on Compliance to Screening Practices in Breast Cancer. Asian Pacific Journal of Cancer Care 2025; 10(1): 47-52. Available from: https://waocp.com/journal/index.php/apjcc/article/view/1517

12.ศุภกิจ ศิริลักษณ์, นันทพร จันทร์ทิพย์, & สุรีย์พร คงสมบูรณ์. ผลของการให้การเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่. วารสารพยาบาลทหารบก, 2561; 19(1); 12–21.

13.กนกวรรณ มณีโชติ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่. วารสารพยาบาลศาสตร์, 2563; 38(2): 45–56.

14.Wang, Y., Chen, Y., Yu, X., and Zhang, J. Perceived risk, illness perception, and self-management behaviors among adults with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. Journal of Advanced Nursing 2024; 80(10): 4504–4518. Available from: https://doi.org/10.1111/jan.15873

15.Li, H., Xu, X., Sun, S., and Li, Z. The relationship between self-efficacy and self-care behaviors in patients with hypertension: A systematic review and meta-analysis. Journal of Advanced Nursing 2024; 80(9): 4165–4179. Available form https://doi.org/10.1111/jan.15878

16.Hassan, C., Fuccio, L., Bruno, M., Pagano, N., Spada, C., & Carrara, S. A predictive model identifies patients most likely to have inadequate bowel preparation for colonoscopy. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2013; 11(4): 501–506.

17.Lee, S. H., Kim, J. S., and Kim, H. Y. The Impact of Illness Perceptions and Outcome Expectancies On Self-Management Behaviors in Patients with Chronic Kidney Disease: A Cross-Sectional Study. International Journal of Environmental Research and Public Health 2023; 20(14): 6393. Available form: https://doi.org/10.3390/ijerph20146393

18.Liu, X., Luo, H., Zhang, L., Leung, F., & Wang, X. Effectiveness of a structured education program on bowel preparation quality: A randomized controlled trial. Endoscopy International Open, 2020; 8(6): E819–E826.

19.นิรินธน์ ช่อมะลิ. ผลของการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2561.

20.สุดา ธวัชวัฒนานันท์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความวิตกกังวล คุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ และระยะเวลาในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 2565; 2(2): 37-48.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด

THE DEVELOPMENT OF A HEALTH CARE MODEL FOR OLDER ADULTS WITH TYPE 2 DIABETES THROUGH FAMILY AND COMMUNITY PARTICIPATION IN TRAT PROVINCE.

(Received: September 24,2025 ; Revised: September 27,2025 ; Accepted: September 29,2025)

ปราการ อภิบาลศรี[1] เบญญา เชื้อนาข่า[1] วิชิตา โภคสมบัติ[1]
Prakarn Apibansri[1] Benya Chuernnakha[1] Wichita Phoksombat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้รูปแบบผสานวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผู้ร่วมการวิจัย จำนวน 326 คน ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 106 คน 2) บุคคลในครอบครัว จำนวน 106 คน 3) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 44 คน 4) นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 15 คน 5) บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน และ6) ผู้ดูแล (Caregiver) จำนวน 45 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือตรวจวัดตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarkers) แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบสังเกตและแนวทางสรุปการถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของ HbA1c ใช้สถิติทดสอบ Paired Samples t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนด้วยแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) พบว่า ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (EAPA Model) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วม (Participation) การประยุกต์ใช้ (Applied) กิจกรรม (Activities) และการประเมินผล (Evaluate) และได้เป็นโครงการในการแก้ไขปัญหา 3 โครงการดังนี้ 1) โครงการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบบูรณาการโดยทีมดูแลร่วมระดับตำบล ครอบครัวและชุมชนแบบมีส่วนร่วม และ3) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลเพื่อลดภาระเวลาและทรัพยากรของผู้ดูแล 2) ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า 2.1) ภายหลังการนำรูปแบบมาใช้ ครอบครัวและชุมชน มีระดับความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับมาก 2.2) ภายหลังการนำรูปแบบมาใช้ ระดับ HbA1c ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลงมากกว่าก่อนนำรูปแบบมาใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2.3) ภายหลังการนำรูปแบบมาใช้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีมีระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2, รูปแบบการดูแลสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

Abstract

This participatory action research with a mixed-methods design aimed to explore problems and needs in caring for older adults with type 2 diabetes through family and community participation, and to develop and evaluate a participatory care model. A total of 326 participants were involved, including 106 older adults with uncontrolled diabetes, 106 family members, 44 village heads, 15 local administrators, 10 health personnel, and 45 caregivers. Data collection employed biomarker assessments, interviews, questionnaires, observations, and lesson-learned synthesis. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Paired Samples t-test for HbA1c, while qualitative data underwent content analysis.

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

Research results found that: 1) The development of a care model for the elderly with type 2 diabetes using family and community participation using the Chronic Care Model revealed that the EAPA Model for the elderly with type 2 diabetes comprised participation, application, activities, and evaluation. This model resulted in three problem-solving projects: 1) a project to strengthen the capacity of caregivers of the elderly with type 2 diabetes using family and community participation; 2) a project to develop an integrated care system for the elderly with type 2 diabetes using a collaborative care team at the sub-district level, family, and community participation; and 3) a project to increase care efficiency to reduce the time and resource burden on caregivers. 2) The results of the implementation of the care model for the elderly with type 2 diabetes using family and community participation found that: 2.1) After the model was implemented, families and communities The level of knowledge and participation in caring for elderly people with type 2 diabetes was at a high level. 2.2) After the implementation of the model, the HbA1c level of elderly people with type 2 diabetes decreased significantly more than before the model was implemented, at a statistically significant level of 0.05. 2.3) After the implementation of the model, elderly people with type 2 diabetes had a high level of quality of life.

Keywords: Older adults with type 2 diabetes, health care model, family and community participation

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 โลกกำลังเผชิญกับปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรที่สำคัญ โดยเฉพาะการเข้าสู่สังคมสูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และระบบบริการสุขภาพ ทำให้อัตราการรอดชีวิตของประชากรสูงขึ้น ขณะเดียวกันอัตราการเกิดกลับลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นในทุกภูมิภาค[1] โดยทวีปเอเชียมีผู้สูงอายุสูงถึง 586 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด และถือเป็นภูมิภาคที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก[2] สำหรับประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และยังคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็นกว่า 3.4 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมในวงกว้าง เมื่อสังคมเข้าสู่ภาวะสูงวัยปัญหาด้านสุขภาพที่พบมากคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งกลายเป็นภาระสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก[3] ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขไทยระบุว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 60–69 ปี เพิ่มจากร้อยละ 16.7 เป็น 19.2 ในช่วงปี พ.ศ. 2557–2561[4] แนวโน้มดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่เพียงแต่เป็นปัญหาด้านสุขภาพแต่ยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจอย่างมาก โดยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในประเทศไทยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 16,388 คน หรืออัตราตาย 25.1 ต่อแสนประชากร[5] ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก[6] ได้กำหนดวัตถุประสงค์หลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไว้ 4 ด้าน ได้แก่ (1) การป้องกันอาการเฉียบพลันจากระดับน้ำตาลสูง (2) การส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงปกติ (3) การควบคุมเมตาบอลิซึมให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม และ (4) การป้องกันโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ล่าสุดชี้ว่า ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายเหล่านี้ได้ครบถ้วน โดยเฉพาะในด้าน การดูแลตนเอง (Self-care management) เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน[7,8,9,10]

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความซับซ้อนและต้องอาศัยความต่อเนื่อง

จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล (Caregiver) และครอบครัวเข้ามามีบทบาทสำคัญ เนื่องจากระบบบริการสุขภาพไม่สามารถดูแลได้ครอบคลุมทุกมิติ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด งานวิจัยหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน[11] การสร้างระบบดูแลที่บ้านและการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงถือเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยเสริมการจัดการโรคเบาหวานได้อย่างยั่งยืน ในมิติระดับพื้นที่ จังหวัดตราดถือเป็นตัวอย่างที่สะท้อนถึงปัญหาดังกล่าวอย่างชัดเจน โดยข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด[12] พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ในปี พ.ศ. 2565–2567 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อยู่ที่ 624.85, 697.52 และ 749.04 รายต่อแสนประชากรตามลำดับ ขณะที่อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ดีมีค่าเฉลี่ยเพียงร้อยละ 34–38 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 2.18–2.79 ต่อแสนประชากร) ปัญหานี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

แม้ว่าจะมีงานวิจัยจำนวนมากที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-care management) ของผู้ป่วยเบาหวาน และการศึกษาบทบาทของครอบครัวหรือผู้ดูแลที่มีต่อการควบคุมโรค [11,13] แต่ลักษณะงานวิจัยเหล่านี้ส่วนใหญ่ยังคงเน้นอยู่ที่ มิติรายบุคคล กล่าวคือ มุ่งศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หรือการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ในเชิงระบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทั้งจากครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และชุมชน เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องอาศัยการจัดการที่ต่อเนื่องและซับซ้อน[14] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่มีอยู่ยังขาดการบูรณาการเชิงโครงสร้างและเชิงระบบ ที่เชื่อมโยงผู้เกี่ยวข้องทุกระดับเข้ามามีบทบาทร่วมกันอย่างเป็นทางการ ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ชุมชนที่มีเครือข่ายสนับสนุน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนบุคลากรสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิ การทำงานวิจัยในลักษณะ Multi-sectoral participation ที่บูรณาการทุกภาคส่วนจึงยังมีอยู่อย่างจำกัด[15] นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาในบริบทของจังหวัดตราด ซึ่งมีลักษณะประชากรเป็นสังคมชายแดน มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างจากจังหวัดอื่น[12] ยิ่งทำให้เห็นชัดเจนว่าการนำรูปแบบการดูแลที่ถูกพัฒนาขึ้นในพื้นที่อื่น ๆ มาใช้โดยตรงอาจไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในพื้นที่ งานวิจัยที่สามารถพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 แบบบูรณาการ ซึ่งสะท้อนความร่วมมือของทุกภาคส่วนในระดับปฐมภูมิ และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในชุมชน จึงยังเป็นช่องว่างทางวิชาการและภาคปฏิบัติ ที่จำเป็นต้องได้รับการศึกษาและพัฒนาอย่างเร่งด่วน

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[16] ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข กำนันผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคลากรสาธารณสุข ในการสะท้อนปัญหา ร่วมวางแผน ลงมือปฏิบัติ และประเมินผล เพื่อสร้างต้นแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริง และสามารถต่อยอดไปสู่ระดับจังหวัดและประเทศได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนไปใช้ ครอบครัวชุมชนมีระดับความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนนำรูปแบบไปใช้

2. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนไปใช้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) ลดลงมากกว่าก่อนนำไปใช้

3. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนไปใช้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนนำรูปแบบไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยใช้รูปแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research)

1. ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ในครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อายุ 60-70 ปี ที่อยู่อาศัยในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดตราด ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 1,058 คน กลุ่มที่ 2 บุคคลในครอบครัว จำนวน 680 คน กลุ่มที่ 3 กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 97 คน กลุ่มที่ 4 นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 15 คน กลุ่มที่ 5 บุคลากรสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตราด) จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 6 ผู้ดูแล (Caregiver) จำนวน 272 คน รวมทั้งสิ้น 2,132 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ในครั้งนี้ ได้จากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณสัดส่วนจากตารางของเครจซี่และมอร์แกน[17] และเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย 6 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อายุ 60-70 ปี ที่อยู่อาศัยในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดตราด ปี พ.ศ. 2567 ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 106 คน

กลุ่มที่ 2 บุคคลในครอบครัว ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 106 คน

กลุ่มที่ 3 กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 44 คน

กลุ่มที่ 4 นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 15 คน

กลุ่มที่ 5 บุคลากรสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตราด) ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 10 คน

กลุ่มที่ 6 ผู้ดูแล (Caregiver) ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 45 คน

รวมทั้งสิ้น 326 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรต้น (Independent Variable) ได้แก่ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) มี 4 ตัว ได้แก่ 1) ระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 3) ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) และ 4) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

4. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

4.1 ชุดที่ 1 เครื่องมือตรวจวัดตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarkers) ได้แก่ การตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1c: HbA1c)

4.2 ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ (Interview form) สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีด้วยกัน 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด อาการแทรกซ้อนจากเบาหวาน สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ

4.3 ชุดที่ 3 แบบสอบถาม (Questionnaire) สำหรับผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ได้แก่ บุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตราด) และผู้ดูแล (Caregiver) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา บทบาทเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และประสบการในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งเป็น 5 ด้านสำคัญ จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบไปด้วย 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 5) ด้านการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล จำนวน 16 ข้อ

4.4 ชุดที่ 4 แบบสังเกตการมีส่วนร่วมจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด

4.5 ชุดที่ 5 แนวทางสรุปการถอดบทเรียน เป็นการกำหนดหัวข้อของสิ่งที่ต้องการในการถอดบทเรียน ประกอบด้วย ความเป็นมาของกิจกรรม วัตถุประสงค์ เปรียบเทียบการปฏิบัติตามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในครั้งนี้ ข้อเสนอแนะ ข้อค้นพบใหม่

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย แนวทางการดำเนินงานและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Quality of Life) และแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อนำมากำหนดและสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมเนื้อหา ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวม 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำมาปรับปรุงให้มีความถูกต้องสมบูรณ์

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) ด้วยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่แก้ไขและปรับปรุงและไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach เพื่อหาความน่าเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม โดยแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 แบบสอบถามสำหรับสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 แบบสังเกต การสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.83 และแบบสรุปแนวทางการถอดบทเรียนมีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.86

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ผู้วิจัยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล 2 แบบ ได้แก่เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) ผู้วิจัยใช้เครื่องมือตรวจวัดตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarkers) และแบบสัมภาษณ์ (Interview form) ประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1-2 ในการรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1-2 ในการรวบรวมข้อมูลจากบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 บุคลากรสาธารณสุขกำนันผู้ใหญ่บ้านและนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยก่อนการให้ตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยขอความยินยอมในการเก็บแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม และแจ้งกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม พร้อมขออนุญาตนำข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ได้ไปใช้ในการวิจัยโดยให้มั่นว่าจะรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล

3) ผู้วิจัยจะนำแบบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามส่งให้กลุ่มตัวอย่างและให้ความเป็นส่วนตัวในการตอบ เพื่อสร้างความสบายใจให้กับกลุ่มตัวอย่าง

4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาและให้ความร่วมมือ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) ผู้วิจัยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสังเกตการมีส่วนร่วมจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด และแนวทางสรุปการถอดบทเรียน เป็นการกำหนดหัวข้อของสิ่งที่ต้องการในการถอดบทเรียน โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยขอความยินยอมในการเก็บข้อมูลและขออนุญาตนำข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ได้ไปใช้ในการวิจัยโดยให้มั่นว่าจะรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิต ระดับความรู้ ระดับการมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C) ใช้สถิติทดสอบ Paired Samples t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสังเกต การสนทนากลุ่ม และข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของผู้เชี่ยวชาญ สรุปสาระสำคัญที่ได้จากการดำเนินกิจกรรม โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

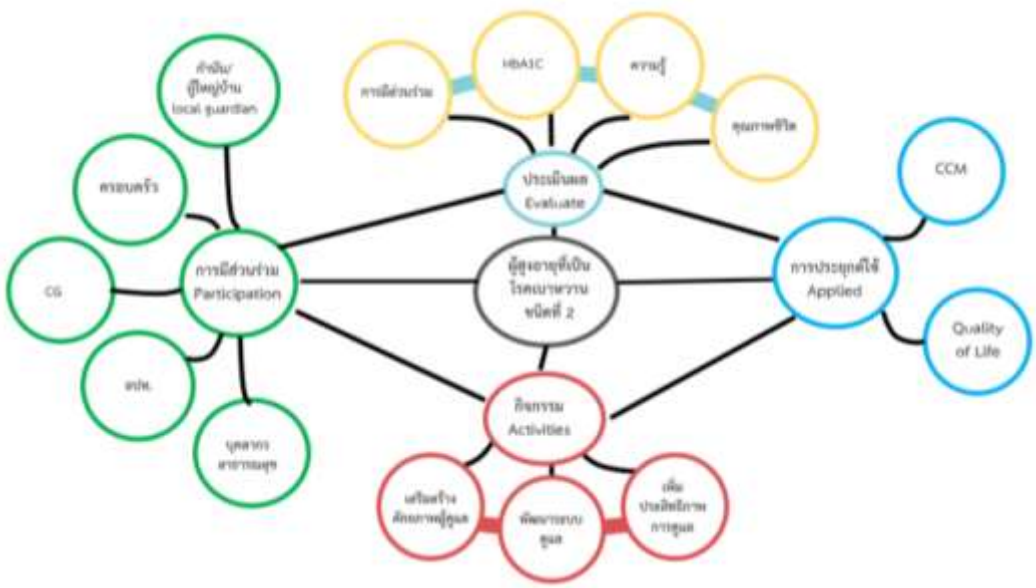
วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด รหัสโครงการวิจัย 20/2567 วันที่รับรอง 9 กรกฎาคม 2567 หมดอายุ 8 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ผลการวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเมือง จังหวัดตราด ยังคงประสบปัญหาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2567 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 749.04 ต่อแสนประชากร ขณะเดียวกันอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานมีเพียงร้อยละ 35.19 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวานในอัตรา ร้อยละ 2.70 และอัตราการป่วยตายอยู่ที่ 2.79 ต่อแสนประชากร โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คิดเป็น ร้อยละ 17.80 สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงปัญหาสาธารณสุขที่มีความรุนแรงและซับซ้อน ซึ่งมิได้จำกัดอยู่เฉพาะประเด็นทางคลินิก หากแต่ยังเชื่อมโยงกับมิติครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวยังคงเผชิญข้อจำกัดด้านความรอบรู้สุขภาพ การจัดการเวลา และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในด้านโภชนาการ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การติดตามการรักษา รวมถึงการจัดการกับปัจจัยแวดล้อมทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรมการบริโภค และภาวะทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุถดถอยลง นอกจากนี้ การดูแลของครอบครัวยังขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระงานนอกบ้าน ทำให้รูปแบบการดูแลมีลักษณะเป็นการดูแลเป็นช่วงเวลา ขณะที่กลไกการสนับสนุนของชุมชน แม้จะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นโครงสร้างพื้นฐาน แต่การทำงานยังคงเป็นลักษณะแยกส่วน ขาดการบูรณาการและความต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุยังคงเป็นเชิงรับ

มากกว่าการดำเนินงานเชิงรุก ผลจากการระดมความคิดเห็นและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ได้สะท้อนถึง ความต้องการที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความรอบรู้และทักษะเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุและครอบครัวโดยใช้การเรียนรู้แบบลงมือทำที่ครอบคลุมทั้งด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การใช้ยาอย่างปลอดภัย การติดตามภาวะแทรกซ้อน และการดูแลด้านสังคม 2) การพัฒนาระบบการดูแลเชิงรุกและต่อเนื่องผ่านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการและการใช้ตัวชี้วัดที่เข้าใจง่ายและสร้างแรงเสริมเชิงบวก และ 3) การจัดตั้งกลไกประสานงานของภาคีเครือข่ายที่มีความชัดเจนและเข้มแข็ง ครอบคลุมตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน จนถึงโรงพยาบาล พร้อมระบบการสื่อสารข้อมูลย้อนกลับสู่ชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการติดตาม ปรับปรุง และแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยดำเนินการวิจัยตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 ร่วมกันวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 ร่วมกันปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล (Observing) และขั้นตอนที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflection) พบว่าได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (EAPA Model) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วม (Participation) การประยุกต์ใช้ (Applied) กิจกรรม (Activities) และการประเมินผล (Evaluate) และได้เป็นโครงการในการแก้ไขปัญหา 3 โครงการดังนี้ 1) โครงการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบบูรณาการโดยทีมดูแลร่วมระดับตำบล ครอบครัวและชุมชนแบบมีส่วนร่วม และ 3) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลเพื่อลดภาระเวลาและทรัพยากรของผู้ดูแล โดยมีรูปแบบดังนี้



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด (EAPA Model)

3. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ดังนี้

3.1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคุณภาพชีวิตที่

สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .268

3.2 การทดสอบความแตกต่างของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าโครงการ

ตารางที่ 1 การทดสอบความแตกต่างของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าโครงการโดยสถิติทดสอบ t-test (n = 106)

ตัวแปรที่ศึกษา ระดับ HbA1c	t-test for Equality of Means				
	M	*SD*	t	df	Sig
ก่อนเข้าโครงการ	8.993	.8333	-29.697	105	.000
หลังเข้าโครงการ	7.345	.7361			

*$P < .05$

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าโครงการ พบว่า ระดับของ HbA1c ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังมีการติดตามประเมินผลความคงอยู่ของรูปแบบอีก 6 เดือน

3.3 ระดับความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ภาพรวมความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการมีความรู้ภาพรวม อยู่ในระดับสูง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 17.7 ระดับปานกลาง จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 61.8 และระดับต่ำ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 ในขณะที่หลังเข้าร่วมโครงการกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ภาพรวมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

3.4 ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.75 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .173

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ผลการวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดตราดยังคงมีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะการขาดความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง แม้ว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะเข้าใจเรื่องการรับประทานยาและการหลีกเลี่ยงอาหารหวาน แต่ยังมีความรู้ไม่เพียงพอในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพเท้า และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้การนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงยังไม่ต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระงานนอกบ้าน ทำให้เกิดการดูแลแบบไม่สม่ำเสมอซึ่งส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและเพิ่มความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ปัญหานี้ยังสะท้อนโครงสร้างสังคมเมืองกึ่งชนบทที่ทำให้ครอบครัวไม่สามารถจัดสรรเวลาในการดูแลได้เพียงพอ อีกทั้งกลไกของภาคีเครือข่าย แม้จะมี รพ.สต., อสม. และ อปท. เป็นหน่วยสนับสนุน แต่ยังขาดความเป็นระบบและความต่อเนื่อง ทำให้การดูแลมีลักษณะเชิงรับมากกว่าการรุก สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการ

ยกระดับความรู้และทักษะ หากปราศจากการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง การควบคุมโรคจะไม่ประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกานต์ชนก สุทธิผล[18] ที่ระบุว่าความรู้และทักษะสุขภาพสัมพันธ์กับการควบคุมระดับ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญ ผู้ที่มีความรู้ไม่เพียงพอมักควบคุมโรคได้ไม่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพรรณ ผิวนวลและประทุม เนตรินทร์[19] ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งหมดนี้ยืนยันว่าการขาดความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการใช้ยาที่ถูกต้องเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของความล้มเหลวในการควบคุมโรค ดังนั้น การจัดการปัญหาในพื้นที่จึงไม่ควรจำกัดเพียงการเพิ่มบริการทางการแพทย์ แต่จำเป็นต้องสร้างกลไกสนับสนุนที่ทำให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตในระยะยาว

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในครั้งนี้ออกแบบบนพื้นฐานของ (CCM) ผนวกกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงตั้งแต่การระบุปัญหา การวิเคราะห์รากสาเหตุ การกำหนดแนวทาง ไปจนถึงการออกแบบกิจกรรมและปฏิบัติจริง ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและเหมาะสมกับบริบทชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของ Wagner et al.[20] ที่ระบุว่าการดูแลโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิผลต้องประกอบด้วยการสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบบริการที่ออกแบบชัดเจน การสนับสนุนการตัดสินใจ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และการเชื่อมโยงทรัพยากรในชุมชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของศุภาวดี พันธ์หนองโพน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์[21] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้แนวคิด CCM แล้วพบว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นและเชื่อมโยงกับเครือข่ายชุมชนอย่างเป็นระบบ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ กมล กลิ่นไทย, ปัทมา สุพรรณกุลและอรพินท์ สิงหเดช[22] ที่ชี้ว่าปัจจัยสำคัญคือการสนับสนุนจากองค์กร ความรู้บุคลากร และการมีนโยบายที่ชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bongaerts et al.[23] ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลที่ใช้ CCM สามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกโดยเฉพาะในการควบคุมระดับ HbA1c ให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kong et al.[24] ที่ยืนยันว่าการใช้ CCM ในศูนย์สุขภาพชุมชนช่วยลดระดับ HbA1c และยกระดับคุณภาพชีวิตได้จริง ดังนั้นการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ช่วยเน้นย้ำความสำคัญของการบูรณาการ CCM และ PAR และยืนยันว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีประสิทธิผล ยั่งยืน และสามารถต่อยอดไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงได้ ซึ่ง สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 2

3. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ส่งผลเชิงบวกทั้งด้านผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิต และกระบวนการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการควบคุมระดับ HbA1c ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภาวดี พันธ์หนองโพน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์[21] ที่ยืนยันว่าการใช้ CCM ในบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถลดระกับ HbA1c ได้อย่างชัดเจนเมื่อบูรณาการร่วมกับหลายองค์ประกอบ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพรรณ ผิวนวล และประทุม เนต

รินทร์[19] ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองสัมพันธ์กับความรู้และปัจจัยทางสังคม จึงสะท้อนว่ากิจกรรมการเรียนรู้ การติดตามต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริง ด้านคุณภาพชีวิต พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นจากระดับปานกลางไปสู่ระดับสูง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพรรณ ชุณหการกิจ[25], AL-Din et al.[26] และธิติรัตน์ ราศิริ และสมตระกูล ราศิริ[27] ที่พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ด้านผู้ดูแลพบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องโภชนาการ การใช้ยา และการจัดการภาวะแทรกซ้อน ทำให้การดูแลที่บ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาพงศ์ เตชะสืบ, วราภรณ์ บุญเชียง และรังสิยา นารินทร์ [28] ที่พบว่าการเพิ่มความรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลช่วยลดระดับน้ำตาลได้จริง ด้านการมีส่วนร่วมชุมชน พบว่าการดำเนินงานตามรูปแบบสามารถสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งระหว่างครอบครัว อสม. กำนันผู้ใหญ่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านการวางแผนการเยี่ยมบ้าน และเวทีถอดบทเรียน ทำให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วมของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยวและอรุณ บุญสร้าง[29] และกมล กลิ่นไทย, ปัทมา สุพรรณกุลและอรพินท์ สิงหเดช[22] ที่พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก ความรู้เกี่ยวกับ CCM และนโยบาย/ภาวะผู้นำ เป็นตัวพยากรณ์สำคัญของคุณภาพการบริการ นอกจากนี้ยังช่วยอธิบายว่าการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและอสม. อย่างเป็นระบบที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งด้าน HbA1c คุณภาพชีวิต ความรู้ผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งทำให้ CCM มีชีวิตจริงในระดับชุมชน โดยอาศัยพลังครอบครัวและเครือข่ายท้องถิ่น จะก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทั้งเชิงคลินิกและคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ข้อที่ 2 และข้อที่ 3

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระดับครอบครัวและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรส่งเสริมการประยุกต์ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การจัดแผนโภชนาการครอบครัว การกำกับติดตามสุขภาพร่วมกัน และการสร้างกิจกรรมที่เสริมสุขภาพซึ่งสามารถดำเนินการได้ภายในครัวเรือน การนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในระดับครอบครัวจะช่วยเสริมสร้างความต่อเนื่องในการดูแล

2. ระดับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรสำหรับการดำเนินกิจกรรมภายใต้รูปแบบ เช่นการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนเบาหวาน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสนับสนุนกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ การบูรณาการดังกล่าวจะช่วยให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองและสร้างระบบการดูแลสุขภาพเชิงรุกที่มีความยั่งยืน

3. ระดับหน่วยบริการสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนควรนำผลการวิจัยไปปรับใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการโดยจัดตั้งทีมดูแลร่วมสหสาขาวิชาชีพที่เพียงพอ เพื่อทำหน้าที่วางแผนการดูแลรายบุคคล และบูรณาการบทบาทของบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ

4. ระดับนโยบาย ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้เป็นระบบที่ยั่งยืนและสามารถขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการวิจัยเชิงติดตามในระยะยาว (longitudinal study) โดยการติดตามผลลัพธ์ของการนำรูปแบบไปใช้ในระยะ 1–2 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในเชิงลึก เช่น การคงอยู่ของระดับ HbA1c ที่อยู่ในเกณฑ์ การลดลงของอัตราภาวะแทรกซ้อน และการยกระดับคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้สูงอายุ

2. ควรมีการวิจัยในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางบริบท เพื่อขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่น ๆ ที่มีความแตกต่างทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม เพื่อเปรียบเทียบและปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสมกับความหลากหลายของบริบท และสามารถพัฒนาเป็นต้นแบบระดับประเทศได้อย่างครอบคลุม

3. ควรมีการวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ในการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการนำรูปแบบไปใช้ เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคม ทั้งในด้านการลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและการเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของระบบสุขภาพ ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population prospects 2019. New York: United Nations; 2019.
2. World Health Organization. World health statistics 2020. Geneva: WHO; 2020.
3. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 10th ed. Brussels: IDF; 2021.
4. Karnjanapiboonwong A, Khamwangsanga P, Kaewtha S. Situation NCDs: Diabetes mellitus, hypertension and related risk factors 2019. Bureau of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2020. (in Thai).
5. ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์. อธิบดีกรมควบคุมโรค. สัมภาษณ์; 13 พ.ย. 2565. (ภาษาไทย).
6. World Health Organization. Diabetes mellitus: report of a WHO study group. Geneva: WHO; 1985.
7. Miller TA, DiMatteo M.R. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. Diabetes Metab Syndr Obes. 2013;6:421-6.
8. วรรณี นิธิยานันท์. การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข;2553.
9. จิรพรรณ ผิวนวล, ประทุม เนตรินทร์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้ว ใน ตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2561;1(2):46-61.
10. กานต์ชนก สุทธิผล. ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2565;5(2):1-12.
11. Alvarado-Martel D, Ruiz Fernández MÁ, Cuadrado Vigaray M, Carrillo A, Boronat M, Nóvoa FJ. Family support and diabetes management in older adults: a systematic review. Diabetes Res Clin Pract. 2019;151:43-55.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดตราด (HDC). ตราด: ร้านตราดการพิมพ์; 2564.
13. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler MC, Zhu Y, Fu H. Effects of self-care, social support, and quality of life on glycemic control in adults with type 2 diabetes. BMC Endocr Disord. 2022;22(1):40.
14. Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: a consensus report. Diabetes Educ. 2020;46(4):350-69.
15. Shirvani T, Javadivala Z, Azimi S, Shaghaghi A, Fathifar Z, Bhalla HDR, et al. Community-based educational interventions for prevention of type II diabetes: a global systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2021;10(1):81.
16. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University; 1988.

17. Krejcie RV, Morgan DE. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):608-9.
18. กานต์ชนก สุทธิผล. ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2565;5(2):1-12.
19. จิรพรรณ ผิวนวล, ประทุม เนตรินทร์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้ว ใน ตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2561;1(2):46-61.
20. Walker S, Sechrist K, Pender N. The health-promoting lifestyle profile II. 1995.
21. ศุภาวดี พันธ์หนองโพน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(2):55-65.
22. กมล กลิ่นไทย, ปัทมา สุพรรณกุล, อรพินท์ สิงหเดช. ปัจจัยพยากรณ์การให้บริการของทีมสหวิชาชีพตามแนวทางของ Chronic Care Model ในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่ สปสช. เขต 3 นครสวรรค์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(2):162-71.
23. Bongaerts BW, Müssig K, Wens J, Lang C, Schwarz P, Roden M, et al. Effectiveness of chronic care models for the management of type 2 diabetes mellitus in Europe: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2017;7(3):e013076.
24. Kong JX, Zhu L, Wang HM, Li Y, Guo AY, Gao C, et al. Effectiveness of the chronic care model in type 2 diabetes management in a community health service center in China: a group randomized experimental study. J Diabetes Res. 2019;2019:1-9.
25. สุภาพรรณ ชุณหการกิจ. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษาโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง. วารสารกรมการแพทย์. 2562;44(1):101-7.
26. Al-Din MH, Magdy B, Ramadan H. Quality of life in elderly people with type 2 diabetes using EQ-5D-5L tool: a case-control study. Egypt J Intern Med. 2022;34(1):91.
27. ธิติรัตน์ ราศิริ, สมตระกูล ราศิริ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2562;2(3):57-68.
28. จุฑาพงศ์ เตชะสืบ, วราภรณ์ บุญเชียง, รังสิยา นารินทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน. พยาบาลสาร. 2563;47(2):111-21.
29. ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว, อรุณ บุญสร้าง. กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(3):49-61.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025

Part III

ISSN : 3027-866X (Online)
ISSN : 3027-8678 (Print)

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025
Part 3

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง : กรณีศึกษา 2 ราย 521
สงกรานต์ ขันเลื่อน

แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี 533
ธีระศักดิ์ พลสวัสดิ์ ,เอื้อมพร ชมภูมี ,บรรเทิง พลสวัสดิ์

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม 544
ศศิธร แก้วสกุล

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 555
หาญชัย อังคนาวราพันธุ์

พัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา 563
นิตยา วันวาน

ประสิทธิผลของโปรเจสเตอโรน ต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 571
อรุณรัตน์ อังคะรุด ,อภิชญา อารีเอื้อ

การพยาบาลผู้ป่วยทารกที่มีภาวะปอดอักเสบ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 578
กนกวรรณ ดาวฮามแป

การพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี 587
รัก ธนะไพบูลย์

รูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 596
ยุพาภรณ์ บุญเจริญ

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา 606
ดาวเรือง สอนน้อย

ทัศนคติและการรับรู้ของครูและผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาชั้น ป.4-6 615
กัลยภรณ์ เชยโพธิ์ ,พรทิพย์ แพกระจ่าง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช 624
ธรรมนูญ ชามทอง ,กรณิกา โกฏิกุล1 ,วิภารัตน์ ชุมหล่อ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้การแพทย์ทางไกลในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ 635
ใล จุลสม ,โชคนิติพัฒน์ วิสูญ ,เอมอร ทาระคำ

ภาวะซึมเศร้าและการเฝ้าระวังอาการที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร 642
ปัทมา คงบุญรักษ์

การพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนาคู 655
บุญญาพร สุรสาย

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย 659
พิกุลทอง พลนาคู

ผลการใช้กระบวนการต่อรองราคายาในกระบวนการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 671
ตนุภัทร จำนงค์ศรี

พฤติกรรมบริการของพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก 679
เถลิงศักดิ์ บุญบำเรอ ,สมใจ ศิระกมล ,ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์

ผลของการให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยผ่านสื่อออนไลน์สำหรับผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง จังหวัดตรัง 688
ปนิตา พรหมพิทักษ์ ,ภัทราภรณ์ เต็งโรจน์นภาพร

การพัฒนาระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ 695
จตุชัย จันทับ

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025
Part 3

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทโธ 704
พรพิรุณ อำนวยผล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดคีโตนคั่ง: กรณีศึกษา 2 ราย 710
วริณธา ณ พิบูล

การพัฒนาและออกแบบการแจ้งเตือนในระบบ HIS เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (CDSS) ตามแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล สำหรับผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี 721
ภัคชัญญา ทันชม

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน 729
พัชรี วงศ์ฝั้น

การพัฒนาคุณภาพการประเมินและการจัดการผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) โดยใช้แบบประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEW score) หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี 737
จุฑารัตน์ เรืองชุม

ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ 747
อติพร ทองหล่อ ,เอื้อจิต สุขพูล ,ธิสาชล ธันยาวราธร ,อรอุมา แก้วเกิด

การศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดจากการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: manual vacuum aspiration) ในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกระหว่างการใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำและการใช้ยาชาเฉพาะที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 756
พงศ์อนันต์ จันดารัตน์

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 39 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ กรกฎาคม – กันยายน 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับ แพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัวในผู้สูงอายุ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน การตลาด 4Ps ที่มีต่อการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีน การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด การเตรียมความสะอาดลำไส้ก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ แผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยไตเรื้อรังต่อการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคอง ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง ภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่าย ระหว่างการบริหารยา Omeprazole พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ส่งผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา นวัตกรรมการพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ การให้บริการอุดฟันและเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียน การป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย การประเมินคุณภาพน้ำบาดาลในพื้นที่ด้วยดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความชุกและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม การจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุ การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ การรักษาด้วยการใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกอันเดียวและหลายอันในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีที่มีนิ่วขนาดใหญ่ การเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต การสอนทักษะการสื่อสารทางสังคมนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัม อินโฟกราฟิกในการให้ความรู้ด้านทันตสุภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน การรักษาผู้ป่วยโรคเริมด้วยครีมพญายอเทียบกับครีม Acyclovir การนำนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัย การใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประสิทธิผลของโปรเจสเตอโรน ต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ทัศนคติและการรับรู้ของครูและผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาชั้น ป.4-6 ภาวะซึมเศร้าและการเฝ้าระวังอาการที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพยาบาลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with Substance Use, Aggressive Behavior, and High Risk of Violence : Case Study 2 Case

(Received: September 24,2025 ; Revised: September 28,2025 ; Accepted: September 29,2025)

สงกรานต์ ขันเลื่อน[1]
Songkran Kunluen[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบลผู้ใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านฝางเลือกผู้ป่วยที่มีผลตรวจ Methamphetamine ผล Positive และมีประวัติที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน โดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน การประเมินอาการ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน (Acute care) พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนร่วมกับกระบวนการพยาบาลนำมาวิเคราะห์กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลวางแผนให้การพยาบาลโดยจัดตาม กระบวนการพยาบาล และ หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspects of Care) เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลได้อย่างครบถ้วนผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินจนอาการสงบ และส่งต่อไปรักษาตามความรุนแรงของผู้ป่วยและติดตามดูแลหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ

ผลการศึกษา ผู้ใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง กรณีศึกษา 2 ราย ที่ได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านฝาง ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 23 มิถุนายน 2568 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2568 กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 48 ปี ใช้สารเสพติดได้แก่ ยาบ้า จนเกิดอาการ ทางจิต หวาดระแวง มีพฤติกรรมก้าวร้าวอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นและทำลายข้าวของ มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับสูง หลังให้การบำบัดรักษาด้วยยาต้านโรคจิตทั้ง ยาฉีดออกฤทธิ์ระยะสั้น ยาฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว ชนิดรับประทาน ยาควบคุมอารมณ์ และจิตสังคมบำบัด จนอาการสงบสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยอายุ 44 ปี ใช้สารเสพติดได้แก่ ยาบ้า มีพฤติกรรมก้าวร้าวและเสี่ยงต่อการก่อ ความรุนแรงระดับสูง จนเกิดอาการ ทางจิต ประสาทหลอน มีภาวะหวาดระแวง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจะทำร้ายผู้อื่น หลังให้การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจิตเวชด้วยยาต้านโรคจิตทั้งชนิดรับประทาน ยาฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว ยาควบคุมอารมณ์ และจิตสังคมบำบัด สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมได้เหมาะสมและกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ แต่ยังควบคุมอารมณ์ได้น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีศึกษารายที่ 1 และยังมีความคิดหลงผิดที่ยังหลงเหลืออยู่ ซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณ ระยะเวลาการใช้สารเสพติด และความกดดันจากการถูกครอบครัวปฏิเสธ การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายจึงมีความจำเป็นต้องส่งต่อภาคีเครือข่ายร่วมดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด เนื่องจากเป็นผู้ป่วยใช้ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ ความรุนแรง

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด , การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว, ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง,ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดที่มีอาการทางจิต

Abstract

This study was comparative case analysis of two patients, aimed at exploring nursing care for substance users exhibiting aggressive behaviors with a high risk of violence, treated at the Emergency Department of Ban Fang Hospital. Patients were selected based on positive methamphetamine screening results and a history of aggressive behaviors posing potential harm to family and community. Data were collected from patients, relatives, and medical records, including symptom assessment, history-taking, and physical examination from the acute care phase. Health status was assessed using Gordon's Functional Health Patterns combined with the nursing

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

process to identify nursing diagnoses and plan care according to the nursing process and the seven aspects of professional nursing clinical care, ensuring comprehensive care planning.

Both patients received emergency nursing care until stabilization, followed by referral according to severity and post-discharge follow-up to prevent relapse. Case 1 involved a 48-year-old Thai male methamphetamine user with psychotic symptoms, paranoia, and severe aggressive behavior. After treatment with short-acting and long-acting injectable antipsychotics, oral antipsychotics, mood stabilizers, and psychosocial therapy, his symptoms stabilized, allowing safe return to his family. Case 2 involved a 44-year-old Thai male methamphetamine user with severe aggression, psychosis, hallucinations, and paranoia, resulting in harmful behavior towards others. He received inpatient treatment at a psychiatric hospital, including oral and long-acting injectable antipsychotics, mood stabilizers, and psychosocial therapy, which improved his emotional and behavioral control, though residual delusional thoughts remained. Compared to Case 1, his emotional control was less stable, likely due to prolonged and high-volume substance use and stress from family rejection. Discharge planning for both cases required referral to community network partners to ensure maximum safety, as both patients had psychiatric symptoms and high risk of violence.

Keywords: Nursing care for substance users, Aggressive behavior management, High-risk violent behavior, Psychotic symptoms in substance users

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดยังคงเป็นประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้ ยาบ้า (Methamphetamine) ที่พบว่าอาจก่อให้เกิด ความผิดปกติทางจิตเวช เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน และพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการก่อความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน[1] รายงานจาก กรมสุขภาพจิต [2] ระบุว่า ผู้ใช้สารเสพติดที่มีปัญหาทางจิตเวช มีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 โดยเฉพาะในช่วงภาวะฉุกเฉินที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ซึ่งเป็นภาวะที่ท้าทายสำหรับการดูแลในห้องฉุกเฉิน เนื่องจากต้องอาศัยการวิเคราะห์สภาพปัญหาอย่างรวดเร็ว การควบคุมพฤติกรรม และการจัดการความเสี่ยงที่มีต่อทั้งบุคลากรและผู้อื่น แม้จะมีแนวทางในการบำบัดรักษาทางการแพทย์ แต่การพยาบาลผู้ติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวยังคงพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในบริบทฉุกเฉิน การสร้างความสัมพันธ์แบบรักษา (Therapeutic Relationship) ภายใต้ภาวะวิกฤต รวมถึงความต่อเนื่องในการติดตามดูแลหลังจำหน่าย ดังนั้น การศึกษากรณีการพยาบาลผู้ใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและเสี่ยงต่อความรุนแรง จึงมีความจำเป็นเพื่อให้เห็นภาพเชิงลึกของปัญหาและแนวทางการจัดการทางการพยาบาลที่เหมาะสมในบริบทของโรงพยาบาลระดับอำเภอ

โรงพยาบาลบ้านฝาง ให้การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด จากสถิติผู้ป่วยสารเสพติดเข้ารับการรักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 70 คิดเป็นร้อยละ 29.45, ปีพ.ศ. 2566 จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ48.19, และปี พ.ศ.2567 จำนวน 191 คนคิดเป็นร้อยละ 68.26 พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารเสพติดนำไปสู่ความรุนแรงส่งผลกระทบต่อตัวเอง

ครอบครัว ชุมชน การแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและนอนโรงพยาบาลหรือส่งต่อได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของหรือพฤติกรรมก้าวร้าวที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยใช้สารเสพติดไม่คงที่ ไม่แน่นอน แม้บางครั้งผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาอาการสงบเตรียมกลับบ้านยังสามารถเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำได้[3] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อ

กลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนแล้วมักจะมีปัญหาขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และยังคงกลับไปใช้สารเสพติดทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ พฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อเกิดขึ้นแล้วมักจะเกินขีดความสามารถของญาติ ครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยกลุ่มนี้นับเป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence) ส่งผลให้เกิดความหวาดกลัวผู้ป่วยมักถูกปฏิเสธ และไม่สามารถกลับสู่ครอบครัวและชุมชนได้ ปัญหาการใช้สารเสพติดมีความยุ่งยาก ซับซ้อน และรุนแรงมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจากสารเสพติดจึงต้องดูแลอย่างครอบคลุมตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน (Acute care) ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟูและเตรียมจำหน่าย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ลดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้รับความปลอดภัย สามารถปรับตัวกลับไปอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยเปรียบเทียบ กรณีศึกษา 2 ราย

2.เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence : SMI-V)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1.ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2.เลือกผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต จำนวน 2 ราย

3.ขออนุมัติหัวหน้าพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

4.ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

5.ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลร่วมกับหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care)

6.วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย สรุปผลการศึกษาและปัญหาอุปสรรค ประเด็นการนำไปใช้ประโยชน์

7. สรุปผลการนำไปใช้ประโยชน์ต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและทีมการพยาบาล

8..จัดทำผลงานวิชาการและเผยแพร่ผลงานนำไปใช้ประโยชน์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) ผลการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายเป็นดังนี้

1.การประเมินภาวะสุขภาพ

ผลการประเมินภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรสจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีพี่น้อง 3 คน ผู้ป่วยเป็นคนเล็ก แต่แยกครอบครัวออกไป สมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วย ภรรยาและลูก 2 คน รวม 5 คน เริ่มใช้ยาบ้าตอนอายุ 25 เริ่มใช้เพราะช่วยในงานอาชีพผู้ป่วยมีอาชีพทำงานก่อสร้าง ต่อมาเริ่มรับเหมาต่อเติมบ้านงานเร่งมีรายได้พอเลี้ยงดูครอบครัว ภรรยาทำงานโรงงานไกล้บ้าน หลังๆเสพมากขึ้นเพราะเชื่อว่าช่วยในการทำงาน หนักเข้าพฤติกรรมเปลี่ยนไป เริ่มไม่นอน พูดบ่นคนเดียว งานและเงินเริ่มลดลงมีอาการหวาดระแวง คิดว่าภรรยามีคนอื่น จึงมีอาการหึงหวงภรรยา	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 44 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพ หย่าร้าง จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีพี่น้อง 4 คนเดิมเป็นหัวหน้าทำงานที่ กทม. ปัจจุบันมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คนประกอบด้วยตัวผู้ป่วยและบุตรชายอายุ 16 ปี ทั้ง 2 คนมีพฤติกรรมเสพยาบ้า ดื่มสุรา ทำงานรับจ้างทั่วไป ได้เงินมาซื้อยาบ้าเสพไม่ได้ช่วยเหลือครอบครัว อาศัยอาหารการกินกับครอบครัวพี่สาวและบิดามารดา
อาการสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล	พูดคนเดียว ไม่นอน เอะอะโวยวาย อาละวาด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ใช้มีดจี้ภรรยาและขังในห้องน้ำ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง	ประสาทหลอน พูดคนเดียว เอะอะโวยวาย อาละวาด ก้าวร้าว ทำลายข้าว จะใช้มีดทำร้ายมารดาและพี่สาว ขู่ขอเงินเพื่อจะนำไปเสพยาเป็นมา 1 วัน
อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	1 วันก่อนมามีอาการ หงุดหงิด หวาดระแวงพูดคนเดียว ไม่นอน เอะอะโวยวาย ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทะเลาะกับภรรยา ขู่ภรรยาใช้มีดจี้ไปขังในห้องน้ำผู้นำ โทรแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อให้ความช่วยเหลือและนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลบ้านฝาง	1 วันก่อนมาใช้ยาบ้า (แอมเฟตามีน) หงุดหงิด โวยวาย มีหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นคนรวยมีเงินเป็นจำนวนมาก อาระวาด จะใช้มีดทำร้ายมารดาและพี่สาว ขู่ขอเงินเพื่อจะนำไปซื้อยาบ้ามาเสพญาติจึงแจ้งฝ่ายปกครองและนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธโรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัวเรื้อรัง 10 ปีก่อนเคยมีอาการหงุดหงิดอาระวาดเมื่อมีการเสพยาหนักแต่ เคยเข้ารับการรักษาที่ กทม.แต่รักษาไม่ต่อเนื่องยังคงเสพยาบ้า 1 เดือนก่อนมาหงุดหงิดอาระวาด จะทำร้ายภรรยาเพราะคิดว่าภรรยามีชู้ภรรยาจึงขอเลิกเพราะทนพฤติกรรมไม่ไหว
ประวัติการใช้สารเสพติด	ผู้ป่วยดื่มสุราและใช้ยาบ้ามา 20 กว่าปีตั้งแต่อายุ 30 ต้นๆ แต่ไม่หนักใช้เพราะช่วยในงานอาชีพแรกๆใช้ห่างๆ ต่อมาใช้บ่อยขึ้นและเพิ่มปริมาณ ส่วนสุราดื่มแก้เมื่อยหลังเลิกงานและซื้อให้ลูกน้องดื่ม ดื่มหนักช่วงวันหยุดและเทศกาลต่างๆ	เริ่มลองเสพยาบ้า ตอนอายุ 22 ปีเพราะเพื่อนชวนให้ลองตอนทำงานก่อสร้างที่บ้าน หยุดเสพช่วงแต่งงานมีภรรยาตอนอายุ 27 ปีและกลับมาเสพอีกเมื่อทะเลาะกับภรรยาจนได้อย่าร้างกัน ปัจจุบันเสพยาบ้า สูบบุหรี่ 5 - 6 มวน / วัน ดื่มสุรา 2-3 วันครั้ง ดื่มหนักช่วงเทศกาล
อาการแรกรับ	ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสันทัด ตำรวจนำส่ง เวลา 09.52 น. ใส่กุญแจมือมาทั้ง 2 ข้างเดินมาพร้อมตำรวจ 3 นาย ไม่มีญาตินำส่ง แรกรับผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ถามชื่อ สกุลไม่ตอบ ท่าทางระมัดระวังตัว บอกรอภรรยามาก่อน ตาขวาง สีหน้าท่าทางไม่ไว้วางใจ (แบบประเมิน OAS = 2คะแนน) มีประวัติก่อความรุนแรงระดับปานกลาง หงุดหงิด ไม่อยากรักษา ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย อยากกลับบ้าน บอกว่าตัวเองไม่ได้เป็นอะไร ควบคุมอารมณ์ได้น้อย ปฏิเสธหูแว่ว ภาพหลอน V/S BT = 36.8 C , PR = 166 /min , RR = 22/min , BP = 128/73 mmHg	ผู้ป่วยชายไทย วัยกลางคน รูปร่างสันทัด แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบไม่รู้เรื่อง พูดจาเรื่อยเปื่อย ถามอตอบไม่ตรงคำถาม บอกชื่อ สกุลตัวเองไม่ได้ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าวเสียงดัง มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง (แบบประเมิน OAS = 2) ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย บอกว่าตัวเองไม่ได้เป็นอะไร ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ Poor insight บอกว่าตัวเองเป็นเศรษฐีหุ้นมีหุ้นในตลาดหลักทรัพย์เป็นล้าน V/S BT= 36.0 C , PR = 102 /min , RR = 18/min , BP = 138/86 mmHg
การวินิจฉัยโรค	Amphetamine dependence with Methamphetamine induce Psychosis	Amphetamine dependence with Methamphetamine induce Psychosis

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผลการตรวจทาง	CBC HCT 46.2% Platelet Count 174,000 UL Prothrombin time (PT) 13.20 Sec WBC 8200 UL BUN 22.5 mg/d/	CBC HCT 46.2% Platelet Count 182,000 UL Prothrombin time (PT) 14.30 Sec WBC 8000 UL BUN 19.6 mg/d/
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Creatinine 0.90 mg/dl Sodium 138.3 mmol/L Potassium 3.25 mmol/L T Co2 31.9 mmol/L การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) Sinus tachycadia Rate 166 /min	Creatinine 0.70 mg/dl Sodium 136.3 mmol/L Potassium 3.74 mmol/L T Co2 32.4 mmol/L
การรักษา 23/07/68	**แผนการรักษา ระยะ Acute care** **23/07/68** CBC, Bun, Cr Electrolyte, Urine Amphetamine EKG.12 Lead,CXR.Mornitor EKG. **Med :** - Haldol 5 mg IM prn for agitation - Valium 10 g IV prn for agitation - 10% Elixir potassium chloride oral ทุก 3 hrs x 3 dose -Repeat Electrolyte หลังแก้ K ครบ Refer รพ.จิตเวชขอนแก่น **ระยะดูแลต่อเนื่อง รพ.จิตเวชขอนแก่น** - Risperidone (2) 1x 1 pc ช, 2 x hs - Sodium Valproate (200 mg) 1 x 2 pc ช, hs - จิตบำบัด **ระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง** - รวมระยะเวลารักษาตัว 14 วัน D/C กลับบ้าน 6/7/68 - เตรียมพร้อมครอบครัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย - ประสานทีมพื้นที่ในการดูแลต่อเนื่อง - Trihexyphenidyl (2) 1 x 1 hs - Risperidone (2) 1 x 2 pc ช, hs - Sodium Valproate (200 mg) 1 x 2 pc ช, hs	**แผนการรักษา ระยะ Acute care** **24/07/68** CBC, Bun, Cr Electrolyte, Urine Amphetamine **Med :** - Haldol 5 mg IM prn for agitation - Valium 10 g IV prn for agitation Refer รพ.จิตเวชขอนแก่น ระยะดูแลต่อเนื่อง รพ.จิตเวชขอนแก่น - Risperidone (2) 1x 1 hs - Sodium Valproate (200 mg) 1 x 1 hs - Trihexyphenidyl (2) 1 x 1 hs - จิตบำบัด **ระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง** - เตรียมพร้อมครอบครัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย - รวมระยะเวลารักษาตัว 14 วัน D/C กลับบ้าน 7/7/68 - ประสานทีมพื้นที่ในการดูแลต่อเนื่อง - Trihexyphenidyl (2) 1 x 1 hs - Risperidone (2) 1 x 1 hs - Sodium Valproate (200 mg) 1 x 1 hs

2.ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1
ระยะ Acute care 1.เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นซ้ำเนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสมขณะการดูแลในห้องฉุกเฉินและขณะส่งต่อไปรับการรักษา	ระยะ Acute care 1.เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นซ้ำเนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสมขณะการดูแลในห้องฉุกเฉินและขณะส่งต่อไปรับการรักษา

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1
2.เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กด ประสาทส่วนกลาง 3.เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการผูกยึดเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว 4. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากมีหัวใจเต้นเร็ว(Tachycardia) จากการใช้ยาบ้า (Methamphetamine) 5.เสี่ยงต่อภาวะ Electrolyte Imbalance ที่เนื่องจากผลข้างเคียงของยาบ้า **ระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย/หลังจำหน่าย** 6.เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา 7. ผู้ดูแลเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยมี พฤติกรรมก้าวร้าว และทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น	2.เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง 3.เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการผูกยึดเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว 4.เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ/ขาดสารอาหาร เนื่องจากการเสพยาเสพติด มีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่หลับไม่นอนหรือนอนไม่เป็นเวลาและไม่ได้รับประทานอาหารตรงตามเวลา **ระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย/หลังจำหน่าย** 5.เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา 6. ผู้ดูแลเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยมี พฤติกรรมก้าวร้าว และทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น

3. การวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

ตารางที่ 3 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
1.Assessment & Monitoring (การประเมินและการเฝ้าระวัง) - ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผลการประเมินดังตารางที่ 1 ผลลัพธ์ วินิจฉัยการพยาบาล (ตารางที่2) วางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลและปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม	**1.Assessment & Monitoring (การประเมินและการเฝ้าระวัง)** - ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผลการประเมินดัง ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ วินิจฉัยการพยาบาล (ตารางที่2) วางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลและปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม
2. Medication & Treatment (การดูแลการใช้ยาและการรักษา) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** **2.1** เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เช่นsedation, hypotension เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง **กิจกรรมการพยาบาล** 1.สังเกตอาการหลังได้รับยาฉีด และติดตามสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที โดยเฉพาะอัตราการหายใจ ความดันโลหิต และระดับความรู้สึกตัว สังเกตภาวะ sedation, cyanosis, snoring หรืออัตราหายใจต่ำผิดปกติ 2.เตรียมอุปกรณ์ช่วยช่วยชีวิตให้พร้อมใช้โดยเฉพาะอุปกรณ์ช่วยหายใจเช่น ออกซิเจน Ambu Bag 3.พิจารณารายงานแพทย์ ทราบเพื่อให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมี อาการข้างเคียงจากการได้รับยามากขึ้น เช่น ง่วงมาก หายใจช้าลง ซึมลง หรือสับสนมากขึ้น **ผลลัพธ์** ผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาฉีด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT= 36.6 องศาเซลเซียส , PR = 104 /min , RR = 20/min , BP = 109/80 mmHg	**2. Medication & Treatment (การดูแลการใช้ยาและการรักษา)** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 2.1 เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เช่นsedation, hypotension เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง **กิจกรรมการพยาบาล** 1.สังเกตอาการหลังได้รับยาฉีด และติดตามสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที โดยเฉพาะ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และระดับความรู้สึกตัว สังเกตภาวะ sedation, cyanosis, snoring หรืออัตราหายใจต่ำผิดปกติ 2.เตรียมอุปกรณ์ช่วยช่วยชีวิตให้พร้อมใช้โดยเฉพาะอุปกรณ์ช่วยหายใจเช่น ออกซิเจน Ambu Bag 3.พิจารณารายงานแพทย์ ทราบเพื่อให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมี อาการข้างเคียงจากการได้รับยามากขึ้น เช่น ง่วงมาก หายใจช้าลง ซึมลง หรือสับสนมากขึ้น **ผลลัพธ์** ผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาฉีด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT= 36.0 องศาเซลเซียส , PR = 92 /min , RR = 18/min , BP = 138/86 mmHg

ตารางที่ 3 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
3. Basic Needs (การดูแลความต้องการพื้นฐาน) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 3.1 เสี่ยงต่อภาวะ Electrolyte Imbalance ที่เนื่องจากผลข้างเคียงของยาบ้า **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินสัญญาณชีพ (ชีพจร, ความดัน, อุณหภูมิ, การหายใจ) อย่างสม่ำเสมอ 2.ติดตามผลเลือด: ตรวจระดับ Electrolyte เช่น Sodium ,Potassium , Co2 3.ประเมินอาการที่บ่งชี้ภาวะเกลือแร่ต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง มือเท้าชา ชัก หัวใจเต้นผิดจังหวะ 4.ให้ยาตามแผนการรักษา เช่น 10% Elixir potassium chloride 3 Dose ทุก 2 ชม. 5.บันทึกปริมาณน้ำเข้าออก (I&O) อย่างละเอียด 6.ให้ข้อมูลเรื่องผลกระทบของยาบ้าต่อร่างกาย เช่นขับเหงื่อมากเกิน 7.อธิบายสัญญาณเตือนของภาวะขาดเกลือแร่ เช่น ปวดกล้ามเนื้อ หัวใจเต้นผิดปกติ 8.แนะนำการเลิกยาเสพติด และส่งต่อเข้ารับการบำบัดหรือฟื้นฟู **ผลลัพธ์** ไม่พบ อาการผิดปกติ Electrolyte Imbalance เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชัก หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผลตรวจ Electrolyte Na^+ = 138 mEq/L, K^+ = 3.56 mEq/L, Cl^- = 102 mEq/L อยู่ในเกณฑ์ปกติ	**3. Basic Needs (การดูแลความต้องการพื้นฐาน)** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 3.1 เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ/ขาดสารอาหาร เนื่องจากการเสพยาเสพติด มีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่หลับไม่นอนหรือนอนไม่เป็นเวลาและไม่ได้รับประทานอาหารตรงตามเวลา **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมิน BMI.โดยให้ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง 2.ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว/ผู้ดูแลเกี่ยวกับความสำคัญของการดื่มน้ำและรับประทานอาหารครบถ้วน 3.ให้กำลังใจผู้ป่วยทุกครั้งที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำที่ดีขึ้น 4.จัดให้มีกิจกรรมกลุ่มบำบัดหรือกลุ่มสุขภาพจิตที่ช่วยส่งเสริมแรงจูงใจในการดูแลตนเองโดยประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักโภชนาการ นักจิตวิทยา เพื่อร่วมดูแล ผลลัพธ์ - ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบทุกมื้อระหว่างรับไว้รักษาและหลังจำหน่าย น้ำหนัก 58 ส่วนสูง 170 BMI = 20.07 อยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. Emotional & Psychosocial Care (การดูแลทางอารมณ์และจิตใจ) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 4.1 มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว เช่นหงุดหงิด วิตกกังวล หวาดระแวง เนื่องจากการใช้สารเสพติด **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้แบบประเมิน OAS แบบประเมิน V2 แบบแระเมิน 2Q,9Q;8Q 2.สร้างสัมพันธภาพแบบไม่ตัดสิน (non-judgmental approach) ใช้การพูดปลอบโยนด้วยน้ำเสียง ชัดเจน เพื่อลดความตึงเครียด 3.ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจหรือการลดพฤติกรรมรุนแรงแบบไม่เผชิญหน้า 4.ให้ยาตามแผนกรรักษาของแพทย์ **ผลลัพธ์** ผู้ป่วยอาการสงบลง ได้รับยาฉีดตามแผนการรักษา แรกรับประเมิน OAS =2 คะแนนหลังการบำบัด OAS = 0 คะแนน แบบประเมิน V2 = 0 คะแนน แบบประเมิน 2Q,9Q; 8Q ผลปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	**4. Emotional & Psychosocial Care (การดูแลทางอารมณ์และจิตใจ)** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 4.1 มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว เช่นหงุดหงิด วิตกกังวล หวาดระแวง เนื่องจากการใช้สารเสพติด **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้แบบประเมิน OAS แบบประเมิน V2 แบบแระเมิน 2Q,9Q;8Q 2.สร้างสัมพันธภาพแบบไม่ตัดสิน (non-judgmental approach) ใช้การพูดปลอบโยนด้วยน้ำเสียง ชัดเจน เพื่อลดความตึงเครียด 3.ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจหรือการลดพฤติกรรมรุนแรงแบบไม่เผชิญหน้า 4.ให้ยาตามแผนกรรักษาของแพทย์ **ผลลัพธ์** ผู้ป่วยอาการสงบลง ได้รับยาฉีดตามแผนการรักษา แรกรับประเมิน OAS =2 คะแนนหลังการบำบัด OAS = 0 คะแนน แบบประเมิน V2 = 0 คะแนน แบบประเมิน 2Q,9Q; 8Q ผลปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
5. Safety Management (การจัดการความปลอดภัย) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 5.1เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นซ้ำเนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าวขณะการดูแลในห้องฉุกเฉินและขณะส่งต่อไปรับการรักษาที่ รพ.จิตเวช	**5. Safety Management (การจัดการความปลอดภัย)** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 5.1เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นซ้ำเนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าวขณะการดูแลในห้องฉุกเฉินและขณะส่งต่อไปรับการรักษาที่ รพ.จิตเวช **กิจกรรมการพยาบาล**

ตารางที่ 3 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
กิจกรรมการพยาบาล 1.สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล หงุดหงิด คับข้องใจด้วยท่าทีที่ แสดงความเข้าใจ ฟังอย่างตั้งใจ มีท่าทีเป็นมิตร สงบและมีความรู้สึกปลอดภัย (Safe feeling) 2.พยาบาลยืนห่างจาก ผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต และไม่ถูกต้องตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง เพราะคิดว่าพยาบาลจะจู่โจม 3.เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องและกล่าวทุกครั้งก่อนให้การ พยาบาล ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลมั่นคงและชัดเจน 4.ในขณะสนทนากับผู้ ป่วยหลีกเลี่ยงการจ้องมอง ระมัดระวัง การกระชิบต่อหน้าผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยหวาดระแวงได้ 5.ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้าย ตนเอง บุคคลอื่นทำลายข้าวของ และอาคารสถานที่ เพื่อทราบ ความรุนแรงและเตรียมการป้องกันได้ทันท่วงที 6.จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดให้อากาศถ่ายเทสะสะดวกลดสิ่งกระตุ้นดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไม่มีสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น เช่น อาวุธ ของแหลมของมีคม น้ำยาเคมี ยา เป็นต้น 7.เฝ้าระวังความเสี่ยงจากการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่นและทรัพย์สิน 8.ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggression Scale : OAS)และให้การรักษาตามแนวทาง ผลลัพธ์ แรกรับมีอารมณ์หงุดหงิดก้าวร้าวระดับสูง ทางการกระทำ คำพูด (แบบประเมิน OAS = 2 คะแนน) หงุดหงิด อยากกลับบ้าน หลังให้การ พยาบาล และได้รับการรักษา สามารถควบคุม อารมณ์ได้ดี ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ และมีวิธีจัดการกับอารมณ์ตนเองได้มากขึ้น 5.2 เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากมีหัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) จากการใช้ยาบ้า (Methamphetamine) กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และจังหวะการเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่อง 2.ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีในช่วงวิกฤต	1.สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล หงุดหงิด คับข้องใจด้วยท่าทีที่ แสดงความเข้าใจ ฟังอย่างตั้งใจ มีท่าทีเป็นมิตร สงบและมีความรู้สึกปลอดภัย (Safe feeling) 2.พยาบาลยืนห่างจาก ผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต และไม่ถูกต้องตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง เพราะคิดว่าพยาบาลจะจู่โจม 3.เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องและกล่าวทุกครั้งก่อนให้การ พยาบาล ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลมั่นคงและชัดเจน 4.ในขณะสนทนากับผู้ ป่วยหลีกเลี่ยงการจ้องมอง ระมัดระวัง การกระชิบต่อหน้าผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยหวาดระแวงได้ 5.ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้าย ตนเอง บุคคลอื่นทำลายข้าวของ และอาคารสถานที่ เพื่อทราบ ความรุนแรงและเตรียมการป้องกันได้ทันท่วงที 6.จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดให้อากาศถ่ายเทสะสะดวกลดสิ่งกระตุ้นดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไม่มีสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น เช่น อาวุธ ของแหลมของมีคม น้ำยาเคมี ยา เป็นต้น 7.เฝ้าระวังความเสี่ยงจากการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่นและทรัพย์สิน 8.ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggression Scale : OAS) และให้การรักษาตามแนวทาง **ผลลัพธ์** มีอารมณ์หงุดหงิดก้าวร้าวระดับสูง ทางการกระทำ คำพูด (แบบประเมิน OAS = 2 คะแนน) หงุดหงิด อยากกลับบ้าน หลังให้การพยาบาล และได้รับการรักษา สามารถควบคุม อารมณ์ได้ดี ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ และมีวิธีจัดการกับอารมณ์ตนเองได้มากขึ้น 5.2 เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากมีหัวใจเต้นเร็ว(Tachycardia) จากการใช้ยาบ้า (Methamphetamine) **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และจังหวะการเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่อง 2.ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีในช่วงวิกฤต
3.สังเกตอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว เช่น เหนื่อยง่าย หอบ บวม 4.ให้นอนพักในท่ากึ่งนั่งเพื่อลดภาระการทำงานของหัวใจ 5.ลดสิ่งกระตุ้นที่อาจเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เช่น เสียงดัง แสงจ้า ความเครียด 6.ให้สารน้ำตามแผนการรักษาอย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันภาวะ overload และเตรียมความพร้อมในการให้ยา ตามแผนการรักษาแพทย์ 7.เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ (defibrillator)	3.สังเกตอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว เช่น เหนื่อยง่าย หอบ บวม 4.ให้นอนพักในท่ากึ่งนั่งเพื่อลดภาระการทำงานของหัวใจ 5.ลดสิ่งกระตุ้นที่อาจเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เช่น เสียงดัง แสงจ้า ความเครียด 6.ให้สารน้ำตามแผนการรักษาอย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันภาวะ overload และเตรียมความพร้อมในการให้ยาตามแผนการรักษาแพทย์ 7.เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ (defibrillator) 8.รายงานแพทย์ทันทีหากมีอาการรุนแรง เช่น เจ็บหน้าอก เหงื่อออกมาก ใจสั่นรุนแรง

ตารางที่ 3 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
8.รายงานแพทย์ทันทีหากมีอาการรุนแรง เช่น เจ็บหน้าอก เหงื่อออกมาก ใจสั่นรุนแรง 5.3 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการผูกยึด เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรม ตะโกน ขว้างปา ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น 2.ประเมินปัจจัยกระตุ้น เช่น ความกลัว ความหวาดระแวง การใช้สารเสพติด 3.หากจำเป็นให้ดำเนินการผูกยึดอย่างปลอดภัยแจ้งผู้ป่วย (หากสื่อสารได้) หรือญาติ ถึงเหตุผลในการผูกยึดอย่างสงบ 4.ใช้ผ้ารัดข้อมือและข้อเท้าแบบนุ่ม หลีกเลี่ยงการรัดแน่นเกินไปหรืออาจใช้ วิธี least restrictive method เช่น ผูกแค่ 2 จุดก่อน ถ้าเพียงพอ 5.เฝ้าระวังและดูแลระหว่างผูกยึด เช่นระดับความรู้สึกตัวประเมินการไหลเวียนโลหิตบริเวณที่ผูก สีผิว การเคลื่อนไหว ความรู้สึกวัยวะส่วนปลาย 6.จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสม ลดการบาดเจ็บ เช่น ท่านอนหงายหรือเอนศีรษะ **ผลลัพธ์** - หลังพูดคุยผู้ป่วยอาการสงบลงบ้างและยินยอมให้ฉีดยาตามแผนการรักษา และเปลี่ยนจากการใส่กุญแจมือเป็นผ้าผูกยึดที่นุ่มและผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากการผูกยึด	5.3 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการผูกยึด เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรม ตะโกน ขว้างปา ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น 2.ประเมินปัจจัยกระตุ้น เช่น ความกลัว ความหวาดระแวง การใช้สารเสพติด 3.หากจำเป็นให้ดำเนินการผูกยึดอย่างปลอดภัยแจ้งผู้ป่วย (หากสื่อสารได้) หรือญาติ ถึงเหตุผลในการผูกยึดอย่างสงบ 4.ใช้ผ้ารัดข้อมือและข้อเท้าแบบนุ่ม หลีกเลี่ยงการรัดแน่นเกินไปหรืออาจใช้ วิธี least restrictive method เช่น ผูกแค่ 2 จุดก่อน ถ้าเพียงพอ 5.เฝ้าระวังและดูแลระหว่างผูกยึด เช่นระดับความรู้สึกตัวประเมินการไหลเวียนโลหิตบริเวณที่ผูก สีผิว การเคลื่อนไหว ความรู้สึกวัยวะส่วนปลาย 6.จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสม ลดการบาดเจ็บ เช่น ท่านอนหงายหรือเอนศีรษะ **ผลลัพธ์** - หลังพูดคุยผู้ป่วยอาการสงบลงบ้างและยินยอมให้ฉีดยาตามแผนการรักษา และเปลี่ยนจากการใส่กุญแจมือเป็นผ้าผูกยึดที่นุ่มและผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากการผูกยึด
6. Health Education (การให้ความรู้และเสริมพลัง) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล:** 6.1 ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติดและการควบคุมอารมณ์ **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ให้คำแนะนำอย่างง่ายเรื่องผลของสารเสพติดให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองติดยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้น และทักษะการปฏิเสธ 2.อธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการรักษา 3.ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์/ทักษะผ่อนคลาย **ผลลัพธ์** ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตกับครอบครัวได้ตามปกติหลังการบำบัด	**6. Health Education (การให้ความรู้และเสริมพลัง)** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล:** 6.1 ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติดและการควบคุมอารมณ์ **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ให้คำแนะนำอย่างง่ายเรื่องผลของสารเสพติดให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองติดยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้น และทักษะการปฏิเสธ 2.อธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการรักษา 3.ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์/ทักษะผ่อนคลาย **ผลลัพธ์** ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตกับครอบครัวได้ตามปกติหลังการบำบัด
7. Coordination & Continuity of Care (การประสานและดูแลต่อเนื่อง) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 7.1 มีความเสี่ยงต่อการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติดและระบบสนับสนุนทางครอบครัวและชุมชน **กิจกรรมการพยาบาล** 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ	**7. Coordination & Continuity of Care (การประสานและดูแลต่อเนื่อง)** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 7.1 มีความเสี่ยงต่อการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติดและระบบสนับสนุนทางครอบครัวและชุมชน **กิจกรรมการพยาบาล** 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ

ตารางที่ 3 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
2.เตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโดยให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองติดยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้น 3.ประเมิน stage of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะลังเล เสริม แรงจูงใจ ให้เห็นผลดี ผลเสีย สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถเลิกได้ และชมเชยสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี **ผลลัพธ์** ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม แบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพยา มีความรู้ และสามารถบอกผลกระทบ โทษและพิษ ภัยของสารเสพติดได้	2.เตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโดยให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองติดยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้น ที่เป็นรูปธรรม 3.ประเมิน stage of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะลังเล เสริม แรงจูงใจ ให้เห็นผลดี ผลเสีย สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถเลิกได้ และชมเชยสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี **ผลลัพธ์** ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม แบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพยา มีความรู้ และสามารถบอกผลกระทบ โทษและพิษ ภัยของสารเสพติดได้
มีทักษะการปฏิเสธและ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง 7.2 ผู้ดูแลเครียดกังวลในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยหลังการบำบัดเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงและทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ให้ความรู้กับผู้ดูแลในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 2.แนะนำการประเมินสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรง 3.เมื่อพบว่ามีสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพียง 1 ครั้ง ขอให้แจ้งฝ่ายปกครอง หรือบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อการดูแลช่วยเหลือทันที 4.ประสาน อสม. และ รพ.สต.ในพื้นที่เพื่อดูแลการกินยาและมารับการรักษาต่อเนื่อง 5.เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ความเครียด ความวิตกกังวลและให้กำลังใจ 6.แนะนำวิธีการจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแล เช่น ฟังเพลง ร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น **ผลลัพธ์** ญาติเครียดมากจึงได้ประสาน พยาบาลในพื้นที่ลงเยี่ยมและทำการประชาคมโดยความร่วมมือช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายร่วมดูแล ได้แก่ รชพ. รพสต. ฝ่ายปกครอง และตำรวจ	มีทักษะการปฏิเสธและ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง 7.2 ผู้ดูแลเครียดกังวลในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยหลังการบำบัดเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงและทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ให้ความรู้กับผู้ดูแลในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 2.แนะนำการประเมินสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรง 3.เมื่อพบว่ามีสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพียง 1 ครั้งขอให้แจ้งฝ่ายปกครอง หรือบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อการดูแลช่วยเหลือทันที 4.ประสาน อสม. และ รพ.สต.ในพื้นที่เพื่อดูแลการกินยาและมารับการรักษาต่อเนื่อง 5.เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ความเครียด ความวิตกกังวลและให้กำลังใจ 6.แนะนำวิธีการจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแล เช่น ฟังเพลง ร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น **ผลลัพธ์** พบว่าญาติเกิดภาวะเครียด แต่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้และรู้วิธีการสังเกตและขอความช่วยเหลือจากหน่วยงาน

4. การติดตามผลการประเมินผลการพยาบาล

จากการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยมาตรวจขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 2 ครั้ง และ ติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ทั้ง 2 ราย เพื่อติดตามและ ประเมินผลการพยาบาล ปรับแผนการให้การพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและญาติ ผลลัพธ์ของการพยาบาลตามตารางที่ 3 เกือบทุกนัด

สรุปและอภิปรายผล

สรุปกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษาที่1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยรับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวชมาก่อนเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการ พูดคนเดียว ไม่นอน เอะอะโวยวาย อาละวาด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ใช้มีดจี้ภรรยาและขังในห้องน้ำ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ญาติจึงแจ้งตำรวจเพื่อนำส่ง แรกรับที่อุบัติเหตุ- ฉุกเฉิน รู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง เอะอะโวยวายเล็กน้อย ท่าทางหงุดหงิด ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง(Overt Aggression Scale : OAS) = 2 คะแนน วัดสัญญาณชีพ ส่งตรวจเลือด ปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการ ให้ยาฉีดเพื่อให้อาการสงบ

ดูแลผูกมัดและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ หลังได้รับยาอาการสงบลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ UAM=Positive ผล potassium 3.21 mmol/L ดูแลให้รับประทานยา 10% Elixir potassium chloride 30 มิลลิลิตรทันที 3 dose ห่างกันทุก 2 ชม. ตรวจคลื่นไฟฟ้า หัวใจพบ Sinus tachycardia ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ดูแล Monitor EKG ให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์หลังได้รับยาและสารน้ำผู้ป่วยสงบลงอาการคงที่ แพทย์วางแผนส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเพื่อรักษาต่อเนื่อง รวมเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น 14 วัน

กรณีศึกษาที่2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 44 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เคยรับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวช เมื่อ 10 ปีที่แล้ว แต่รักษาไม่ต่อเนื่อง มารพ.ด้วยอาการหงุดหงิด โวยวาย มีหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นคนรวยมีเงินเป็นจำนวนมากแต่มารดาและพี่สาวเอาไปซ่อนไว้ อาระวาด จะใช้มีดทำร้ายมารดาและพี่สาว ขู่ขอเงินเพื่อจะนำไปซื้อยาบ้ามาเสพญาติจึงแจ้งฝ่ายปกครองและนำตัว ผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลแรกรับที่อุบัติเหตุ- ฉุกเฉิน รู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง เอะอะโวยวายเล็กน้อย ท่าทางหงุดหงิด ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง(Overt Aggression Scale : OAS) = 2 คะแนน วัดสัญญาณชีพ ส่งตรวจเลือดและปัสสาวะตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ยาเพื่อลดอาการก้าวร้าว ดูแลผูกมัดและระวังการเกิดอุบัติเหตุ หลังได้รับยาอาการสงบลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ UAM=Positiveแพทย์วางแผนส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตขอนแก่นเพื่อ รักษาต่อเนื่อง รวมเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น 14 วัน

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพมีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่เข้ารับการรักษาด้วยเหตุผลต่างกันแต่มีผลสืบเนื่องจากการเสพสารเสพติดร่วมกับการดื่มสุราเหมือนกัน ซึ่งทั้ง 2 ราย มีคะแนน OAS อยู่ในระดับปานกลางคือ 2 มีคะแนน ซึ่งเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง และกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผลการตรวจ Urine Amphetamine ให้ผลบวก สารเสพติดหลักที่ใช้คือยาบ้า กรณีศึกษาที่ 1 เพื่อช่วยให้ใช้ในงานอาชีพและผ่อนคลายมีลักษณะ อารมณ์เก็บกดและหลีกหนีปัญหามีความขัดแย้งกับครอบครัว กรณีศึกษาที่ 2 มีบทบาทในครอบครัวน้อย ไม่มีความภาคภูมิใจ และมีภาวะ Low self esteem เนื่องจากการหย่าร้างครอบครัวแตกแยก หลังจากได้รับการบำบัดด้วยยาต้านโรคจิตทั้งชนิดฉีดที่ออกฤทธิ์ระยะสั้นและยารับประทานเพื่อควบคุมอารมณ์ร่วมกับการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และการเยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชนจึงมีความจำเป็น กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ที่เสพยาเสพติดที่มีความผิดปกติบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่นส่งผลกระทบต่อทั้งตัว ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง การศึกษานี้พบว่า การเตรียมความพร้อมของครอบครัวขณะที่ผู้ป่วยยังพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดการกลับซ้ำได้จากผลการศึกษากรณีผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พยาบาลมีบทบาทสำคัญใน การดูแลรักษา การสร้างสัมพันธภาพสร้างความไว้วางใจ ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับปัญหาและอารมณ์ไม่พึงประสงค์ของตนเองไม่ให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่ใช้สารเสพติด รวมทั้งวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข[4,5,6]

ข้อเสนอแนะ

1.พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการ ใช้สารเสพติดควรได้รับการฝึกอบรมและพัฒนา ความรู้ทักษะ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.ควรมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2023). World Drug Report 2023. Vienna: UNODC.
2. กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตและสารเสพติดประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
3. โรงพยาบาลบ้านฝาง (2568) การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด สถิติผู้ป่วยสารเสพติดเข้ารับการรักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว. โรงพยาบาลบ้านฝาง
4. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. (2563) .แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน.(พิมพ์ครั้งที่ 2) บียอนด์พับลิสชิ่ง.
5. ชิดชนก โอภาสวัฒนา.(2563) คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง. (พิมพ์ครั้ง ที่ 1). พรอสเพอรัสพลัส.
6. ขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2564). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในกลุ่มเลือกสรร: บุคลิกภาพผิดปกติพฤติกรรมก้าวร้าว และการถูกทารุณกรรม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

Development Approaches for Enhancing Village Health Volunteers' Capacity in COVID-19 Prevention and Control at Ban Tha Mueang Subdistrict Health Promoting Hospital, Don Mot Daeng District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: September 24,2025 ; Revised: September 28,2025 ; Accepted: September 29,2025)

ธีระศักดิ์ พลสวัสดิ์[1] เอื้อมพร ชมภูมี[2] บรรเทิง พลสวัสดิ์[3]
Teerasak Polsawat[4] Auemporn Chompumee[2] Bunterng Polsawat[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท พัฒนา และประเมินผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. จำนวน 111 คน และผู้ให้ข้อมูล 25 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired Samples t-test

ผลการศึกษาพบว่า ตำบลท่าเมืองมีลักษณะสังคมแน่นแฟ้นเอื้อต่อการควบคุมโรค อสม. มีบทบาทเชิงรุก แต่เผชิญปัญหา 5 ประการ ได้แก่ การสื่อสารไม่ชัดเจน ขาดทักษะเชิงปฏิบัติ ความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยี ขาดแคลนทรัพยากร และแรงจูงใจลดลง นักวิจัยจึงพัฒนาแนวทาง 5C Model ประกอบด้วย การสร้างศักยภาพ (Capacity building) การเสริมสร้างการสื่อสาร (Communication enhancement) การเสริมสร้างการประสานงาน (Coordination strengthening) การสร้างแรงจูงใจ (Compensation and motivation) และความต่อเนื่องและยั่งยืน (Continuity and sustainability) หลังการใช้แนวทาง 5C Model พบว่า อสม. ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ในระดับสูงเพิ่มจากร้อยละ 68.5 เป็นร้อยละ 94.6 ทัศนคติต่อโรค COVID-19 เชิงบวกเพิ่มจากร้อยละ 61.3 เป็นร้อยละ 86.5 และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ในระดับมากเพิ่มจากร้อยละ 10.8 เป็นร้อยละ 100 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมดังกล่าวก่อนและหลังการใช้ 5C Model พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001) ทุกด้านและมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Cohen's d ที่ 0.92, 1.05 และ 2.30 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การพัฒนาศักยภาพ, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This action research aimed to study the context, develop, and evaluate the effectiveness of capacity development for Village Health Volunteers (VHVs) in COVID-19 prevention and control at Ban Tha Mueang Subdistrict Health Promoting Hospital, Don Mot Daeng District, Ubon Ratchathani Province, Thailand. The study participants included 111 VHVs and 25 key informants. Data were collected through in-depth interviews, focus group discussions, and questionnaires. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Paired Samples t-test.

The findings revealed that Tha Mueang subdistrict demonstrated tight-knit community characteristics conducive to disease control. VHVs exhibited proactive roles but encountered five major challenges: unclear

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง จ.อุบลราชธานี
[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี, จ.อุบลราชธานี *ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: เอื้อมพร ชมภูมี, อีเมล: chompumee@rtu.ac.th
[3] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง จ.อุบลราชธานี

communication, lack of practical skills, digital divide, resource shortages, and decreased motivation. Researchers subsequently developed the 5C Model comprising Capacity building, Communication enhancement, Coordination strengthening, Compensation and motivation, and Continuity and sustainability. Following implementation of the 5C Model, VHVs with high-level knowledge of COVID-19 increased from 68.5% to 94.6%, positive attitudes toward COVID-19 rose from 61.3% to 86.5%, and high-level COVID-19 prevention and control behaviors increased from 10.8% to 100%. Comparison of mean scores for knowledge, attitudes, and behaviors before and after implementing the 5C Model showed statistically significant improvements in all domains (p = .001) with large effect sizes (Cohen's d of 0.92, 1.05, and 2.30, respectively).

Keywords: Village Health Volunteers, capacity development, COVID-19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้รับการยกระดับให้เป็นโรคที่มีการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) โดยองค์การอนามัยโลกเมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563[1] แสดงให้เห็นถึงภัยคุกคามร้ายแรงต่อระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจทั่วโลก ประเทศไทยตระหนักถึงความรุนแรงของโรคนี้อย่างรวดเร็ว โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกำหนดให้เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563[2] เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย แม้ว่าสถานการณ์การระบาดจะผ่อนคลายลงและโรค COVID-19 ได้ถูกปรับสถานะเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565[3] แต่การระบาดซ้ำในชุมชนยังคงเป็นความเสี่ยงที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจาก COVID-19 ยังคงเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากขาดการควบคุมและป้องกันที่มีประสิทธิภาพ[4] สถานการณ์ไม่แน่นอนเช่นนี้จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมและดำเนินมาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลไกหลักของระบบสาธารณสุขชุมชนของประเทศไทย มีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง รณรงค์ ให้ความรู้ และประสานงานการดำเนินการควบคุมโรคกับภาคีต่าง ๆ อสม. ได้พิสูจน์แล้วว่าเป็นทุนทางสังคม (Social capital) ที่มีบทบาทอย่างยิ่งในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับตำบลและหมู่บ้าน เนื่องจากเป็นกลุ่มคนที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด[4] โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทอย่างตำบลท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ที่ประชาชนยังคงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับโรคระบาด ทำให้มีความเปราะบางต่อผลกระทบของโรค ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม การมี อสม. ที่มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่เหมาะสม จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยงและยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แม้โดยภาพรวมขณะนี้การระบาดของโรค COVID-19 มีแนวโน้มลดลง แต่หากขาดการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพโรคอาจกลับมาระบาดอีกระลอกใหม่ได้ อสม. จึงต้องได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัยและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน COVID-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทัศนคติการป้องกัน COVID-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับสูง[5] และการศึกษาของรำพึง นุ่มสารพัดนึก[6] แสดงให้เห็นว่าหลังจากการพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน พบว่ามีระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม. ผ่านการอบรมและพัฒนาเครื่องมือ สามารถยกระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการควบคุมโรคให้มี

ประสิทธิภาพมากขึ้น[7] หลักฐานเหล่านี้สนับสนุนผลการพัฒนาศักยภาพ อสม. ทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพ อสม. แต่ยังขาดแนวทางการพัฒนาที่เป็นรูปธรรมและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่เฉพาะ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงเทคโนโลยีและทรัพยากร ประกอบกับการขาดระบบการพัฒนาที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ การสื่อสาร การประสานงาน และการสร้างแรงจูงใจอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม. ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จึงเป็นความจำเป็นเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์การระบาดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19
3. เพื่อประเมินผลการใช้แนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่พัฒนาขึ้นในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[8] ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน คือ วางแผน-ปฏิบัติ-สังเกตผล-สะท้อนผล (Planing, Action, Observation, Reflection [PAOR]) โดยดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนตุลาคม 2567 รวมระยะเวลา 13 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็น อสม. ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 111 คน และกลุ่มผู้ให้บริการ บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัคร กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำหรับใช้ในการพัฒนาแนวทาง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 3 คน (ดำรงตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับ อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี) ประธาน อสม. 5 คน (มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน อสม. ไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีความรู้และประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 คน (ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง มีประสบการณ์ในการทำงานกับ อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19)

2.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลและรวบรวมข้อมูล คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็น อสม. จำนวน 111 คน โดยศึกษาจากประชากรทั้งหมด เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างนั้น ประกอบด้วย (1) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์เป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน (2) สามารถอ่านออกเขียนได้ (3) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหน้าที่ อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี และ (4) เป็น อสม. ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยความสมัครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพได้อย่างสม่ำเสมอ เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย (2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพได้ตามกำหนด (ขาดเกินร้อยละ 20 ของกิจกรรม) (3). ลาออกจากการเป็น อสม. ระหว่างดำเนินการศึกษา และ(4). ย้ายที่อยู่ออกจากพื้นที่ศึกษาระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ได้แก่

แนวทางการสนทนากลุ่ม พัฒนาโดยผู้วิจัย มี 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความเข้าใจและความสำคัญของโรค COVID-19 ในชุมชน บทบาทของ อสม. ในการรับมือ COVID-19 ความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพอสม. แนวทางและรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอสม.ที่เหมาะสม และการสร้างแรงจูงใจและความร่วมมือในชุมชน รวมทั้งสิ้น 15 ข้อคำถาม ตัวอย่างคำถามเช่น "ท่านคิดว่าโรค COVID-19 มีผลกระทบอย่างไรต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน"

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่มี 6 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความเข้าใจและประสบการณ์เกี่ยวกับโรค COVID-19 บทบาทและหน้าที่ของอสม.ในการป้องกันและควบคุมโรค ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพ แนวทางการพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสม แรงจูงใจและการสร้างความร่วมมือ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม รวมทั้งสิ้น 18 ข้อคำถาม ตัวอย่างคำถามเช่น "ช่วยเล่าถึงภาพรวมของสถานการณ์โรค COVID-19 ในชุมชนของท่าน ท่านคิดว่าโรค COVID-19 ส่งผลกระทบต่อชุมชนอย่างไรบ้าง" และ "ท่านคิดว่าตัวเองหรือ อสม. คนอื่น มีความรู้หรือทักษะด้านไหนที่ยังขาด หรือควรพัฒนาเพิ่มเติม"

กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 กิจกรรมการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 และกิจกรรมประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชน โดยใช้สื่อการสอน วีดีทัศน์ คู่มือความรู้ แผ่นพับ สื่อออนไลน์ สื่อประชาสัมพันธ์ และหอกระจายข่าว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ ศาสนา อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ อายุการทำงานเป็น อสม. รายได้ สุทธิ แหล่งข้อมูลข่าวสาร การอบรม และการผ่านการอบรม อสม.เชี่ยวชาญ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิดเลือกตอบ "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" โดยแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80-100, 12-15 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79, 9-11 คะแนน) และระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60, 0-8 คะแนน)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อโรค COVID-19 จำนวน 15 ข้อ ใช้สเกลการวัดทัศนคติ 3 ระดับ เลือกตอบ "เห็นด้วย" "ไม่แน่ใจ" และ "ไม่เห็นด้วย" โดยแบ่งระดับทัศนคติเป็น 3 ระดับ คือ ทัศนคติระดับมากหรือเชิงบวก (M = 1.33-2.00) ระดับปานกลาง (M = 0.67-1.32) และทัศนคติระดับต่ำหรือเชิงลบ (M = 0-0.66)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 15 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยอ้างอิงแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของคนไทย ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อประเมินความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันโรค โดยแบ่งระดับการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ คือ การปฏิบัติระดับมาก (M = 2.67-4.00) ระดับปานกลาง(M = 1.34-2.66) และระดับต่ำ (M = 0-1.33)

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือทุกชิ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุขระดับชำนาญการพิเศษ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 1 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective Congruence [IOC)] ของแต่ละข้ออยู่ระหว่าง .67-1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ .50

ในการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliabiltiy) ของเครื่องมือผู้วิจัยแบบสอบถามได้นำทดลองใช้กับ อสม. ตำบลดอนมดแดง จำนวน 30 คน ซึ่งมีบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยแบบทดสอบความรู้ (ตอนที่ 2) คำนวณค่า KR-20 ได้ค่า .87 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติ (ตอนที่ 3) และพฤติกรรม (ตอนที่ 4) หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก ได้ค่า .85 และ .77 ตามลำดับ ซึ่งถือว่ามีค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 (P-Planning) ใช้ระยะเวลา 2 เดือน ติดต่อผู้นำชุมชนเพื่อดำเนินการคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการสนทนากลุ่ม โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 12 คน ประกอบด้วย อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน สถานที่ในการสนทนากลุ่มคือ รพ.สต. ท่าเมือง ใช้ระยะเวลา 120 นาที และเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาบริบทการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน โดยสัมภาษณ์ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้ที่เคยป่วยเป็น COVID-19 บุคคลที่เป็นจิตอาสาและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข รวมจำนวน 13 คน สถานที่ในการสัมภาษณ์ คือ สำนักงาน อบต. รพ. สต. หรือ บ้านของผู้รับการสัมภาษณ์ ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละ 15-40 นาที

ขั้นที่ 2 (A-Action) ใช้ระยะเวลา 3 เดือน โดยนำข้อมูลจากขั้นที่ 1 มาออกแบบกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เริ่มจากการสร้างเครือข่ายงานระดับพื้นที่จากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะ อสม. และแกนนำชุมชน ตามด้วยการพัฒนาศักยภาพ อสม. และเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ซึ่งประกอบด้วยการเสริมสร้างความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะความเข้าใจในข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลผ่านเทคโนโลยี การจัดการตนเอง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล การเฝ้าระวัง การรายงานและสื่อสารความเสี่ยง การควบคุมและป้องกันโรค รวมถึงการสร้างและเรียนรู้เครื่องมือที่จำเป็นในการทำงาน และจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชน

ขั้นที่ 3 (O-Observation) ใช้ระยะเวลา 2 เดือน โดยเก็บข้อมูลจาก อสม. จำนวน 111 คน ด้วยแบบสอบถาม 4 ตอน เพื่อสอบถามข้อมูลทั่วไป และประเมินความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 ทัศนคติต่อ COVID-19 และพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19 ดำเนินการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ หลังสิ้นสุดการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2 โดยให้ อสม. ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

ขั้นที่ 4 (R-Reflection) ใช้เวลา 2 เดือน โดยมีการสะท้อนผลกลับคืนและปรับปรุงตามวงจร PAOR ซึ่งประกอบด้วยการสรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น การสรุปผลการพัฒนาแนวทางการคืนข้อมูลสู่ อสม. และชุมชน และการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาแนวทางให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการถอดเสียงจากการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยจัดหมวดหมู่เนื้อหา แยกตามประเด็นและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด แล้วการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางโดยใช้สถิติอนุมาน คือ Paired Samples t-test

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2566-177.1 รับรอง 25 ตุลาคม 2566 - 24 ตุลาคม 2567

ผลการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ดำเนินการในตำบลท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการ PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลสำหรับการพัฒนาแนวทาง 15 คน และ อสม.จำนวน 111 คน นำเสนอผลการศึกษาตามจุดประสงค์การวิจัยดังนี้

ตอนที่ 1 บริบทการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ตำบลท่าเมือง

พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง มีลักษณะเป็นชุมชนชนบทที่เป็นสังคมแน่นแฟ้น มีโครงสร้างทางสังคมที่เอื้อต่อการจัดการปัญหาสุขภาพร่วมกัน ตำบลบ้านท่าเมืองมี 10 หมู่บ้าน จำนวน 1,737 หลังคาเรือน มีประชากร 6,361 คน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง ในบริบทนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงนโยบายสาธารณสุขเข้าสู่ระดับปฏิบัติการในชุมชน โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของ COVID-19 ที่ อสม. ได้ทำหน้าที่เป็นด่านหน้าสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค การศึกษาครั้งนี้มี อสม. เข้าร่วมการศึกษา 111 คน ทุกคนเป็นชาวพุทธ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.59) อายุเฉลี่ย 52.22 ปี (*SD* = 9.52) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.28) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 74.77) เคยผ่านการอบรม อสม.เชี่ยวชาญ (ร้อยละ 94.59) มีประสบการณ์เป็น อสม.เฉลี่ย 17.41 ปี (*SD* = 7.89) รับผิดชอบหลังคาเรือนเฉลี่ย 13.89 หลังคาเรือนต่อคน (*SD* = 2.62) และมีรายได้เฉลี่ย 6,491.12 บาทต่อเดือน (*SD* = 4,156.34) ทุกคนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ COVID-19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การเสนอผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มจะใช้รหัส VHM แทนผู้นำชุมชน และ PHV แทน อสม. ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า อสม. มีบทบาทเชิงรุกในการป้องกันและควบคุม COVID-19 อย่างครอบคลุม โดยมีการจัดสรรงานตามโครงสร้าง "คุ้ม" หรือกลุ่ม อย่างเป็นระบบ "*บ้านผมมี 10 คุ้ม... 150 ครัวเรือนจังสิกะแบ่งกัน 10 กว่า ครัวเรือนต่อคน*" (VHM-4) ทำให้การดูแลสุขภาพเข้าถึงทุกครัวเรือนอย่างครอบคลุม อสม. มีบทบาทหลักใน 6 มิติ ได้แก่ การเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างเชิงรุก การเป็นแบบอย่างที่ดีในการรับวัคซีนและปฏิบัติตามมาตรการ และการให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยในครัวเรือน "*เพิ่น (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) กะอธิบายครับ ให้ฟังว่าต้องปฏิบัติตัวจั่งสั้น ต้องกักบริเวณ ... แยกห้องให้เพิ่น (ผู้ที่ติด COVID-19) อยู่ กั้นห้องน้ำให้เพิ่นอยู่ต่างหาก*" (VHM-1) มีการประสานงานและเชื่อมโยงสู่ระบบสุขภาพ "*คนไข้โควิดเฮากะแนะนำให้มา รพ.สต. ใกล้สุด*" (PHV-2) รวมทั้งการสื่อสารและเผยแพร่ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ *"ปกติเพิ่นใช้โทรศัพท์เดะครับในกลุ่ม อสม.*" (VHM-4) และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

ชุมชนให้ความไว้วางใจและยอมรับบทบาทของ อสม. อย่างมาก โดยมองว่า อสม. ได้เสี่ยงชีวิตเพื่อปกป้องชุมชน ตามที่ผู้นำชุมชนท่านหนึ่งได้กล่าวว่า "*เป็นหน่วยกล้าตายในช่วงนั้น*" (VHM-4) และ "*เป็นว่าในช่วงโควิด อสม. เด่นขึ้นมาเลย กล้าฉีดวัคซีน (และ) คัดกรอง*" (VHM-3) นอกจากนี้ อสม. ยังมีบทบาทต่อเนื่องในระบบสุขภาพชุมชนนอกเหนือจาก COVID-19 "*ตรวจสุขภาพประจำปีกะมีแต่ อสม. เด้ครับเดี๋ยวนี้*" (VHM-4) และ "*เรื่องของการคัดกรองมะเร็ง เจาะเลือด เพิ่นกะเป็นแกนนำไปเลยครับ อสม. เด้เป็นคนเจาะสุมื้อหนิ*" (VHM-4)

สะท้อนถึงความสำคัญและความยั่งยืนของบทบาท อสม.

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่า อสม. ปัญหาและอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนจากหน่วยงานต้นทาง "*จะมีส่วนนึงที่เพิ่นบ่เข้าใจ... เบิ่ง (มอง) แต่ด้านลบเลยต่อต้าน อสม.*" (PHV-5) การขาดทักษะเชิงปฏิบัติจากการอบรมที่เน้นทฤษฎี "*อบรมสื่อๆ (เฉย ๆ) จบแล้วลืม... อยากให้สอนให้เฮ็ด (ทำ)* " (PHV-5) และ "*แหย่จมูก... อยากได้เพิ่มเติมด้านทักษะคัดกรอง*" (PHV-2) ความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยีในกลุ่มผู้สูงอายุ "*เข้าซูม [Zoom] ไม่ได้... มันเป็นภาษาอังกฤษ*" (PHV-4) การขาดแคลนทรัพยากรและงบประมาณสนับสนุน "*อุปกรณ์ทางการป้องกัน... อาจจะบ่ครอบคลุม... ยังบ่เต็มร้อย*" (VHM-4) และการลดลงของแรงจูงใจเมื่อขาดระบบติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาบริบทนี้เป็นฐานสำคัญในการพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ทั้งในสถานการณ์ปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยคำนึงถึงความเข้มแข็งของทุนทางสังคมและโครงสร้างชุมชนที่มีอยู่เดิม

ตอนที่ 2 แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ตำบลท่าเมือง

จากการวิเคราะห์บริบทและปัญหาในตอนที่ 1 ที่พบว่า อสม. เผชิญกับอุปสรรคสำคัญ 5 ประการ คือ 1) การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน 2) การขาดทักษะเชิงปฏิบัติ 3) ความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยี 4) การขาดแคลนทรัพยากร และ 5) การลดลงของแรงจูงใจ ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างครอบคลุมผ่าน "5C Model" โดยใช้หลักการพัฒนาศักยภาพมนุษย์และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ดังมีรายละเอียดดังนี้

C1: Capacity Building (การสร้างศักยภาพ) เป็นการตอบสนองปัญหาการขาดทักษะเชิงปฏิบัติและความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยี โดยจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการใช้ชุดตรวจหาเชื้อแอนติเจน (Antigen Test Kit [ATK]) การวัดออกซิเจนด้วยเครื่องวัดออกซิเจนในเลือด (Pulse Oximeter) และการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นในครัวเรือน นอกจากนี้ยังมีการฝึกใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ (Line), โปรแกรมประชุมทางไกลซูม (Zoom), และ แบบฟอร์มออนไลน์กูเกิล (Google Forms) อย่างเป็นขั้นตอน พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเป็นภาษาท้องถิ่นที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ อสม. สามารถนำไปใช้อ้างอิงได้อย่างต่อเนื่อง

C2: Communication Enhancement (การเสริมสร้างการสื่อสาร) เป็นการแก้ไขปัญหาการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนและไม่ทันท่วงที โดยตั้งกลุ่ม Line "อสม.ท่าเมือง" เพื่อการสื่อสารระหว่าง อสม. กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างรวดเร็ว ผลิตสื่อเสียงและวิดีโอเป็นภาษาถิ่นเพื่อให้ประชาชนเข้าใจได้ง่าย รวมทั้งแจกเสื้อและปลอกแขนที่ระบุตัวตน อสม. เพื่อให้ชุมชนรู้จักและเข้าถึงได้สะดวก ซึ่งจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือและการยอมรับจากประชาชน

C3: Coordination Strengthening (การเสริมสร้างการประสานงาน) เป็นการแก้ไขปัญหาการทำงานแยกส่วนและขาดการบูรณาการ โดยจัดประชุมภาคีท้องถิ่นรายไตรมาสระหว่าง อสม. ผู้นำชุมชน อบต. และ รพ.สต. เพื่อประสานงานและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนสุขภาพชุมชนที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วน และจัดทำบันทึกข้อตกลง (Memorandum of Understanding [MOU]) ระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานร่วมกัน

C4: Compensation and Motivation (การสร้างแรงจูงใจ) เป็นการตอบสนองปัญหาการลดลงของแรงจูงใจและค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม โดยสนับสนุนเบี้ยเลี้ยงและค่าพาหนะตามภารกิจที่ปฏิบัติจริง จัดงาน "วันอสม." เพื่อยกย่องและประกาศเกียรติคุณผู้ที่มีผลงานดีเด่น และตั้งกองทุนสวัสดิการเพื่อดูแล อสม. และครอบครัวในยาม

เจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยรักษาขวัญกำลังใจและสร้างความมั่นคงให้กับ อสม. ในการปฏิบัติงาน

C5: Continuity and Sustainability (ความต่อเนื่องและยั่งยืน) เป็นการแก้ไขปัญหาการขาดระบบติดตามผลและการประเมิน โดยการประเมินผลหลังการอบรมทุกครั้งเพื่อวัดความเข้าใจและนำไปปรับปรุง การจัดประชุมสรุปบทเรียนรายไตรมาสเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น และการใช้ฐานข้อมูลออนไลน์เพื่อติดตามผลการปฏิบัติงานของ อสม. แต่ละคนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการวางแผนการสืบทอดความรู้สู่ อสม. รุ่นใหม่

แนวทาง 5C Model นี้ได้รับการออกแบบโดยคำนึงถึงบริบทชุมชนชนบทและความเข้มแข็งของทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน การใช้ภาษาและวัฒนธรรมท้องถิ่น และการสร้างความยั่งยืนผ่านระบบการติดตามและประเมินผลที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้ อสม. สามารถเป็น "ด่านหน้า" ที่เข้มแข็งในการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ตอนที่ 3 ผลการใช้แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุม COVID-19 ตำบลท่าเมือง

การประเมินผลการใช้แนวทาง 5C Model ดำเนินการเป็นระยะเวลา 2 เดือน กับ อสม. จำนวน 111 คน โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้แนวทางเพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม COVID-19 ผลการประเมินแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในทุกมิติที่วัด พบว่า อสม. ที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.5 เป็นร้อยละ 94.6 ทัศนคติเชิงบวกระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.3 เป็นร้อยละ 86.5 และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.8 เป็นร้อยละ 100 หลังการใช้แนวทาง 5C Model

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 และทัศนคติต่อ COVID-19 และมีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ก่อนและหลังการใช้แนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 (N=111)

ตัวแปรผลลัพธ์	ระยะที่วัด	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p*	*Cohen'd*
ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19	ก่อนการใช้แนวทาง	10.95	2.18	-9.70	110	.001	0.92
	หลังการใช้แนวทาง	12.51	1.07				
ทัศนคติต่อโรค COVID-19	ก่อนการใช้แนวทาง	20.61	4.20	-11.10	110	.001	1.05
	หลังการใช้แนวทาง	23.43	2.62				
พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19	ก่อนการใช้แนวทาง	4.26	0.45	-24.17	110	.001	2.30
	หลังการใช้แนวทาง	4.74	0.34				

ผลการทดสอบความแตกต่างจากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าแนวทาง 5C Model มีประสิทธิผลในการพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นจาก 10.95 เป็น 12.51 คะแนน (t = -9.70, p < .001) ทัศนคติต่อโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นจาก 20.61 เป็น 23.43 คะแนน (t = -11.10, p < .001) และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นจาก 4.26 เป็น 4.74 คะแนน (t = -24.17, p < .001) ค่า Cohen's d ที่ 0.92, 1.05 และ 2.30 ตามลำดับ บ่งชี้ว่าการพัฒนามีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมที่มีขนาดอิทธิพลใหญ่มาก

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ศึกษาบริบทการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านท่าเมือง อ.ดอนมดแดง จ.อุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ต.ท่าเมืองมีลักษณะสังคมแน่นแฟ้นที่เอื้อต่อ

การควบคุมโรค อสม. มีบทบาทเชิงรุกแต่เผชิญปัญหาสำคัญ 5 ประการ คือ 1) การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน 2) การขาดทักษะเชิงปฏิบัติ 3) ความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยี 4) การขาดแคลนทรัพยากร และ 5) การลดลงของแรงจูงใจ การพัฒนาแนวทาง 5C Model เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ อสม. ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ในระดับสูงเพิ่มจากร้อยละ 68.5 เป็นร้อยละ 94.6 ทัศนคติต่อโรค COVID-19 เชิงบวกเพิ่มจากร้อยละ 61.3 เป็นร้อยละ 86.5 และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ในระดับมากเพิ่มจากร้อยละ 10.8 เป็นร้อยละ 100 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมดังกล่าวก่อนและหลังการใช้ 5C Model พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้านและมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่

ประสิทธิผลของแนวทาง 5C Model ในการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการยกระดับศักยภาพ อสม. อย่างครอบคลุม โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 10.95 เป็น 12.51 คะแนน ($t = -9.70$, $p < .001$) และทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 20.61 เป็น 23.43 คะแนน ($t = -11.10$, $p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รำพึง นุ่มสารพัดนึก[6] ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม. ส่งผลให้มีความรู้และทัศนคติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การที่แนวทาง 5C Model เน้นการอบรมเชิงปฏิบัติ เช่น การใช้ชุดตรวจหาเชื้อแอนติเจน (ATK) การวัดออกซิเจนด้วยเครื่องวัดออกซิเจนในเลือด (Pulse Oximeter) และการใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

บทบาทของการประสานงานและการมีส่วนร่วมของภาคีตามแนวทาง 5C Model ได้เสริมสร้างประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. อย่างชัดเจน จากการจัดประชุมภาคีท้องถิ่นรายไตรมาส การตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนสุขภาพชุมชน และการจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ทำให้ อสม. มีการปฏิบัติงานร่วมกับผู้นำชุมชนในการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 85.6) ซึ่งสะท้อนถึงความเข้มแข็งของเครือข่ายการทำงาน การค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภัคชญา ภวังค์คะรัต และคณะ[9] พบว่าบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 93.60) และการจัดการของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ก็อยู่ในระดับสูงเช่นกัน (ร้อยละ 96.13)

ผลกระทบของการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารและการพัฒนาทักษะผ่านการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับการทำงานของ อสม. ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการลดความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยี การใช้กลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ (Line) "อสม.ท่าเมือง" และการฝึกใช้โปรแกรมประชุมทางไกลซูม (Zoom) และแบบฟอร์มออนไลน์กูเกิล (Google Forms) ช่วยให้ อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทิมา นวะมะวัฒน์[10] ที่พบว่า อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. แสดงความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชัน "EpiScan Covid19" ในระดับดีขึ้นไปถึงร้อยละ 85 อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่ายังมีข้อจำกัดในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังประสบปัญหาการใช้เทคโนโลยี ตามที่ อสม. ท่านหนึ่งกล่าวว่า "เข้าซูม [Zoom] ไม่ได้... มันเป็นภาษาอังกฤษ"

ความสำคัญของการสร้างแรงจูงใจและระบบสนับสนุนที่ยั่งยืนแสดงให้เห็นจากการที่ระดับการปฏิบัติงานของ อสม. เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ในระดับมากหลังการใช้แนวทาง (เมื่อเทียบกับร้อยละ 10.8 ก่อนการใช้แนวทาง) ด้วยขนาดอิทธิพลใหญ่มาก (Cohen's $d = 2.30$) สะท้อนถึงประสิทธิผลของการสร้างแรงจูงใจแบบองค์รวมผ่านการให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสม การจัดงาน "วัน อสม." และการตั้งกองทุนสวัสดิการ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ พยอม ทองใบ และอารี บุตรสอน[11] ที่พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรต้นสังกัดเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และสนับสนุนแนวคิดของ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง[12] เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จ

ของ อสม. ที่มาจากตัวบุคคล อสม. ที่เป็นคนท้องถิ่น มีจิตอาสา และมีประสบการณ์สาธารณสุขในชุมชน ข้อจำกัดและความท้าทายในการขยายผลแนวทาง 5C Model พบว่าแม้จะแสดงประสิทธิผลที่ดี แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญ โดยเฉพาะการประชาสัมพันธ์ มาตรการของจังหวัด และความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยีในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภารัตน์ สีวงกลาง และคณะ[13] ที่พบว่าความรู้กับการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กัน บ่งชี้ว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ และสนับสนุนข้อค้นพบของ Owhonda และคณะ[14]เกี่ยวกับช่องว่างในความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ ปัจจัยภายนอก เช่น นโยบายรัฐบาล และการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์การระบาด อาจส่งผลต่อความต่อเนื่องของพฤติกรรมการป้องกัน ดังที่ ศุภัคชญา ภวังค์คะรัต และคณะ[9] พบว่าพฤติกรรมการป้องกันตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างช่วงที่มีนโยบายปิดเมืองกับช่วงมาตรการผ่อนปรน

ยิ่งไปกว่านั้น ในปัจจุบันที่สถานการณ์ COVID-19 ยังคงระบาดต่อเนื่อง กิจกรรมของไวรัส SARS-CoV-2 ทั่วโลกเพิ่มขึ้นตั้งแต่กลางเดือนกุมภาพันธ์ 2025 โดยอัตราการตรวจพบเชื้อสูงถึงร้อยละ 11 ซึ่งเป็นระดับสูงสุดนับตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2024[15] และการปรากฏสายพันธุ์ใหม่ NB.1.8.1 ที่องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นสายพันธุ์ที่อยู่ในการเฝ้าระวัง (Variant under monitoring) เนื่องจากมีหลักฐานเบื้องต้นว่าสายพันธุ์นี้อาจแพร่กระจายได้ง่ายขึ้น[16] การมี อสม. ที่มีศักยภาพสูงตามแนวทาง 5C Model จึงยังคงมีความสำคัญในการรับมือกับความไม่แน่นอนทางสาธารณสุขและการเตรียมความพร้อมสำหรับการระบาดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขควรนำแนวทาง 5C Model ไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรสาธารณสุขชุมชน โดยเน้นการอบรมเชิงปฏิบัติ การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการสร้างระบบแรงจูงใจที่ยั่งยืน

2. ควรพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสื่อสาร เฝ้าระวัง และประสานงานกับชุมชน โดยคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยีในกลุ่มผู้สูงอายุและจัดเตรียมวิธีการสื่อสารทางเลือกที่เข้าถึงได้

3. ผลการวิจัยควรนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขระดับชาติ และเป็นแนวทางมาตรฐานสำหรับการเตรียมความพร้อมรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข

4. แนวทาง 5C Model สามารถประยุกต์ใช้กับการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออื่น เช่น ไข้เลือดออก โรคระบบทางเดินหายใจ และสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่ชนบทอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (สถานการณ์ ณ วันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563). กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

2.ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. (มีผลบังคับใช้ 1 มีนาคม 2563). 2563 Mar 1.

3.ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง พ.ศ. 2565. (มีผลบังคับใช้ 1 ตุลาคม 2565). 2565 Oct 1.

4.วิทยา ชินบุตร, นภัทร ภักดีสรวิชญ์. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล. สังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2564;6(2):304-18.

5.ธวัชชัย ยืนยาว, เพ็ญนภา บุญเสริม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิง ในจังหวัดสุรินทร์. การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2563;35(3):555-64.

6.รำพึง นุ่มสารพัดนึก. การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครนายก. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2565;31(2):118-30.

7.ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล, สันติ ทวยมีฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(3):490-9.

8.Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Deakin University; 1988.

9.ศุภัคชญา ภวังค์คะรัต, สมภพ อาจชนะศึก, ปิยะณัฐ นามชู. การศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

10.จันทิมา นวะมะวัฒน์, ชัยรัตน์ ชวนะชิด, วิชชุมา คีตา. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์. โรงพิมพ์สยามศิลป์; 2564.

11.พยอม ทองใบ, อารี บุตรสอน. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(2):191-203.

12.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, วิชัย อึงพินิจพงศ์, นงลักษณ์ พฤกษ์อุดม. รายงานวิจัยการถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

13.สุภารัตน์ สีวงกลาง, สุนทรี สกาวพัน, ชนิศา มิตรประเสริฐ, สุนทรี ศรีสว่าง. การศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในโครงการ อสม.เคาะประตูบ้าน ต้านโควิด 19 ในช่วงควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนเมือง อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

14.Owhonda G, Nwadiuto I, Maduka O, Alasia D, Tobin-West C, Ekanem N, et al. Exploring Gaps in Healthcare Workers Knowledge, Attitude, Perception and Practice of COVID-19 Prevention and Control in Rivers State Nigeria. Adv Infect Dis. 2021;11(2):140-55.

15.World Health Organization. COVID-19 - global situation. Disease Outbreak News. 2025 May 28. Available from: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON572

16.Al Jazeera. What is driving a surge in COVID cases in India, other countries? Al Jazeera News. 2025 Jun 6. Available from: https://www.aljazeera.com/news/2025/6/6/what-is-driving-a-surge-in-covid-cases-in-india-other-countries

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม

Development of a screening model for outpatient types according to emergency severity level at the surgery outpatient department, Nakhon Pathom Hospital.

(Received: September 24,2025 ; Revised: September 28,2025 ; Accepted: September 29,2025)

ศศิธร แก้วสกุล[1]
Sasithon Kaewsakoon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาตรวจ ณ งานผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 420 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยได้แก่ เกณฑ์การคัดกรอง แนวทางการคัดกรอง และคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินโดยประยุกต์จากกระบวนการ MOPH ED Triage รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกผลการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินและการประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD)

ผลการศึกษาพบว่า 1. รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกศัลยกรรมตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน จากเดิมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency) 2) ผู้ป่วยเร่งด่วน (Urgent) และ 3) ผู้ป่วยไม่เร่งด่วน (Non-urgent) เปลี่ยนเป็น 5 ระดับ คือ1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergency) 3) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgency) 4) ผู้ป่วยกึ่งฉุกเฉิน (Semi–urgency) 5) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non–urgency) 2. ผลของการพัฒนารูปแบบ พบว่า คัดกรองถูกต้องตามเกณฑ์ร้อยละ 71.43 และ ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ร้อยละ 28.57 ซึ่งการคัดกรองที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์พบมีการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 24.05 และ มีการคัดกรองสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 4.52 ส่วนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการคัดกรองมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.19, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.11)

คำสำคัญ: รูปแบบการคัดกรอง, ผู้ป่วยนอก, ระดับความรุนแรงฉุกเฉิน

ABSTRACT

This research was action research. The objective is to develop an outpatient screening model according to the emergency severity level and study the results of developing an outpatient screening model according to the emergency severity level at the surgery outpatient department in Nakhon Pathom Hospital. The duration of the study included 4 months between March 2025 to June 2025. The sample was 420 patients aged 18 years and over who came for examination in the surgery outpatient department. The research instruments used were screening criteria, screening guidelines, and a patient screening manual based on emergency severity levels, adapted from the MOPH ED Triage process. Data were collected using a form to record the results of using the outpatient screening according to the emergency severity level and evaluating the opinions of professional nurses on the outpatient screening model according to the emergency severity level. Data analysis using descriptive statistics includes frequency, percentage, mean, and standard deviation (SD).

[1] โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จังหวัดนครปฐม

The results of the study found that 1. Outpatient surgical screening model according to emergency severity level Previously divided into 3 levels: 1) Emergency patient 2) Urgent patient and 3) Non-urgent patient changed to 5 levels: 1) Critical emergency patient (Resuscitation) 2) Very emergency patient (Emergency) 3) Emergency patient (Urgency) 4) Semi-emergency patient (Semi–urgency) and 5) Non-emergency patient (Non–urgency) 2. A Results of model development It was found that 71.43 percent were screened correctly according to the criteria and 28.57 percent were incorrect according to the criteria. Incorrect screening according to the criteria is divided into 24.05 percent had under-screening and 4.52 percent had over-screening. Regarding the professional nurses' opinion on the use of the screening model, there was a high level of satisfaction (mean = 4.19, standard deviation=0.11)

Keywords: Screening model, Outpatient, Emergency severity level

บทนำ

งานบริการผู้ป่วยนอกเป็นการบริการด่านหน้าเป็นลักษณะงานเฉพาะที่ผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอกมีความหลากหลายและมีจำนวนมาก ถือเป็นจุดหนึ่งที่มีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงอาจมีอาการทรุดลงในระหว่างรอรับการตรวจรักษาที่ต้องบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากในแต่ละวันจะมีผู้มารับบริการหลากหลายกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ต้องการการผ่าตัดเร่งด่วน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดอวัยวะสำคัญต่าง ๆ หรือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง บุคคลดังกล่าวมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอาการทรุดลงในขณะรอตรวจได้ตลอดเวลา ดังนั้นระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้สามารถให้บริการการพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยมุ่งผลลัพธ์ เช่น ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ได้รับความรู้หรือคำแนะนำเพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลต้องมีทักษะในการคัดกรองและประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและป้องกันอาการทรุดลงของผู้ป่วย โดยทำการประเมินผู้ป่วยในเชิงรุกทั้งในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังตรวจเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสำนักการพยาบาล ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกไว้ ดังนี้ คือ 1) การทำหน้าที่คัดกรองภาวะสุขภาพผู้ป่วยเพื่อแยกประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค และ 2) การอำนวยความสะดวกแพทย์ในการตรวจรักษาโรคและสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลตั้งแต่ก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังการตรวจรักษา ปัญหาอาการที่ทรุดลงหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปในทางแย่ลงจากเดิมของผู้ป่วยระหว่างรอตรวจมีโอกาสเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกราย ส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย (Patient safety) ได้ การให้ความสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและส่งผลต่อการสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนผู้มารับบริการ ถ้าไม่มีการคัดกรอง ประเมินอาการผู้ป่วยและคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินเพื่อตัดสินความรีบด่วนของปัญหาและส่งไปรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและตอบสนองความต้องการในการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้เร็วขึ้น[1]

ดังนั้นกระบวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วย (Triage) ของงานผู้ป่วยนอกจึงเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญมากในหลายๆ บริการ ในการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทางที่เป็นมาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของ Thailand National Triage Guideline หรือ MOPH ED Triage Emergency [2] และ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข [3] ได้เริ่มมีการปรับใช้ระบบ

คัดแยกที่แบ่งออกเป็น 5 ระดับความรุนแรง เป็น Resuscitation, Emergency, Urgency, Acute illness และ Non-urgency ซึ่งมีการใช้ทรัพยกรที่แตกต่างกัน โดยหลักในการจัดวางรูปแบบบริการสามารถทำได้ด้วยการคำนึงถึงข้อสำคัญ 3 ประการ คือ 1) คุณสมบัติเจ้าหน้าที่คัดกรอง ได้แก่ มีประสบการณ์ทางคลินิก มีเหตุผลในการตัดสินใจในการคัดกรอง กล้าตัดสินใจ ใจเย็น มีความสามารถในการสื่อสาร มีความเสียสละ เป็นต้น 2) สถานที่ที่เหมาะสมที่จะทำการคัดแยก และ 3) ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการคัดแยกแล้ว จะเข้ารับการตรวจรักษาได้ที่ห้องตรวจใด และมีขั้นตอนต่อไปอย่างไรบ้าง และในปี 2563 สภาการพยาบาลได้มีประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2563 เรื่อง หลักเกณฑ์การคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย เป็น 5 ระดับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร่งด่วนทางการแพทย์ และเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้ได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อป้องกัน การเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้นได้อย่างทันท่วงที [4] โดยเพื่อให้มีการปรับระบบบริการการคัดแยกผู้ป่วยนอกที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกัน ควรใช้เกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกันกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปรับแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เข้าใจง่ายและจัดบุคลากรเพิ่มเติมในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพของบุคลากรงานผู้ป่วยนอก จัดหาเครื่องมือให้เพียงพอเพื่อสามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนและความเสี่ยงกับผู้รับบริการ ดังการศึกษาของ Fekonja และคณะ [5] ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานและความสามารถทางวิชาชีพของพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย พบว่า มีปัจจัยหลัก 6 ประเด็น ที่มีความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างความสามารถทางวิชาชีพและความพึงพอใจในงาน ได้แก่ ลักษณะและคุณสมบัติ การบริหารจัดการ ความปลอดภัย ภาระงาน ความสามารถและการประเมินตนเอง โดยที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาความรู้ ทักษะและความสามารถของบุคลากรเพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจในงานและพัฒนาทักษะระดับมืออาชีพต่อไป

งานบริการผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครปฐม บริการผู้ป่วยนอกโดยแบ่งห้องตรวจตามประเภทของกลุ่มโรค ได้แก่ ห้องตรวจอายุรกรรม ห้องตรวจศัลยกรรม ห้องตรวจกระดูก ห้องตรวจกุมารเวชกรรม ห้องตรวจหูคอจมูก ห้องตรวจตา ห้องฝากครรภ์ ห้องตรวจนรีเวช คลินิกเฉพาะทางนอกเวลา((SMC) คลินิกมาตามนัด คลินิกนมแม่ คลินิกผู้ป่วยเรื้อรัง(NCD)วัดไผ่ล้อม และศูนย์ให้คำปรึกษา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีงานด้านสนับสนุนได้แก่ ห้องทำแผล ห้องฉีดยา และศูนย์รับ-จำหน่ายผู้ป่วย(Admit-dischage) มีขอบเขตหน้าที่หลักในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ครอบคลุมการตรวจรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ จัดระบบบริการผู้ป่วยนอกอย่างเหมาะสมโดยยึดหลักการให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย มีเป้าหมายในการบริการ คือ 1) ผู้รับบริการได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย และพึงพอใจ 2) บุคลากรปลอดภัยและมีความสุข ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ และ 3) สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการให้บริการ (GREEN&CLEAN) รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในจังหวัดนครปฐมและโรงพยาบาลเครือข่าย รวมทั้งรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 5 โดยในปี พ.ศ. 2564 ถึงปี 2566 มีผู้มารับบริการทั้งสิ้น 448,776 ราย 430,676 ราย และ 462,137 ราย ตามลำดับ เฉลี่ยวันละ 1,900 ราย มีบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ทั้งหมด 129 คน แบ่งเป็น พยาบาลวิชาชีพ 51 คน ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 75 คน [6]

ห้องตรวจศัลยกรรม รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยแยกประเภทตามคลินิกเฉพาะทาง/คลินิกพิเศษ คือ ศัลยกรรมทั่วไป.ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมหลอดเลือด ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมเด็ก ศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมเคมีบำบัด และคลินิกทวารเทียม โดยมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการในปี พ.ศ. 2565 ถึงปี 2567 มีผู้มารับบริการทั้งสิ้น 56,521 ราย 68,750 ราย และ 61,600 รายตามลำดับ ซึ่งมีผู้มารับบริการเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 4,710 ราย, 5,729 ราย และ 5,133 รายตามลำดับ เฉลี่ยต่อวัน เท่ากับ 236 ราย, 284 ราย และ 253 รายตามลำดับ[6] ปัจจุบันงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐมใช้เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยของกองการพยาบาล(2)โดยแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency) 2) ผู้ป่วยเร่งด่วน (Urgent) และ 3) ผู้ป่วยไม่เร่งด่วน(Non-urgent) ซึ่งเป็นเกณฑ์การคัดกรองอย่างหยาบ การคัดกรองผู้ป่วยแต่ละคนต้องใช้ดุลยพินิจและประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน โดยสถิติการคัดกรองที่ห้องตรวจศัลยกรรมในเดือนพฤศจิกายน และธันวาคม 2567 มีจำนวนผู้ป่วยแยกประเภทเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency) 2 และ 3 รายตามลำดับ ผู้ป่วยเร่งด่วน (Urgent) 104 และ 98 รายตามลำดับ ผู้ป่วยไม่เร่งด่วน(Non-urgent) 5,178 และ4,622 รายตามลำดับ อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบ ณ จุดคัดกรองห้องตรวจศัลยกรรมในปีงบประมาณ 2565 ถึง 2567 แบ่งเป็น ปัญหาด้านการบริการของบุคลากร คือ พฤติกรรมบริการ(ระดับ B) จำนวน 5, 3 และ 3 ครั้งตามลำดับ มีการคัดกรองผิดแผนก(ระดับ C) จำนวน 12, 8 และ 7 ครั้งตามลำดับ และลงทะเบียนตรวจผิดแผนก(ระดับ B) จำนวน 42, 48 และ55 ครั้งตามลำดับ และพบปัญหาด้านอาการผิดปกติของผู้ป่วย จำนวน 33, 34 และ 36 ครั้งตามลำดับ ซึ่งอาการผิดปกติ คือ เหนื่อยหอบ(ระดับ C) จำนวน 7, 9 และ 11 ครั้งตามลำดับ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) (ระดับ C) จำนวน 3, 2 และ 1 ครั้งตามลำดับ เป็นลม(ระดับ C) จำนวน 2, 3 และ 2 ครั้งตามลำดับ ความดันโลหิตสูง (ระดับ C) จำนวน 9, 12 และ 15 ครั้ง ตามลำดับ ความดันโลหิตต่ำ (ระดับ C) จำนวน 7, 5และ 4 ครั้งตามลำดับ HRช้า (ระดับ C) จำนวน 2, 1 และ 1 ครั้งตามลำดับ HRเร็ว (ระดับ C) จำนวน 3, 2 และ 2 ครั้งตามลำดับ ซึ่งถ้าไม่มีการบริหารจัดการในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยเร่งด่วนอาจเกิดการรักษาล่าช้า และเกิดความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เพิ่มขึ้นได้

ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบเป็นหัวหน้าทีมบุคลากร งานผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม จึงมีความสนใจที่จะทำการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของหน่วยงานโดยปรับระบบให้เอื้อต่อการทำงานร่วมกัน ใช้เกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกันกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปรับแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เข้าใจง่าย พัฒนาศักยภาพของบุคลากรงานผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม จัดหาเครื่องมือให้เพียงพอเพื่อสามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนและความเสี่ยงกับผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน

และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม โดยมีขั้นตอนคือ 1) ศึกษาสถานการณ์การคัดกรองประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม 2) จัดทำรูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน 3) ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินที่จัดทำขึ้น **4)** ประเมินผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่จุดคัดกรอง งานผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

กลุ่มตัวอย่างในการประเมินการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยที่มาตรวจ ณ จุดคัดกรอง งานผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ของ Krejcie & Morgan จำนวน 420 คน (คำนวณรวม drop out 10 %) การเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยได้แก่ เกณฑ์การคัดกรอง แนวทางการคัดกรอง และคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินโดยประยุกต์จากกระบวนการ MOPH ED Triage

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน โดยใช้เกณฑ์คัดกรองถูกต้องตรงตามเกณฑ์ คัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) คัดกรองสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage)

2.2 แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 5 การแปลคะแนนระดับความพึงพอใจตามเกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้

1.00 - 1.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด

1.50 - 2.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย

2.50 - 3.49 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง

3.50 - 4.49 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก

4.50 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้นำรูปแบบที่ได้ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เพื่อให้เกิดความถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของงานผู้ป่วยนอก โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์ 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.90

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมนี้เป็นการพัฒนาระบบตั้งแต่แรกรับและการจำหน่ายออกจากหน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ระบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึง 2) ประเมินหาอาการของโรคติดต่อร้ายแรง 3) ประเมินร่างกายเฉพาะที่เกี่ยวข้องและวัดสัญญาณชีพ 4) กำหนดระดับความรุนแรงและติดเครื่องหมาย/สัญลักษณ์ 5) ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามลำดับความรุนแรง 6) ให้การพยาบาลเบื้องต้นกับผู้ป่วยในพื้นที่รอตรวจ และ 7) ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ ขั้นตอนของการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การคัดกรองประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม

โรงพยาบาลนครปฐม โดยการประชุมระดมความคิดเห็นและประเมินสถานการณ์ของหน่วยงานในด้านระบบงานการคัดกรอง ด้านบุคลากร และด้านคู่มือ/แนวทาง/เอกสารที่ใช้ในระบบการคัดกรอง

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำรูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน ประกอบด้วย เกณฑ์การคัดกรอง แนวทางการคัดกรอง และคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินโดยประยุกต์จากกระบวนการ MOPH ED Triage และนำรูปแบบที่ได้ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เพื่อให้เกิดความถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของงานผู้ป่วยนอก

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินที่จัดทำขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว โดยผู้วิจัยและหรือผู้ช่วยวิจัย(พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม)เป็นผู้ดำเนินการและเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลการทดลอง เมื่อครบจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน โดยประเมิน 1) ผลการคัดกรองถูกต้อง 2) คัดกรองไม่ถูกต้อง 3) คัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) 4) คัดกรองเกณฑ์สูงกว่าเกณฑ์(Over triage) และ 5) ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ของการวิจัยคือผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ และความพึงพอใจใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม (เอกสารรับรองเลขที่ 023/2025 วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2568) ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิการเข้าถึงของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัยโดยข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม สามารถนำเสนอสรุปผลการวิจัยเป็นผลการวิจัยเชิงกระบวนการและผลการวิจัยเชิงผลลัพธ์ ดังนี้

ตอนที่ 1 สรุปผลการวิจัยเชิงกระบวนการ

การศึกษาสถานการณ์การคัดกรองประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม โดยการประชุมระดมความคิดเห็นของทีมในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม และพิจารณาร่วมกันในการดำเนินการปรับรูปแบบการคัดกรองในด้านระบบบริการ ด้านบุคลากร และด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบรูปแบบการคัดกรองก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

รูปแบบการคัดกรอง	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
ด้านระบบบริการ		
1. จุดคัดกรอง	มีจุดคัดกรองจุดเดียวทำให้เกิดความแออัดในช่วงเวลา 07.00น.-08.30น. และ13.00น.	กำหนดจุดบริการ เป็น 4 จุด ได้แก่ จุดกดคิวและลงทะเบียนผู้ป่วยตรงนัด จุดคัดกรองผู้ป่วย จุดวัดความดันโลหิตอัตโนมัติด้วยตนเอง และจุดวัดความดันโลหิตรถนั่งเปลนอน กำหนดหน้าที่ความรับผิด ดังนี้ จุด

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบรูปแบบการคัดกรองก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

รูปแบบการคัดกรอง	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	-14.00น.ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีจำนวนมากที่สุด	ที่ 1 จุดกดคิวและลงทะเบียนด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยตรงนัดทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยรายเก่าหลังวัดความดันโลหิต แล้วส่งไปยังจุดที่ 2 คือจุดคัดกรองผู้ป่วยเพื่อคัดกรองแยกประเภทความเจ็บป่วยและให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามความเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยมาตรวจไม่ตรงนัดหรือผู้ป่วยใหม่หลังวัดความดันโลหิตส่งไปจุดคัดกรองผู้ป่วยเพื่อคัดกรองแยกประเภทความเจ็บป่วยและให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามความเหมาะสม จุดที่ 3จุดวัดความดันโลหิตอัตโนมัติด้วยตนเองและจุดที่ 4วัดความดันโลหิตรถนั่งเปลนอน มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัดความดันโลหิต ประเมินอาการ และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อพบค่าความดันโลหิตผิดปกติ
2. การสื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย	การสื่อสารไม่เป็นระบบและพบมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน/ไม่ครบถ้วน	กำหนดรูปแบบการสื่อสาร โดยผู้ป่วยประเภทที่ 1 ติดป้ายสีแดง และผู้ป่วยประเภท 2 ติดป้ายสีชมพูก่อนส่งต่อหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยประเภทที่ 1 และ ผู้ป่วยประเภท 2 ต้องมีพยาบาลนำส่งทุกครั้ง พร้อมประสานงานทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยประเภทที่ 3 ติดป้ายสีเหลืองก่อนส่งห้องตรวจ
3. การประเมินและติดตามผลการคัดกรอง	การประเมินและติดตามผลการคัดกรองไม่ต่อเนื่องและบางครั้งไม่มีการติดตาม	กำหนดตัวชี้วัดและมอบหมายผู้รับผิดชอบในการติดตามผลการปฏิบัติในการคัดกรองและการจำแนกประเภทของผู้ป่วย ถ้าพบปัญหานำเข้าพิจารณาการแก้ไขโดยทีมงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทันทีและ/หรือนำเข้าประชุมประจำเดือน
4. การเก็บข้อมูล	ไม่มีการกำหนดระบบเก็บข้อมูลที่ชัดเจน	กำหนดระบบการเก็บข้อมูลพร้อมมีการนำเสนอข้อมูลเป็นรายเดือนเพื่อให้ทีมรับทราบในไลน์กลุ่มและนำข้อมูลสู่การพัฒนาต่อไป
ด้านบุคลากร		
1. คุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพ	ไม่ได้กำหนดอายุงาน ไม่มีการอบรบTriageใช้ประสบการณ์ในอดีต และการสอนหน้างานจากพยาบาลในที่ทำงาน	กำหนดคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพคัดกรองให้มีอายุการทำงาน 5 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ด้านการคัดกรองผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี หากจำเป็นต้องคัดกรองโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการคัดกรองผู้ป่วยน้อยกว่า 1 ปี ต้องกำกับการทำงานโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงกว่าเสมอ
2. จำนวนพยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลวิชาชีพจุดคัดกรอง 2 คนต่อวัน อาจทำให้การคัดกรองไม่มีประสิทธิภาพในช่วงผู้ป่วยแออัด	บริหารอัตรากำลังในช่วงที่มีผู้ป่วยแออัดโดยเพิ่มพยาบาลวิชาชีพอีก 2 คน ในช่วงเวลา 07.00 น.-08.30 น.และ13.00 น.-14.00 น.
ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์		
1. เครื่องมือที่ช่วยในการคัดกรอง ได้แก่ คู่มือ แนวปฏิบัติ	ไม่มีแนวปฏิบัติในการคัดกรอง	จัดทำเกณฑ์การคัดกรอง แนวทางการคัดกรอง และคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับพยาบาลวิชาชีพ จัดทำเกณฑ์การคัดกรองประเภท MOPH ED TRIAGE ติดไว้ที่จุดคัดกรองและโต๊ะซักประวัติที่งานผู้ป่วย จัดทำป้ายสีที่ใช้แยกประเภทผู้ป่วย โดยผู้ป่วยประเภทที่ 1 ใช้ป้ายสีแดง ผู้ป่วยประเภท2 ใช้ป้ายสีชมพู และผู้ป่วยประเภทที่ 3 ใช้ป้ายสีเหลือง ส่วนผู้ป่วยประเภทที่ 4-5 ไม่ติดป้าย
2. แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วย	ไม่มี	จัดทำแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วย ประกอบไปด้วย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน สัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัว ประเภทผู้ป่วย และสัญญาณชีพอื่นตามความจำเป็น เช่น ระดับความปวด ค่าออกซิเจนในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบรูปแบบการคัดกรองก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

รูปแบบการคัดกรอง	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
3. แนวทางการคัดกรองผู้ป่วย	ใช้เกณฑ์จำแนกผู้ป่วยเป็น 3 ประเภท ดังนี้ 1. ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนมากภายใน 0-4 นาที	กำหนดแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยนอกเป็น 5 ประเภทตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน ดังนี้ 1. ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation) มีภาวะคุกคามที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือระบบการทำงานของร่างกายล้มเหลว ได้รับการรักษาทันที โดยมีการเพิ่มกลุ่มป่วย Fast Track ตามวิสัยทัศน์ของ
	2. ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเกิดอาการแย่ลงถ้าไม่ได้รับรักษาภายใน 1-2 ชั่วโมง	โรงพยาบาล ได้แก่ STEMI, Stroke, Trauma, Sepsis จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนทันที ให้มีพยาบาลนำส่งทุกครั้ง 2. ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency)มีอาการป่วยอย่างเฉียบพลันมากมีความเสี่ยงหากปล่อยให้รอตรวจ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนภายใน 15 นาที ให้มีพยาบาลนำส่งทุกครั้ง 3. ผู้ป่วยเร่งด่วน (Urgency) ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยอย่างเฉียบพลันไม่รุนแรง สัญญาณชีพไม่อยู่ในโซนอันตราย มีกิจกรรมมากกว่า 1 อย่าง ได้รับการรักษาภายใน 30 นาที และมีการกำหนดสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนในเลือด เพื่อนำมาพิจารณาการให้ระดับความรุนแรง 4. ผู้ป่วยกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) มีอาการป่วยอย่างเฉียบพลันไม่รุนแรง มีกิจกรรมเพียง 1 อย่าง ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที 5. ผู้ป่วยไม่เร่งด่วน (Non-urgency) มีอาการป่วยไม่รุนแรง ไม่มีภาวะคุกคามชีวิตสามารถนัดหมาย หรือ รอรับการรักษาได้ตามลำดับ

จากตารางที่ 1 สามารถสรุปรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินที่เหมาะสม หลังการพัฒนา คือ 1) ด้านระบบบริการ มีการปรับระบบการคัดกรองโดยกำหนดจุดให้บริการเป็น 4 จุด กำหนดรูปแบบการสื่อสารโดยติดป้ายแสดงผู้ป่วยประเภทตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน กำหนดตัวชี้วัดและมอบหมายผู้รับผิดชอบในการติดตามผลการปฏิบัติในการคัดกรอง และกำหนดระบบการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาต่อไป 2) ด้านบุคลากร ดำเนินการประชุมพยาบาลวิชาชีพทบทวนการปฏิบัติการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน และกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพคัดกรอง ให้มีอายุการทำงาน 5 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ด้านการคัดกรองผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี และเพิ่มพยาบาลวิชาชีพเป็น 4 คน ในช่วงเวลาแออัด และ 3) ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ ดำเนินการจัดทำเกณฑ์การคัดกรอง แนวทางการคัดกรอง และคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับพยาบาลวิชาชีพเป็นรูปเล่ม ทำป้ายเกณฑ์การคัดกรองประเภท MOPH ED TRIAGE ติดไว้ที่จุดคัดกรองและโต๊ะซักประวัติที่งานผู้ป่วย จัดทำแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยและจัดทำป้ายสีที่ใช้แยกประเภทผู้ป่วย

ตอนที่ 2 สรุปผลการวิจัยเชิงผลลัพธ์

การประเมินผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน โดยประเมินผลลัพธ์การคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิจัย ต่อการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน

ผลลัพธ์การคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน พบว่า ผลลัพธ์การคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ มีการคัดกรองถูกต้องตามเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 71.43 ของการคัดกรองทั้งหมด มีการคัดกรองไม่ถูกต้องตามเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ

28.57 ของการคัดกรองทั้งหมด โดยการคัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกต้องตามเกณฑ์แบ่งเป็น มีการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 24.05 ของการคัดกรองทั้งหมด และมีการคัดกรองสูงกว่าเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 4.52 ของการคัดกรองทั้งหมด

ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน รายข้อมีระดับความคิดเห็นอยู่ระหว่าง 4 - 4.25 (ค่าเฉลี่ย = 4.19, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.11) โดยสรุปความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลการวิจัยเชิงกระบวนการ พบว่ารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินหลังการพัฒนามีการปรับเปลี่ยนในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ด้านระบบบริการมีการปรับระบบการคัดกรองโดยกำหนดจุดให้บริการเป็น 4 จุด กำหนดรูปแบบการสื่อสารโดยติดป้ายแสดงผู้ป่วยประเภทตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน กำหนดตัวชี้วัดและมอบหมายผู้รับผิดชอบในการติดตามผลการปฏิบัติในการคัดกรอง และกำหนดระบบการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาต่อไป ซึ่งการเพิ่มจุดคัดกรองจะทำให้มีความสะดวก ไม่แออัดและสังเกตุอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ง่าย การกำหนดตัวชี้วัดและมอบหมายผู้รับผิดชอบในการติดตามผล รวมทั้งการจัดระบบการเก็บข้อมูลที่ดีจะทำให้ได้ข้อมูลแสดงถึงประสิทธิภาพของระบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินว่ายังมีประสิทธิภาพหรือไม่โดยจะพบปัญหาและแก้ไขได้รวดเร็วทันเหตุการณ์. 2) ด้านบุคลากรมีการดำเนินการประชุมพยาบาลวิชาชีพทบทวนการปฏิบัติการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินก่อนดำเนินการและกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพคัดกรอง ให้มีอายุการทำงาน 5 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ด้านการคัดกรองผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี และเพิ่มพยาบาลวิชาชีพเป็น 4 คน ในช่วงเวลาแออัด ซึ่งการเตรียมความรู้และการกำหนดคุณสมบัติที่เหมาะสมรวมทั้งการเพิ่มจำนวนพยาบาลวิชาชีพในช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยแออัดจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วยตามระดับฉุกเฉินได้ถูกต้องแม่นยำมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตรงกับระดับภาวะฉุกเฉินที่มีอยู่ป้องกันการเกิดอันตรายถึงชีวิตได้.และ 3) ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์มีการดำเนินการจัดทำเกณฑ์การคัดกรอง แนวทางการคัดกรอง และคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับพยาบาลวิชาชีพเป็นรูปเล่ม ทำป้ายเกณฑ์การคัดกรองประเภท MOPH ED TRIAGE ติดไว้ที่จุดคัดกรองและโต๊ะซักประวัติที่งานผู้ป่วย จัดทำแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยและจัดทำป้ายสีที่ใช้แยกประเภทผู้ป่วย ซึ่งการจัดทำคู่มือเป็นรูปเล่มจะทำให้มีความสะดวกในการศึกษาและใช้อ้างอิง การทำป้ายเกณฑ์การคัดกรองประเภทติดไว้บริเวณที่มองเห็นได้ชัดเจนจะทำให้บุคลากรมีความรู้และมีความมั่นใจในการคัดกรองมากขึ้น ส่วนแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยและป้ายสีที่ใช้แยกประเภทผู้ป่วยจะใช้ในการประเมินผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยได้ครบถ้วนและรวดเร็วซึ่งควรวางไว้บริเวณที่สะดวกต่อการหยิบใช้งาน

จากการศึกษาผลการวิจัยเชิงผลลัพธ์ พบว่าการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ มีการคัดกรองถูกต้องตามเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 71.43 ของการคัดกรองทั้งหมด มีการคัดกรองไม่ถูกต้องตามเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 28.57 ของการคัดกรองทั้งหมด โดยการคัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกต้องตามเกณฑ์แบ่งเป็น มีการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 24.05 ของการคัดกรองทั้งหมด และมีการคัดกรองสูงกว่าเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 4.52 ของการคัดกรองทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยของการศึกษาครั้งนี้ของการศึกษาอื่น ๆ[7,8,9,10] พบว่ามีอัตราการคัด

กรองถูกต้องตามเกณฑ์ใกล้เคียงกัน แต่เมื่อพิจารณาการคัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกต้องตามเกณฑ์โดยแบ่งเป็นต่ำกว่าเกณฑ์และสูงกว่าเกณฑ์พบว่าจากการศึกษาส่วนใหญ่พบมีอัตราการคัดกรองสูงกว่าเกณฑ์มากกว่าอัตราการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยครั้งนี้ โดยถ้าผู้ป่วยกลุ่มนั้นมีความเสี่ยงสูงแต่ได้รับการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์อาจส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องมากขึ้น ส่วนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการปรับระบบการคัดกรอง การเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและการจัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยระดับความรุนแรงฉุกเฉินจะทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจ มีความสะดวกในการปฏิบัติการคัดกรองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Fekonja และคณะ [5] (2022) พบปัจจัยหลัก 6 ประเด็น ที่มีความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างความสามารถทางวิชาชีพและความพึงพอใจในงาน ได้แก่ ลักษณะและคุณสมบัติ การบริหารจัดการ ความปลอดภัย ภาระงาน ความสามารถและการประเมินตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ด้านการบริการ สามารถนำไปใช้ในงานผู้ป่วยนอก แผนกต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล แต่ก่อนนำระบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินไปใช้ควรมีการอบรมบุคลากรทุกระดับ และบุคลากรใหม่ทุกครั้ง ให้มีความรู้ความเข้าใจและฝึกปฏิบัติในการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินเพื่อให้เกิดความร่วมมือและมีประสิทธิภาพมากขึ้น และมีการติดตามประเมินผล เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านบุคลากร(พยาบาลวิชาชีพ) ที่ร่วมใช้แนวปฏิบัติในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมมีจำนวนน้อย จึงควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างด้านบุคลากรให้มากขึ้นเพื่อผลการวิจัยน่าเชื่อถือมากขึ้น

3. ด้านชุมชนและสังคม เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินในการศึกษาครั้งนี้เป็นการปรับใช้ “MOPH” ED. Triage Guideline ของกระทรวงสาธารณสุข โดยทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการได้รวดเร็วทันท่วงทีและปลอดภัย ซึ่งเป็นประโยชน์ผู้รับบริการและชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาและพัฒนาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาและพัฒนาระบบส่งต่อในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความฉุกเฉิน 1-2 ซึ่งมีความเสี่ยงสูง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างทันท่วงที และ รวดเร็วยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจและความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพในสถานพยาบาล เพื่อนำมาพัฒนาความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

4. ควรมีการศึกษาและออกแบบระบบคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อเพิ่มความสะดวกและส่งเสริมความเม่นยำในการปฏิบัติงานคัดกรองผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.

2.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและการจัดลำดับการการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ.กำหนด.พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2558.

3.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. MOPH.ED. TRIAGE. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2561.

4.สภาการพยาบาล. หลักเกณฑ์การคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย พ.ศ.2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนพิเศษ 240ง; 2563: 34-35.

5.Fekonja U, Strnad M, & Fekonja Z; Association between triage nurses' job satisfaction and professional capability: Results of a mixed-method study. Journal of nursing management 2022; 30(8): 4364-77.

6.รายงานประจำปีงบประมาณ 2567 โรงพยาบาลนครปฐม.

7.มยุรี มานะงาน. ผลการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจักราช อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2563; 34(3):52-65.

8.อรวรรณ ฤทธิ์อินทรางกูร, วรวุฒิ ขาวทอง, ปารินันท์ คงสมบรูณ์, สมศรี เขียวอ่อน. การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารกรมทางแพทย์ 2561; 43(2):146-51.

9.เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564;15(36):160-78.

10.นวลฉวี พะโน. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567, 9(1): 58-67.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

Effects of the education and behavior change program to increasing self-efficacy in preventing falls in the elderly, That Phanom Crown Prince Hospital

(Received: September 24,2025 ; Revised: September 28,2025 ; Accepted: September 29,2025)

หาญชัย อังคนาวราพันธุ์[1]
Hanchai Unkanawarapan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม แบ่งการศึกษาเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 ราย วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เครื่องมือได้แก่ แบบสอบถาม และโปรแกรมการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม (t = 28.56, 95%CI = 7.71 ถึง 8.87) พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม (t = 29.68, 95% CI = 29.80 ถึง 34.09) บ้านสิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัยของสภาพทั่วไปภายในบ้าน (t = 22.17, 95%CI = 0.70 ถึง 0.84) บ้านสิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัยของสภาพห้องนั่งเล่น (t = 11.84, 95%CI = 0.64 ถึง 0.90) บ้านสิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัยของสภาพห้องนอน (t = 17.07, 95%CI = 0.73 ถึง 0.92) บ้านสิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัยของสภาพห้องน้ำ (t = 15.67, 95%CI = 0.64 ถึง 0.83) และบ้านสิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัยของสภาพห้องครัว (t = 8.00, 95%CI = 0.47 ถึง 0.79) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <0.000

คำสำคัญ : สมรรถนะแห่งตน, พลัดตกหกล้ม, ผู้สงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of an educational and behavioral modification program designed to enhance self-efficacy on fall prevention among the elderly at That Phanom Crown Prince Hospital. The study was divided into an experimental group and a control group, with 38 subjects in each group, using a two-group pretest–posttest design. The research tools included questionnaires and a program that provided knowledge and behavior modification to increase self-efficacy in preventing falls in the elderly at That Phanom Crown Prince Hospital.

The findings revealed statistically significant differences ($p < 0.001$) between the experimental and control groups in the following areas: knowledge about fall prevention (t = 28.56, 95% CI = 7.71 to 8.87); fall prevention behaviors (t = 29.68, 95% CI = 29.80 to 34.09); safe home environment conditions, including general conditions (t = 22.17, 95% CI = 0.70 to 0.84), living room conditions (t = 11.84, 95% CI = 0.64 to 0.90), bedroom conditions (t = 17.07, 95% CI = 0.73 to 0.92), bathroom conditions (t = 15.67, 95% CI = 0.64 to 0.83), and kitchen conditions (t = 8.00, 95% CI = 0.47 to 0.79).

Keywords: Self-efficacy, Fall, Elderly

[1] นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

บทนำ

ในยุคสังคมปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการเปลี่ยนเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัย (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) ซึ่งเป็นปัญหาทั่วโลก ประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนามีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)[1] ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการเข้าสู่สังคม การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุด้านร่างกายพบว่าผิวหนังบางลง เกิดแผลและรอยฟกช้ำได้ง่าย การมองเห็นลดลง หูตึง หายใจลำบากเหนื่อยง่าย ฮอร์โมนมีการเปลี่ยนแปลงเกิดภาวะกระดูกพรุน ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะและอุจจาระลำบาก และพบกล้ามเนื้อลีบเล็กลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง กระดูกเปราะบาง น้ำในข้อต่อลดลง เกิดข้อต่อติดแข็งมีการอักเสบได้ง่าย ทำให้ผู้สูงเคลื่อนไหวและเดินได้ช้าลง การทรงตัวเสียความสมดุล ส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้มและกระดูกหักได้ง่าย[2] การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ[3]

ในปี ค.ศ. 1997 Bandura ได้เสนอทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ที่ชี้ว่าบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะมีโอกาสประสบความสำเร็จมากขึ้น โดยแหล่งข้อมูลที่เสริมความรับรู้สมรรถนะประกอบด้วย การลงมือปฏิบัติสำเร็จด้วยตนเอง (mastery experience), การเรียนรู้จากตัวอย่างของผู้อื่น (vicarious experience), การรับคำพูดให้กำลังใจ (verbal persuasion), และสถานะทางร่างกายหรืออารมณ์ (physiological and emotional states)[4] หากบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ได้ บุคคลนั้นจะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นด้วย โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงสมรรถนะของตนเอง โดยมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถผ่านการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย[5] มีการศึกษาที่นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในบริบทของการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในหลายงานวิจัย เช่น Sukaree et al. (2025) ดำเนินการทดลอง quasi-experimental แบบสองกลุ่ม (n=60, อายุ 60–79 ปี) พบว่าโปรแกรมเสริมสมรรถนะตนเอง (self-efficacy-based program) ระยะ 8 สัปดาห์ ส่งผลให้ความรู้ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว และการทรงตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$)[3] Doungchan et al. (2024) วิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับต้น พบว่าโปรแกรมป้องกันการพลัดตกที่พัฒนาจากทฤษฎี self-efficacy ทำให้คะแนนพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกและคะแนนการทรงตัว (Berg Balance Scale, Timed Up and Go) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$)[6] Suebsoontom, Nimit-arnun & Chatdokmaipria (2019) ใช้โปรแกรมเสริมสมรรถนะตนเองในชุมชน พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกและความรู้สึกมีสมรรถนะตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ[7] Suttanon et al. (2018) พัฒนาและประเมินโปรแกรมลดความเสี่ยงจากการล้มในผู้สูงอายุ พบว่าสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมมีผลต่อการจัดการความปลอดภัยในบ้านเพื่อป้องกันการล้ม[8] Pantong (2024) วิเคราะห์ความชุกปัจจัยเสี่ยงและทัศนคติเรื่องการล้มในผู้สูงอายุไทย เพื่อออกแบบรูปแบบการป้องกันที่เหมาะสม[1]

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม พบว่าผู้สูงอายุ (อายุ 60–79 ปี) ที่เข้ารับการดูแลมีแนวโน้มการเข้ารักษาเนื่องจากพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2565–2567 มีจำนวน 260, 292 และ 362 คน ตามลำดับ[10]

จากงานวิจัยข้างต้น และข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ใช้หลักการของ self-efficacy มีศักยภาพในการเพิ่มพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงสถานะร่างกาย และการรับรู้ของตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ในบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จ

พระยุพราชธาตุพนม การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ออกแบบบนทฤษฎี self-efficacy จึงมีความจำเป็น เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลและป้องกันการล้มที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่นี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบ่งการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 ราย กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการตรวจรักษาด้วยระบบปกติ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60-79 ปี ทั้งเพศหญิงเพศชาย ที่อยู่ในพื้นที่บริการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จำนวน 362 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60-79 ปี ทั้งเพศหญิงเพศชาย ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม และได้รับการวินิจฉัยว่า พลัดตกหกล้ม รหัส ICD -10 รหัสโรค W00-W19 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 38 คน และกลุ่มทดลอง 38 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Stratified Random sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จาก G* power โดยใช้สถิติ Independent t-test ค่า effect size เท่ากับ 0.52 ได้เท่ากับ 0.8 Power .95 ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้กลุ่มควบคุม 38 คน และกลุ่มทดลอง 38 คน ตามคุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion criteria)[10]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามงานวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
2. แบบประเมินความรู้การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ
3. แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุสร้างจากผู้วิจัยทบทวนเอกสารตำรา
4. แบบประเมินแบบประเมินบ้านสิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัย
5. แบบระเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม Timed up & Go test (TUG)

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ๆ ละ 1.5 ชั่วโมง

กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมทดลองโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเองในทุกกิจกรรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการบริการจากสถานบริการสาธารณสุขตามปกติ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม 8 สัปดาห์ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้เกิดความไว้วางใจ ทำแบบทดสอบก่อนทำโปรแกรม แจกคู่มือโปรแกรมการให้ความรู้ และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

กิจกรรมครั้งที่ 2 ให้ความรู้ การป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซ้ำรอบ 2

กิจกรรมครั้งที่ 3 ประเมินการพลัดตกหกล้ม ให้ความรู้ในในการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การประเมินความเชื่อทัศนคติ และการปฏิบัติตัว

กิจกรรมครั้งที่ 4 การปรับพฤติกรรม การเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยการให้ความรู้ในการจัดบ้านเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม และการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ โดยใช้แนวคิด

ของแบนดูรา[5] การรับรู้สมรรถนะของตนเอง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม

กิจกรรมครั้งที่ 5 การฝึกทักษะแนวทางการปฏิบัติตัวในการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ใช้แนวคิดของแบนดูรา[5] การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 6 การติดตามและกำกับติดตามทางโทรศัพท์ สอบถามทุกสัปดาห์ ให้คำแนะนำเมื่อกลับไปปฏิบัติที่บ้านด้วยตัวเอง

กิจกรรมครั้งที่ 7 ประเมินผลทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้

กิจกรรมครั้งที่ 8 ทดสอบหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนนำเสนอด้วย ค่า Independent t-test และ Paired t-test[11]

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อป้องกันผลเสียและแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (ICH GCP) ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยเลขที่ REC 119/67 รับรองวันที่ 11 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน กลุ่มละ 38 ราย พบว่า กลุ่มทดลองประกอบด้วยเพศชาย ร้อยละ 34.2 เพศหญิง ร้อยละ 65.8 อายุระหว่าง 60 – 79 ปี เฉลี่ย 67.7 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.3 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.4 และประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 26.3 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 65.8 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 มีปัญหาเกี่ยวกับสายตา ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน ร้อยละ 97.4 มีปัญหาเกี่ยวกับการเดินและการทรงตัว ร้อยละ 42.1 โดยใช้ไม่เท้าช่วยในการเคลื่อนไหว ร้อยละ 76.3 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 84.2 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามีประวัติการหกล้ม 2 ครั้ง ร้อยละ 55.3 และ 1 ครั้ง ร้อยละ 26.3 มีประวัติหกล้มภายในบ้าน ร้อยละ 61.3 และผลจากการหกล้มคือ ฟกช้ำและแผล ถลอก ร้อยละ 32.5 และสาเหตุของการหกล้มคือ เดินสะดุด ร้อยละ 20.19 และลื่นล้ม ร้อยละ 18.31 การประเมินความเสี่ยงของการเกิดหกล้ม (Thai FRAT) ด้านการมองเห็นบกพร่อง ไม่สามารถอ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 เมตร ได้มากกว่าครึ่ง ร้อยละ 68.4 ด้านการทรงตัวบกพร่อง ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงไม่ได้ หรือยืนได้ไม่ถึง 10 วินาที ร้อยละ 60.5 ด้านการใช้ยา กินยาต่อไปนี้ ตั้งแต่ 1ชนิดขึ้นไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือกินยาชนิดใดก็ได้ ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมวิตามิน) ร้อยละ 63.2 มีประวัติล้มตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปใน 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 60.5 สภาพบ้านที่อยู่อาศัย อยู่บ้านยกพื้นสูงตั้งแต่ 1.5 เมตร ขึ้นไป ร้อยละ 71.1 และการประเมินความเสี่ยงของการเกิดหกล้ม (Thai FRAT) มีความเสี่ยงร้อยละ 65.8 การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม Timed up & Go test (TUG) เฉลี่ย 10.50 วินาที ระหว่าง 4 – 16 วินาที มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 57.9

กลุ่มควบคุมประกอบด้วยเพศชาย ร้อยละ 42.1 เพศหญิง ร้อยละ 57.9 อายุระหว่าง 60 – 79 ปี เฉลี่ย 70.0 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55.3 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.4ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 42.1 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.8 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 44.7 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.8 มีปัญหาเกี่ยวกับสายตา ร้อยละ 52.6 ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน ร้อยละ 92.1 มีปัญหาเกี่ยวกับการเดินและการทรงตัว ร้อยละ 42.1 โดยใช้ไม่เท้าช่วยในการ

เคลื่อนไหว ร้อยละ 81.6 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 89.5 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามีประวัติการหกล้ม 2 ครั้ง ร้อยละ 50.0 และ 1 ครั้ง ร้อยละ 28.9 มีประวัติหกล้มภายในบ้าน ร้อยละ 60.0 และผลจากการหกล้มคือ ฟกช้ำและแผลถลอก ร้อยละ 32.5 และสาเหตุของการหกล้มคือ เดินสะดุด ลื่นล้ม และสูญเสียการทรงตัว ร้อยละ18.6 การประเมินความเสี่ยงของการเกิดหกล้ม (Thai FRAT) ด้านการมองเห็นบกพร่อง ไม่สามารถอ่านตัวเลขที่ระยะ 6/12 เมตร ได้มากกว่าครึ่ง ร้อยละ 55.3 ด้านการทรงตัวบกพร่อง ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงไม่ได้ หรือยืนได้ไม่ถึง 10 วินาที ร้อยละ 65.8 ด้านการใช้ยา กินยาต่อไปนี้ ตั้งแต่ 1ชนิดขึ้นไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือกินยาชนิดใดก็ได้ ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมวิตามิน) ร้อยละ 68.4 มีประวัติล้มตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปใน 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 57.9 สภาพบ้านที่อยู่อาศัย อยู่บ้านยกพื้นสูงตั้งแต่ 1.5 เมตร ขึ้นไป ร้อยละ 63.2 และการประเมินความเสี่ยงของการเกิดหกล้ม (Thai FRAT) มีความเสี่ยงร้อยละ 71.1 การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม Timed up & Go test (TUG) เฉลี่ย 10.00 วินาที ระหว่าง 3 – 16 วินาที มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 55.3

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม บ้านสิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัย 5 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม พบว่า หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม (t = 28.56, 95%CI = 7.71 ถึง 8.87) พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม (t = 29.68, 95% CI = 29.80 ถึง 34.09) บ้านสิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัยของสภาพทั่วไปภายในบ้าน (t = 22.17, 95%CI = 0.70 ถึง 0.84) บ้านสิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัยของสภาพห้องนั่งเล่น (t = 11.84, 95%CI = 0.64 ถึง 0.90) บ้านสิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัยของสภาพห้องนอน (t = 17.07, 95%CI = 0.73 ถึง 0.92) บ้านสิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัยของสภาพห้องน้ำ (t = 15.67, 95%CI = 0.64 ถึง 0.83) และบ้านสิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัยของสภาพห้องครัว (t = 8.00, 95%CI = 0.47 ถึง 0.79) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <0.000 อย่างไรก็ตามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม บ้านสิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัยทั้ง 5 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม บ้านสิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัย 5 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean diff.	t	P-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม									
ก่อนทดลอง	9.13	1.99	9.13	1.26	0.00	0.00	1.000	-0.76	0.76
หลังทดลอง	17.45	1.31	9.16	1.22	8.29	28.56	0.000*	7.71	8.87
พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม									
ก่อนทดลอง	29.11	3.30	29.24	3.03	-0.13	-0.18	0.857	-1.58	1.32
หลังทดลอง	61.08	5.72	29.13	3.36	31.95	29.68	0.000*	29.80	34.09
บ้านสิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัย									

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม บ้านสิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัย 5 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean diff.	t	P-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
สภาพทั่วไปภายในบ้าน									
ก่อนทดลอง	0.90	0.10	0.92	0.09	-0.02	-1.03	0.306	-0.07	0.21
หลังทดลอง	1.70	0.20	0.93	0.08	0.77	22.17	0.000*	0.70	0.84
สภาพห้องนั่งเล่น									
ก่อนทดลอง	0.88	0.21	0.86	0.16	0.02	0.35	0.725	-0.07	0.10
หลังทดลอง	1.66	0.31	0.89	0.26	0.77	11.84	0.000*	0.64	0.90
สภาพห้องนอน									
ก่อนทดลอง	0.85	0.15	0.88	0.13	-0.03	-0.98	0.329	-0.09	0.03
หลังทดลอง	1.71	0.27	0.88	0.12	0.82	17.07	0.000*	0.73	0.92
สภาพห้องน้ำ									
ก่อนทดลอง	0.90	0.11	0.93	0.12	-0.03	-1.11	0.271	-0.08	0.02
หลังทดลอง	1.68	0.26	0.95	0.12	0.73	15.67	0.000*	0.64	0.83
สภาพห้องครัว									
ก่อนทดลอง	0.94	0.22	0.95	0.23	-0.01	-0.20	0.839	-0.11	0.09
หลังทดลอง	1.59	0.42	0.96	0.24	0.63	8.00	0.000*	0.47	0.79

* $p<0.000$

สรุปและอภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนของเบนดูรา[5]เป็นกรอบแนวคิดในการทำกิจกรรม โดยมีกิจกรรมตามกระบวนการต่อไปนี้ 1. การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนผ่านการปฏิบัติจริง เช่น การฝึกออกกำลังกายและการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นว่า “ตนเองสามารถทำได้” ซึ่งเป็นแรงผลักดันสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sukaree et al.[3] และ Doungchan et al.[4] ที่พบว่าโปรแกรมการป้องกันการหกล้มซึ่งออกแบบบนพื้นฐาน self-efficacy สามารถเพิ่มทั้งความรู้ ความสมดุล และพฤติกรรมการป้องกันการล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ 2. การเรียนรู้ผ่านการสังเกต (observational learning) มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดแรงบันดาลใจเมื่อได้เห็นเพื่อนผู้สูงอายุคนอื่นประสบความสำเร็จในการป้องกันการล้ม ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Suebsoontom, Nimit-arnun & Chatdokmaipria[7] และ Doungchan et al.[6] ที่พบว่าการใช้กลุ่มเพื่อนและตัวแบบช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมมีความต่อเนื่องมากขึ้น 3. การได้รับคำชักจูงและกำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแล มีบทบาทสำคัญในการสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อความสามารถของผู้สูงอายุเอง งานวิจัยของ Wang et al. [12] และ Schnock et al.[13] แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพเป็นตัวแปรสำคัญที่ช่วยเพิ่ม self-efficacy และพฤติกรรมการดูแลตนเอง 4. การจัดการสิ่งแวดล้อมและการลดความกลัวการหกล้ม ช่วยสร้างความรู้สึกปลอดภัยและลดความวิตกกังวล ผลการศึกษาของ Suttanon et al. (2018)[2], Pantong [1]

และ Lektip et al.[14] ชี้ว่า การประเมินและปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านเป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ Nawai et al.[15] ยังยืนยันว่าการลดความกลัวการล้มส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการเคลื่อนไหวมากขึ้น

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อการหกล้มหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อการหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายตามแนวคิดการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนของเบนดูรา[5] หรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ว่า การที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมแล้วมีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สามารถอธิบายได้จาก 1. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากการมีสมรรถนะแห่งตนที่สูงขึ้น เมื่อผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์ความสำเร็จจากการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรม เช่น การฝึกออกกำลังกายตามที่ได้รับคำแนะนำ หรือการจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัยขึ้น ความรู้สึกว่า "ฉันทำได้" จะถูกปลูกฝังขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตจริง 2. การเรียนรู้จากการสังเกต การที่ผู้สูงอายุได้เห็นตัวอย่างที่ดีจากเพื่อนร่วมโปรแกรมที่สามารถปรับพฤติกรรมและลดความเสี่ยงจากการหกล้มได้ ทำให้พวกเขามีต้นแบบและเกิดความเชื่อมั่นว่าหากผู้อื่นทำได้ พวกเขาก็สามารถทำได้เช่นกัน สิ่งนี้ช่วยลดความกลัวและความไม่แน่ใจในการลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ ๆ 3. การจัดการอารมณ์และแรงจูงใจ การที่ผู้สูงอายุได้รับคำชมเชยและกำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ทำให้พวกเขารู้สึกดีกับตัวเองและมีความมั่นใจมากขึ้น เมื่อความกลัวและความกังวลเรื่องการหกล้มลดลง ผู้สูงอายุก็จะกล้าที่จะเคลื่อนไหวและใช้ชีวิตประจำวันอย่างมั่นใจ ซึ่งการลดความกลัวนี้เป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันอย่างต่อเนื่อง 4. การจัดการสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรม การที่ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการสำรวจและจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน เช่น การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ หรือการจัดระเบียบข้าวของให้เป็นระเบียบ เป็นการแสดงออกถึงพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงที่จับต้องได้ ซึ่งการกระทำเหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมความเสี่ยงจากปัจจัยภายนอกได้ ซึ่งยิ่งทำให้สมรรถนะแห่งตนแข็งแกร่งขึ้นไปอีก สอดคล้องกับการวิจัยของโสภิตตา แสนวา และคณะ[16] พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P<.05 การศึกษาของ ปาจรีย์ แขไข[17] พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P < 0.001 และการศึกษาของชไมพร จั่นจุ้ย และคณะ[18] พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุป การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมนั้น ไม่ได้เป็นเพียงแค่การได้รับความรู้ใหม่ ๆ แต่เป็นผลมาจากการที่โปรแกรมช่วยสร้าง และเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุให้แข็งแกร่งขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา[5] ผ่านการกระทำจริง การสังเกต การให้กำลังใจ และการจัดการกับสภาพแวดล้อม ซึ่งทั้งหมดนี้มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกัน และกันอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมทักษะความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักส่งเสริมสุขภาพในการนำโปรแกรมไปใช้กับผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้แน่ใจว่าโปรแกรมยังคงมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้สูงอายุ

3. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงแตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน หรือผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.Pantong, U. (2024). Analysis and prevention of falls among community-dwelling older adults in Thailand. Journal of Advanced Nursing. 80(5); 2121-2135.

2.Suttanon, P., et al. Effectiveness of falls prevention intervention programme in Thailand. PMC. 2018.

3.Sukaree, W., Sukhumal, P., & Limpiteeprakan, P. (2025). The effects of self-efficacy-based fall prevention program among elderly in [rural Thailand]. Global Health Management Journal, 8(2), 217–227.

4.Doungchan, N., et al. (2024). The effectiveness of a fall prevention program on behaviors and balance among the elderly with early-stage knee osteoarthritis. NJPH, 34(2), 160–174.

5.Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and company.

6.Doungchan, N., et al. (2022). Self-efficacy enhancement program on fall prevention behaviors for older persons. Research Article, 49(3). 572-591.

7.Suebsoontom, W., Nimit-arnun, N., & Chatdokmaipria, K. (2019). The effect of self-efficacy enhancement program on fall prevention behaviors and physical capabilities. Chonburi Hospital Journal, 44(2). 120-127.

8.Suttanon, P., et al. (2018). Effectiveness of falls prevention intervention programme in Thailand. PMC.

9.สถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. (2568). ข้อมูล Dashboard เวชระเบียนตึกผู้ป่วยนอก. HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. https://npm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php.

10.Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). GPower 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences.*: Behavior Research Methods, 39(2), 175–191.

11.ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2540). สถิติวิทยาทางการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการวัดผลและวิจัยการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น.

12.Wang, Y., et al. (2025). Effects of an individual and family self-management fall prevention programme on balance ability and fall-related self-efficacy. BMJ Open, 15(7), e100966.

13.Schnock, K. O., et al. (2019). Fall prevention self-management among older adults. Patient Education and Counseling, 102(6), 1175–1182.

14.Lektip, C., et al. (2025). The development and evaluation of the application for fall-risk screening among Thai older adults. Informatics, 12(2), 53.

15.Nawai, A., et al. (2022). Chronic pain as a moderator between fear of falling and physical performance in older Thai adults. Archives of Gerontology and Geriatrics, 103, 104771.

16.โสภิตตา แสนวา, และคณะ (2565). ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(2), 214-227.

17.ปาจรีย์ แขไข. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. วารสารพยาบาลสุขภาพ และสาธารณสุข. 2(3) : 36 – 49.

18.ชไมพร จั่นจุ้ย, และคณะ (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 5(2) : 1/16 – 16/16.

พัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา

Developing a patient classification system for the outpatient department. Kaeng Sanam Nang Hospital, Kaeng Sanam Nang District, Nakhon Ratchasima Province.

(Received: September 24,2025 ; Revised: September 28,2025 ; Accepted: September 29,2025)

นิตยา วันวาน[1]
Nittaya Wanwan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) ร่วมกับใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพตามกรอบของเดมมิ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบคัดแยกประเภทผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแก้งสนามนาง ระหว่าง1ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานที่จุดคัดแยกหรือแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 8 คน และข้อมูลจากเวชระเบียน 390 แฟ้ม รวบรวมข้อมูลตามเกณฑ์คู่มือคัดแยกประเภทผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์ และแนวทางสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ด้านระบบและผู้ให้บริการพบว่ามีการปรับปรุงคู่มือการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ทบทวนเสริมอัตรากำลังช่วงเวลาเร่งด่วน เตรียมเครื่องมือการประเมินให้พร้อม กำหนดผู้รับผิดชอบ การมีส่วนร่วมในการพัฒนา และพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบอัตราการคัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น(ร้อยละ≥ 95.00) ก่อนการพัฒนา (ปี2566) การพัฒนาในวงล้อที่1(5 มกราคม ถึง15 กุมภาพันธ์ 2567) และวงล้อที่ 2(1 เมษายน ถึง-30กันยายน 2567)มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นพบร้อยละ98.74,98.56 และ99.32 การคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ลดลง(Under triage) พบร้อยละ 1.21,1.30 และ0.62ตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วยได้รับการดูแลตามระดับความรุนแรงทันเวลามากขึ้น(ในกลุ่มที่คัดแยกคลาดเคลื่อน)พบในกลุ่มกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ร้อยละ40.49,42.74และ49.09 ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยผู้ป่วยได้รับประเมินและได้รับการดูแลตามเกณฑ์ทันเวลาในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนเป็น 26.74,25.76และ23.54นาทีตามลำดับ ระยะเวลารอคอยลดลงเหลือ 107 นาที จากเดิม 113 นาที

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, การคัดแยกประเภทผู้ป่วย, ผู้ป่วยนอก

Abstract

This study was an action research study using Deming's quality development framework. The objectives were to develop a patient classification system and study its effectiveness in the outpatient department of Kaeng Sanam Nang Hospital between October 1, 2023, and September 30, 2024. The target group consisted of eight professional nurses and patient assistants working at the triage point or outpatient department, and data from 390 medical records. Data were collected using the patient classification manual, interview forms, and focus group discussion guidelines. Descriptive statistics were used to analyze the data.

The study found that system and service provider outcomes included improvements to the patient triage manual, reviewing and enhancing emergency personnel, preparing assessment tools, identifying responsible individuals, engaging in development, and continuously developing personnel capacity. Patient outcomes included an increase in the rate of correct patient triage (>95.00%) before the development (2023). Improvements in Cycle 1 (January 5th to February 15th, 2024) and Cycle 2 (April 1st to September 30th, 2024) showed an increase of 98.74, 98.56, and 99.32 percent. Undertriage decreased by 1.21, 1.30, and 0.62 percent, respectively. Patients received timely care for severity levels (40.49, 42.74, and 49.09 percent of patients in the urgent emergency group, respectively). The average time for patients to be assessed and

[1] พย.บ.งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา

treated according to criteria in the urgent emergency group was 26.74, 25.76, and 23.54 minutes, respectively. Waiting times were reduced to 107 minutes from 113 minutes.

Keywords: system development, patient classification, outpatients

บทนำ

การคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและมาตรฐานเป็นองค์ประกอบสำคัญในการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ ระบบการคัดแยกที่ดีช่วยในการจัดลำดับความเร่งด่วนในการให้การดูแลรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความจำเป็นและความรุนแรงของอาการอย่างทันท่วงที ช่วยลดความแออัดในแผนกฉุกเฉิน และใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพการพัฒนาระบบคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานจึงถือเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพทั่วโลก[1]

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าปัญหาความล่าช้าในการเข้าถึงบริการสุขภาพฉุกเฉินส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตก่อนได้รับการรักษาถึงร้อยละ 45.00 (WHO, 2019) สำหรับประเทศไทย การศึกษาของนพดล เสนีวงศ์ ณ อยุธยา และคณะที่ศึกษาข้อมูลจากโรงพยาบาล 74 แห่ง พบว่ามีอัตราการคัดแยกผู้ป่วยคลาดเคลื่อนร้อยละ 17 และผู้ป่วยฉุกเฉินมีอัตราการเสียชีวิตก่อนได้รับการรักษาร้อยละ 3.5 ซึ่งสะท้อนปัญหาในการจัดระบบคัดกรองประเภทผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ[2]

โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ 200 ราย โดยผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 70 ราย[3] ปัญหาเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและการพัฒนา พบว่าปี 2561-2562 ยังไม่มีจุดคัดแยกผู้ป่วยที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ห้องบัตรและพยาบาลแต่ละแผนกต้องทำหน้าที่คัดแยกด้วยตนเองจากประสบการณ์ ขาดความเข้าใจและมาตรฐานการคัดแยกที่เหมือนกัน ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนไม่ได้รับการประเมินรวดเร็ว ทำให้ล่าช้าและมีอาการทรุดลง ทีมสหวิชาชีพร่วมกับแผนกผู้ป่วยนอกจึงเริ่มพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ได้จัดทำเกณฑ์และคู่มือปฏิบัติการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยโดยปรับจาก MOPH ED TRIAGE[4] เป็นการคัดแยกแบบ 5 ระดับ พัฒนามาจาก Emergency Severity Index (ESI) และจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบประจำจุดคัดแยกในเวลาราชการจำนวน 1 คนทำหน้าที่ในเวลาราชการ นอกเวลาราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นผู้คัดแยก และได้มีการนำระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสู่การปฏิบัติ ปี2564ได้เพิ่มอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนมาช่วยที่จุดคัดแยกประเภทเพิ่มอีก1คน รวมเป็น2คน หมุนเวียนมาช่วยประจำ เพื่อช่วยทำให้การคัดแยกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ปี2563 -2565 พบผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน (Emergency/หรือlevel2) เป็นunder triageมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ1.26,2.15,1.92 ปี2565พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงและเสียชีวิตจำนวน 1 ราย (Stemi) ปี2566มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยstroke fast trackถูกคัดแยกส่งมาที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 1ราย[3]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแนวทางการแก้ปัญหาคือการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่มีมาตรฐาน เช่น การใช้เกณฑ์ MOPH ED Triage ของกรมการแพทย์[4] (ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มอัตรากำลัง การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ดังที่ เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์ ได้ทำวิจัยการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่โรงพยาบาลโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าอัตราการคัดแยกถูกต้องเพิ่มขึ้นหลังพัฒนาการคัดแยกประเภทผู้ป่วยจากร้อยละ69.20 เป็นร้อยละ 85.40[5]

ในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแก้งสนามนาง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาระบบคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ร่วมกับใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพของเดมมิ่ง เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ปรับปรุงการทำงานประจำให้มีประสิทธิภาพ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วขึ้น เหมาะสมกับอาการ เกิดความปลอดภัยในชีวิต โรงพยาบาลจะใช้ทรัพยากรและบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยกระดับคุณภาพบริการสู่มาตรฐานระดับประเทศต่อไปได้

วัตถุประสงค์

1) เพื่อพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา

2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแก้งสนามนาง

วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย แผนกผู้ป่วย

นอก โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA) เนื้อหาครอบคลุมการศึกษาสภาพปัญหา การวางแผนและดำเนินการพัฒนาระบบ การประเมินผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ประชากร ได้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในจุดคัดแยกหรือแผนกผู้ป่วยนอกประจำหรือเป็นอัตรากำลังหมุนเวียนมาช่วยที่จุดคัดแยกหรือแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 11 คน และข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแก้งสนามนาง ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 ทั้งหมด12,028 แฟ้ม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างในกระบวนการพัฒนาระบบการคัดแยกได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในจุดคัดแยกหรือแผนกผู้ป่วยนอกประจำหรือเป็นอัตรากำลังหมุนเวียนมาช่วยที่จุดคัดแยกหรือแผนกผู้ป่วยนอกประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ2ครั้ง ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 6 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน รวม 8 คน

2) กลุ่มตัวอย่างในกระบวนการประเมินผลได้จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแก้งสนามนาง ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 เลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 แฟ้ม จากประชากร ซึ่งคำนวณได้จากสูตรของ Taro Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างดูข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดเรียงตามHNแบ่งเป็นเลขคู่ และเลขคี่ เรียงจากน้อยไปมากจากนั้นสุ่มโดยกำหนดช่วงเท่าๆกัน

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องของเดมมิ่งในการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแก้งสนามนาง แบ่งออกเป็น 3 กระบวนการหลัก ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 รวมระยะเวลา 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการศึกษาประกอบด้วย 1) คู่มือการคัดแยกประเภทผู้ป่วยปรับจาก MOPH ED TRIAGE ของกรมการแพทย์ 2) เวชระเบียนผู้ป่วย 3) แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง และ 4) แนวทางการสนทนากลุ่ม เครื่องมือเหล่านี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงเนื้อหาสรุปผลและวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

การศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น3กระบวนการหลัก ประกอบด้วย

กระบวนการที่ 1 คือการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยมี 2 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่

1.กำหนดแนวทางและวางแผนการพัฒนา **(Planning)** ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนวรรณกรรม จัดทำแนวปฏิบัติหรือคู่มือการคัดแยกประเภทผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน และกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคลากรที่ให้บริการ

2.พัฒนาบุคลากรโดยการประชุมชี้แจง คืนข้อมูล อบรม ทบทวนความรู้ผ่านการ ทบทวนความเสี่ยง กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบและเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ จากนั้นนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการให้บริการผู้ป่วยช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2567 ในด้านระบบบริการ ด้านบุคลากร และด้านวัสดุอุปกรณ์ **(Doing)**

กระบวนการที่ 2 คือการประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบโดย

1.ตรวจสอบวิเคราะห์ผลการคัดแยกจากเวชระเบียนผู้ป่วย **(Checking)** เพื่อประเมินความถูกต้องของการคัดแยกประเภทและการได้รับการดูแลตามระดับความรุนแรงทันเวลา

2.นำผลการประเมินมาปรับปรุงพัฒนาระบบต่อเนื่องอีกครั้ง (Acting/Redoing) โดยการจัดประชุมคืนข้อมูล ทบทวนความเสี่ยงต่อเนื่อง ปรับแก้ไขคู่มือ ทบทวนภาระงานของอัตรากำลังในช่วงเวลาเร่งด่วน การมีกระบวนการคัดกรองซ้ำทันทีที่แผนกผู้ป่วยนอกเมื่อผู้ป่วยถึงและสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคน และผู้ป่วยหรือผู้รับบริการทราบ

กระบวนการที่ 3 คือการสรุปผลและรายงานผลการวิจัยในเดือนตุลาคม 2567 โดยวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน สรุปผลการวิจัย ให้ข้อเสนอแนะผู้บริหารเพื่อตัดสินใจและสำหรับการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ใบอนุญาต KHE2023-157 จากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการเคารพสิทธิและพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยสรุปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1.ผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

หลังการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย พบว่ามีการปรับปรุงในหลายด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร มีการกำหนดคุณสมบัติ กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานคัดแยกให้ชัดเจน ด้านระบบบริการ มีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการคัดแยกให้เป็นปัจจุบันสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐาน MOPH ED Triage จัดสรรกำลังคนในช่วงเวลาเร่งด่วน พัฒนาศักยภาพบุคคลากรให้มีประสิทธิภาพต่อเนื่อง และด้านวัสดุอุปกรณ์ มีการจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ประเมินสัญญาณชีพเบื้องต้นและป้ายสีแสดงสัญลักษณ์การคัดแยกประเภทให้พร้อมใช้และเพียงพอ

2.**ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย**

2.1 อัตราการคัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 98.74 เป็นร้อยละ 98.56 และ 99.32 ในวงรอบก่อนการพัฒนา วงรอบที่ 1 และ 2 ของการพัฒนาตามลำดับ ส่วนอัตราการคัดแยกคลาดเคลื่อนลดลงจากร้อยละ 1.26 เป็นร้อยละ 1.44 และ 0.68 อัตรา Under triage ลดลงจากร้อยละ 1.21 เป็นร้อยละ 1.30 และ 0.62 ส่วนอัตรา Over triage อยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 1.00 ตลอด

ตารางที่ 1 แสดงประสิทธิผลการให้บริการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
			ปี2566 (ก่อนพัฒนา)	5 ม.ค.67-15ก.พ.67 (พัฒนาวงล้อที่1)	1เม.ย.67-30ก.ย. 67 (พัฒนาวงล้อที่ 2)
1	อัตราการคัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้อง	ร้อยละ ≥ 95.00	98.74	98.56	99.32
2	อัตราการคัดแยกลาดเคลื่อน/แยกตามประเภท	ร้อยละ <5.00	1.26	1.44	0.68
	ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน	ร้อยละ0.00	0.00	0.00	0.00
	ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	ร้อยละ0.00	0.97	0.96	0.52
	ผู้ป่วยเร่งด่วน	ร้อยละ <5.00	0.28/0.29	0.48	0.16
	ผู้ป่วยเร่งด่วนไม่รุนแรง	ร้อยละ0.00	0.00	0.00	0.00
	ผู้ป่วยทั่วไป	ร้อยละ0.00	0.00	0.00	0.00
3	อัตราUnder triage	ร้อยละ <5.00	1.21	1.30	0.62
4	อัตราOver triage	ร้อยละ <5.00	0.05	0.14	0.06
5	อุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลงจนเสียชีวิตขณะรอตรวจ	0 ราย	0.00	0	0

2.2 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลมีแนวโน้มเร็วขึ้น โดยผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนได้รับการดูแลภายใน 26.74, 25.76 และ 23.54 นาที และผู้ป่วยเร่งด่วนได้รับการดูแลภายใน 34.74, 29.75 และ 26.00 นาที ในช่วงก่อนพัฒนา วงรอบที่ 1 และ 2 ของการพัฒนาตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงประสิทธิผลระยะเวลาเฉลี่ยและผู้ป่วยได้การดูแลตามระดับความรุนแรงทันเวลา

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
			ปี2566 (ก่อนพัฒนา)	5 ม.ค.67-15ก.พ.67 (พัฒนาวงล้อที่1)	1เม.ย.67-30ก.ย. 67 (พัฒนาวงล้อที่ 2)
1	ระยะเวลาเฉลี่ยผู้ป่วยได้รับการดูแลตามเกณฑ์(นาที)				
	ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน	ภายใน4นาที	ไม่พบผู้ป่วย	ไม่พบผู้ป่วย	ไม่พบผู้ป่วย
	ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	ภายใน15นาที	26.74	25.76	23.54
	ผู้ป่วยเร่งด่วน	ภายใน60นาที	34.74	29.75	26.00
	ผู้ป่วยเร่งด่วนไม่รุนแรง	ภายใน60นาที	78.71	67.96	69.13
	ผู้ป่วยทั่วไป	ไม่เกิน120นาที	82.23	65.29	69.61
2	ร้อยละผู้ป่วยได้รับการดูแลตามระดับความรุนแรงทันเวลา				
	ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ได้รับการดูแลภายใน4นาที	ร้อยละ100.00	ไม่พบผู้ป่วย	ไม่พบผู้ป่วย	ไม่พบผู้ป่วย
	ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้รับการดูแลภายใน15นาที	ร้อยละ100.00	40.49	42.74	49.09
	ผู้ป่วยเร่งด่วน ได้รับการดูแลภายใน60นาที	ร้อยละ ≥ 80.00	71.79	73.81	84.00

ตารางที่ 2 แสดงประสิทธิผลระยะเวลาเฉลี่ยและผู้ป่วยได้การดูแลตามระดับความรุนแรงทันเวลา

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
			ปี2566 (ก่อนพัฒนา)	5 ม.ค.67-15ก.พ.67 (พัฒนาวงล้อที่1)	1เม.ย.67-30ก.ย. 67 (พัฒนาวงล้อที่ 2)
	ผู้ป่วยเร่งด่วนไม่รุนแรงได้รับการดูแลภายใน60 นาที	ร้อยละ ≥ 80.00	67.68	69.71	71.65
	ผู้ป่วยทั่วไป ไม่เกิน120 นาที	ร้อยละ100.00	100.00	100.00	100.00
3	ระยะเวลารอคอย	ไม่เกิน120นาที	113	109	107

2.3 ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการดูแลภายในเวลาที่กำหนดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนได้รับการดูแลภายใน 15 นาทีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.49 เป็นร้อยละ 42.74 และ 49.09 และผู้ป่วยเร่งด่วนได้รับการดูแลภายใน 60 นาทีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.79 เป็นร้อยละ 73.81 และ 84.00 ตามระยะของการพัฒนา นอกจากนี้ระยะเวลารอคอยโดยรวมก็มีแนวโน้มสั้นลงจาก 113 นาที เป็น 109 และ 107 นาที

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาระบบ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของเดมมิ่ง (PDCA) ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยส่งผลให้อัตราการคัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น ความคลาดเคลื่อนลดลง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเร็วขึ้น และผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลตามระดับความรุนแรงทันเวลามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้

ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาองค์ประกอบต่างๆ ของระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ทั้งในด้านคู่มือและเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติงาน การจัดระบบบริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ตลอดจนการจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์[5] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยปรับปรุงองค์ประกอบต่างๆ ให้มีมาตรฐานและเพียงพอ จะนำไปสู่การคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และการศึกษาของ มยุรฉัตร อุทปา และคณะ[6] ที่พบว่าการกำหนดบทบาทหน้าที่ การปรับคู่มือแนวทางปฏิบัติ และการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยังต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการพัฒนาองค์กร (Organization Development Theory) ที่เน้นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ และการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาองค์กร[7] การวิจัยนี้พบว่าความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ และกระบวนการทบทวนคืนข้อมูล สะท้อนคิดและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้ และความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงานลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ Marquis และ Huston[8] ที่ระบุว่าการใช้กระบวนการกลุ่มและการสะท้อนคิดจะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยยังพบว่ามีความท้าทายในการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยให้ความถูกต้องและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนที่มีระยะเวลาในการเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลทันเวลายังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้นการวิจัยในอนาคตจึงควรมุ่งเน้นไปที่การศึกษาปัจจัยเฉพาะที่มีผลต่อการคัดแยกที่คลาดเคลื่อน เช่น ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านระบบบริการ รวมถึงการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อสนับสนุนการคัดแยกและการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินดารัตน์ ศิริรัตน์ และ อรอนงค์ นัยวิกุล[9] ที่พบว่าปัจจัยด้านประสบการณ์และทักษะของพยาบาลคัดแยก รวมถึงความพร้อมของอุปกรณ์มีผลต่อความแม่นยำในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ และการนำระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกมาใช้จะช่วยลดความผิดพลาดและระยะเวลาในการคัดแยกผู้ป่วยได้

โดยสรุปการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างมีส่วนร่วมและต่อเนื่อง จะช่วยยกระดับคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ทันท่วงทีและเหมาะสมกับอาการมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีความท้าทายในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งควรได้รับการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ รวมถึงข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และการศึกษาพัฒนา

1.ควรมีการวิเคราะห์เชิงลึกในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่มีการคัดแยกประเภทผู้ป่วยคลาดเคลื่อน เพื่อศึกษาถึงสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และหาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพเฉพาะบุคคล เพื่อให้การคัดแยกมีความถูกต้องมากขึ้น

2.ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมในกลุ่มอาการ หรือกลุ่มโรคที่พบการคัดแยกประเภทคลาดเคลื่อนบ่อยเพื่อนำมาวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคคลากรต่อเนื่อง

3.ควรนำผลการวิจัยไปขยายผลเพื่อพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอื่นๆ ของโรงพยาบาล โดยเฉพาะแผนกที่มีโอกาสพบการคัดแยกผิดพลาดสูง เพื่อยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยทั่วทั้งโรงพยาบาล 4.นำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลและการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมถึงสื่อสารเพื่อลดการร้องเรียนจากการคัดแยกผิดพลาด

5.เสนอต่อผู้บริหารการพยาบาลให้กำหนดการจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็นสมรรถนะเชิงวิชาชีพเฉพาะ (Specific functional competency) ของพยาบาลวิชาชีพ เวชกิจฉุกเฉิน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ เพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การนำผลงานไปใช้ประโยชน์

ขยายผลการวิจัยพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไปยังแผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาลแก้งสนามนาง โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลอื่นๆ ในจังหวัดนครราชสีมา โดยปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อยกระดับคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยในวงกว้างและเป็นสากล

เอกสารอ้างอิง

1. Zeqiri, A., Lenjani, B., Zeka, B., Lenjani, D., Lenjani, I., & Dogjani, A. (2024). Triage in prehospital EMS and medical care. Albanian Journal of Trauma and Emergency Surgery, 8(2), 1419-1424. https://doi.org/10.32391/ajtes.v8i2.411

2. นพดล เสนีวงศ์ ณ อยุธยา, วันชัย ปิ่นวิเศษ, ปวีณา จิรวัฒน์ และภูสิทธ์ ปงกรณ์เกียรติ. (2561). ผล
3. โรงพยาบาลแก้งสนามนาง. (2566). รายงานประจำปีโรงพยาบาลแก้งสนามนาง พ.ศ. 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.
4. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). MOPH ED Triage. กระทรวงสาธารณสุข.
5. เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์. (2564). การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 13(1), 43-52. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/248717
การประเมินระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลทั่วประเทศ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 27(6), 1093-1102.
6. มยุรฉัตร อุทปา, พิศสมัย ไลออน, กาญจนา จันทะนุย, นิจพร สว่างไธสง, กำทร ดานา และอนุชา ไทยวงษ์. (2567). การพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 15(5), 68-78. https://he03.tcithaijo.org/index.php/ech/article/view/3424
7. Cummings, T.G., & Worley, C.G. (2014). Organization development and change (10th ed.). Cengage learning.
8. Marquis, B.L., & Huston, C.J. (2017). Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application (9th ed.). Wolters Kluwer.
9. จินดารัตน์ ศิริรัตน์ และ อรอนงค์ นัยวิกุล. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลห้องฉุกเฉิน. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(1), 29-37.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

ประสิทธิผลของโปรเจสเตอโรน ต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Effectiveness of progesterone for preventing preterm birth in pregnant women at risk of preterm birth at Kalasin Hospital, Kalasin Province.

(Received: September 24,2025 ; Revised: September 28,2025 ; Accepted: September 29,2025)

อรุณรัตน์ อังคะรุด[1] อภิชญา อารีเอื้อ[2]
Arunrat Angkarut[1] Apichanya Areeue[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา อุบัติการณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด และประสิทธิผลของการใช้โปรเจสเตอโรนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง (Retrospective cohort study with historical control) กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อน ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567 ได้จากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 165 ราย โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียบผู้ป่วย สถิติที่ใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Multiple Logistic Regression , Z-test,Chisquare test,Fisher's Exact test และ Independent t- test

ผลการศึกษา หญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พบอุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ ร้อยละ 28.5 พบในกลุ่มอายุ 16-19 ปี มากที่สุด ร้อยละ 33.3 โดยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดที่มากขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุลดลง พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.005 คือการได้รับโปรเจสเตอโรน และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้โปรเจสเตอโรนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (proportion difference: 15.2,95%CI:1.4,27.8)

คำสำคัญ: โปรเจสเตอโรน, ประสิทธิผล,การคลอดก่อนกำหนด

Abstract

This study aimed to investigate the incidence of and factors associated with preterm birth, and to evaluate the effectiveness of progesterone in its prevention. A retrospective cohort study with a historical control group was conducted. The study sample consisted of 165 singleton pregnant women at risk of preterm birth who received care at Kalasin Hospital between October 1, 2022, and September 30, 2024. Participants were selected by simple random sampling. Data were collected from patient medical records and analyzed using descriptive statistics (mean, percentage, standard deviation) and inferential statistics, including Multiple Logistic Regression, Z-test, Chi-square test, Fisher's Exact test, and Independent t-test.

Results: The incidence of preterm birth among singleton pregnant women at risk was 28.5%. The highest incidence (33.3%) was found in the 16-19 age group, with an observed trend of increasing preterm birth rates in younger pregnant women. Factors significantly associated with preterm birth at a significance level of 0.005 were progesterone administration and urinary tract infections. The proportion of preterm births was significantly lower in the group that received progesterone compared to the group that did not (proportion difference: 15.2, 95%CI: 1.4, 27.8).

Keywords: Progesterone, Effectiveness, Preterm Birth

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) หมายถึง การคลอดทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน [1] ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของทารกแรกคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกแรกเกิดและมารดา[2] พบอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดทั่วโลก ในทวีปเอเชีย และในประเทศไทย เท่ากับร้อยละ 9.66, 11.00 และ 10.83 ตามลำดับ[3] ซึ่งพบว่าในทวีปเอเชีย และในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ที่สูงกว่าในระดับโลก[4] ในประเทศไทย พบอัตราหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปี 2564,2565 และปี 2566 เท่ากับร้อยละ 12.47,11.61 และ 10.32 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย คือไม่เกินร้อยละ 9 [5] ปัญหาที่พบของทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีมากมาย ได้แก่ ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย การทำงานของปอดไม่สมบูรณ์ทำให้มีปัญหาในการหายใจ ปัญหาเลือดออกในสมอง เกิดการติดเชื้อ มีพัฒนาการทางด้านร่างกายไม่ดี และสองอาจมีความพิการได้ง่าย ในส่วนของทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยจะเป็นสาเหตุของการทุพลภาพและเสียชีวิตในทารกแรกเกิด อีกทั้งส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ของหญิงตั้งครรภ์อีกด้วย[6] การนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มาก นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนต่อระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกายของทารกในระยะยาว ได้แก่ ทารกมีปัญหาด้านสติปัญญา สายตา สุขภาพไม่แข็งแรง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในอนาคต ถึงแม้ว่าจะมีความพยายามในการแก้ไขปัญหา เพื่อลดอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร และยังเป็นปัญหาทางสูติกรรมที่สำคัญ

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่มีปัจจัยชักนำบางประการที่เป็นสาเหตุของการเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่มีอิทธิพล และปัจจัยทำนาย[7] ซึ่งได้แก่ อายุมารดา น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ (Gestation age; GA)ขณะเจ็บครรภ์คลอด ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดก่อนกำหนด จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ การตั้งครรภ์แฝด มารดาน้ำหนักเพิ่มต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตก โรคประจำตัวอื่น ๆที่มี เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะซีด ภาวะครรภ์เป็นพิษ มีติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการทำงานที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น นอกจากนี้ในการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า ยังพบว่าปัจจัยความผิดปกติของมดลูก และมดลูก ก็มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด เช่น ปากมดลูกสั้น [8] ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและระบบริการ เช่น การฝากครรภ์ การมาตรวจตามนัด ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมด หากหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ย่อมนำไปสู่อุบัติการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้นของการคลอดก่อนกำหนดได้

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้มีการกำหนดนโยบายและแนวทางในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด 2) การค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และ 3) วิธีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลรักษาต่อเนื่อง แต่ยังพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดที่สูงเกินเกณฑ์ [1]โดยในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดนั้น ตามแนวทางราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศและองค์การอนามัยโรค มีข้อแนะนำในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การเตรียมตัวให้พร้อมก่อนการตั้งครรภ์ของมารดา การฝากครรภ์อย่างมีคุณภาพ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การตรวจคัดกรองและการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติในการตั้งครรภ์ เช่น การวัดความยาวของปากมดลูก หากมีความเสี่ยงต้องได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยจากแพทย์ เพื่อให้คำปรึกษา เช่น

การให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก ให้ยาปฏิชีวนะ การให้ยาโปรเจสเตอโรน (Progesterone) ทั้งชนิดฉีด รับประทาน และเหน็บ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนถึงประสิทธิภาพของการใช้โปรเจสเตอโรนต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การศึกษาของ Kaenbun ที่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า การรับประทานโปรเจสเตอโรนชนิดรับประทานมีประสิทธิภาพต่อการคลอดก่อนกำหนดดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ กาญจนา นนทรีย์ พบว่า การใช้โปรเจสเตอโรนชนิดรับประทานมีแนวโน้มว่าสามารถป้องกันการคลอดในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดได้

ในส่วนของข้อมูลการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าในปี 2564-2567 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 9.53,8.02,10.57 และ 12.65 ตามลำดับ[5] ได้นำโปรเจสเตอโรน มาใช้ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่ปี 2564 เป็นต้นมา โดยพิจารณาให้ในกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดมาก่อน กลุ่มที่มีความยาวของปากมดลูกสั้นกว่า 30 มิลลิเมตร และกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ซึ่งหลังจากที่โรงพยาบาลได้มีการใช้โปรเจสเตอโรนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดไป ยังไม่ได้มีการประเมินประสิทธิผลของการใช้ทำให้ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนในการวางแผนการรักษาในผู้ป่วยรายอื่นๆ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นสูติแพทย์ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จึงมีความสนใจศึกษา ประสิทธิผลของโปรเจสเตอโรนต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขึ้น ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลรักษาและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พร้อมทั้งเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่เสี่ยงต่อคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลองการใช้โปรเจสเตอร์โรนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง (Retrospective cohort study with historical control) โดยเป็นการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อหาอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ศึกษาปัจจัยใดบ้างสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด และประสิทธิผลของโปรเจสโตโรนต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อน ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 423 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อน ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567 ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบค่าประชากร กำหนดความเชื่อมั่นในการประมาณค่า Z= 1.96 (Type I error ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%) P= 0.11 (ความชุกของการคลอดก่อนกำหนดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ=10.83%) และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ที่ร้อยละ 5

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1)เป็นเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด 2) มารับบริการฝากครรภ์หรือ

คลอด ณ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567 3) อายุครรภ์ $26^{0/7}$ -36^{+6}สัปดาห์ 4) ใช้โปรเจสเตอโรนชนิดเหน็บทางช่องคลอด

เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) การตังครรภ์ปัจจุบันเป็นครรภ์แฝด 2)หญิงตั้งครรภ์ที่ทารกตายในครรภ์ 3) คลอดก่อน 26 สัปดาห์ 4) เวชระเบียนไม่สมบูรณ์

การสุ่มตัวอย่าง โดยการจัดทำทะเบียนรายชื่อหญิงฝากครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (Randrom sampling) โดยใช้โปรแกรม Ecell

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือเชิงปริมาณ แบบบันทึกข้อมูล (Data Recording Form): เป็นแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1)ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ, อายุครรภ์,จำนวนครั้งการตั้งครรภ์,ดัชนีมวลกาย,ประวัติการแท้ง, ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ส่วนที่ 2) ข้อมูลการรักษา ชนิดและขนาดยาที่ได้รับ, ระยะเวลาที่ยืดอายุครรภ์ได้ ส่วนที่ 3)ผลลัพธ์ทางคลินิกและอาการไม่พึงประสงค์ อัตราการเต้นของหัวใจ,การกลับเข้ามารักษาซ้ำ, ภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน โดยมีค่า CVI รายข้ออยู่ระหว่าง 0.80 ถึง 1 ค่า CVI รวมเท่ากับ 0.96

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2. ขออนุญาตเข้าถึงฐานข้อมูลผู้ป่วยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม

3. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากฐานข้อมูลเวชระเบียน

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น โดยปกปิดข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้

5. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลที่รวบรวมได้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติ โดยมีแผนการวิเคราะห์ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ใช้สถิติวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression รายงานด้วยค่า Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ (95% Confidence Interval) โดยกำหนดตัวแปรต้น ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ อายุหญิงตั้งภรรภ์ ดัชนีมวลกาย จำนวนการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดก่อนกำหนด การใช้ยาโปรเจสเตอโรน การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และตัวแปรตาม คือ การคลอดก่อนกำหนด โดยใช้การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร

3. ประเมินประสิทธิผลของโปรเจสเตโรนในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด โดยการเปรียบเทียบสัดส่วนการคลอดครบกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับยา โปรเจสเตอโรน กับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาโปรเจสเตอโรน โดยใช้ Z-test,Chisquare test,Fisher's Exact test และ Independent t- test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หมายเลขโครงการ COA No.002-2025 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2568 ซึ่งก่อนที่จะมีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะมีการชี้แจงและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ของการเก็บข้อมูล การปิดบังความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอ ผลการวิจัยในภาพรวม ตลอดจนสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ

ถึง ความเป็นอิสระในการเข้าร่วมวิจัยและสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยที่ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาในอนาคต

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวทั้งหมด 165 ราย ที่มีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่มีอายุ 20-35 ปี เฉลี่ย 28.40±5.50 ปี มีค่า BMI เฉลี่ยเท่ากับ 23.62±5.32 kg/m2 มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 52.73 มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 70.30 และมีประวัติการแท้งบุตร ร้อยละ68.48 นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 25.45

2. อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 28.5 พบอุบัติการณ์ในกลุ่มอายุ 16-19 ปี มากที่สุด ร้อยละ 33.3 โดยอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดที่มากขึ้นในกลุ่มอายุที่ลดลง

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด (n=165)

อายุของหญิงตั้งครรภ์ (ปี)	จำนวนทั้งหมด	การคลอดก่อนกำหนดจำนวน (ร้อยละ)	(95%CI)
16-19	18	6 (33.3)	(6.8;54.4)
20-35	125	35 (28.0)	(16.2;32.4)
36-45	22	6 (27.2)	(5.4;47.52)
รวม	**165**	**47 (28.5)**	**(18.5;29.9)**

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

จากตัวแปรที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร พบว่ามีอยู่ 2 ปัจจัยได้แก่ การใช้โปรเจสเตอโรน ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกัน (Protective factor) และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) ที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.005$)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด (n=165)

ตัวแปร	จำนวนทั้งหมด	คลอดก่อนกำหนดจำนวน (ร้อยละ)	Crude OR	Adj. OR	95% CI (OR_{adj}) Lower	Upper	P-value
การใช้โปรเจสเตอโรน							
ไม่ใช้	99	35 (35.4)					
ใช้	66	12 (18.1)	0.4	0.4	0.2	0.9	0.041
การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ							
ไม่ติดเชื้อ	120	19 (17.3)					
ติดเชื้อ	45	17 (37.8)	2.9	2.5	1.1	5.7	0.025

4. ผลของการใช้โปรเจสเตอโรนต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษาพบว่า ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรเจสเตอโรนมีการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 18.1 ส่วนในกลุ่มที่ไม่ได้ใช้โปรเจสเตอโรนมีการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 39.4 ซึ่งน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.0041) ในส่วนของการยืดระยะเวลาการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้โปรเจสเตอโรนสามารถยืดระยะเวลาการคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p <0.001) ในส่วนของการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้โปรเจสเตอโรนพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (p=0.583)

ตารางที่ 4 ผลของการใช้โปรเจสเตอโรนต่อการคลอดก่อนกำหนด (n=165)

ตัวแปร	ได้รับโปรเจสเตอโรน (n=66) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ใช้โปรเจสเตอโรน (n=99) จำนวน (ร้อยละ)	difference	95%CI	p-value
คลอดก่อนกำหนด	12 (18.1)	29 (39.4)	15.2[a]	1.4,27.8	0.040
การกลับมารักษาซ้ำ	13 (19.69)	24 (24.2)	2.8[b]	11.4,17.9	0.583
ยืดระยะเวลาการคลอด[c] : mean ± S.D.	10.8±5.5	7.6±5.8	4.5[b]	2.8,9.4	<0.001

[a]*proportion difference Using Z-test,* [b]Mean difference using t-test , [c]ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับยาจนถึงเวลาคลอด (สัปดาห์)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 28.5 (95%CI;18.5,29.9) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มตั้งครรภ์ทั่วไป โดยพบอุบัติการณ์มากที่สุดในกลุ่มอายุ 16-19 ปี ร้อยละ 33.3 ซึ่งพบอุบัติการณ์มากในอายุครรภ์ที่ลดลง แสดงให้เห็นว่าการตั้งครรภ์ในอายุที่น้อยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา นนทรี[9]ที่ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรเจสเตอโรนต่อการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลยโสธร โดยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.005 คือการได้รับโปรเจสเตอโรน โดยเปรียบเทียบสัดส่วนในการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้รับและไม่ได้รับโปรเจสเตอโรนพบว่า ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้รับโปรเจสเตอโรน มีการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 18.1 ส่วนกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่ไม่ได้รับโปรเจสเตอโรน พบร้อยละ 35.4 ซึ่งน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.041) และกลุ่มที่ใช้โปรเจสเตอโรนสามารถยืดระยะเวลาการคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของประกิจ ไผทศิริพัฒน์ [10] ที่พบว่า การใช้โปรเจสเตอโรนชนิดเหน็บสามารถช่วยให้ยืดระยะเวลาคลอดก่อนกำหนด ส่วนการติดเชื้อระบบระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดถึง 2.5 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิทวัส หาญอาษา[11] ที่พบว่าการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็นปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้เนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสามารถเกิดได้ง่ายในหญิงตั้งครรภ์ จากการเปลี่ยนแปลง มีการขยายขึ้นของท่อทางเดินปัสสาวะส่วนบน เกิดการขัดขวางการไหลของปัสสาวะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

สรุปหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดคือ การใช้โปรเจสเตอโรน และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ สัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้โปสเจสเตอโรนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้โปเจสเตอโรนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตโดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้โปรเจสเตอโรนแบบรับประทานและแบบเหน็บช่องคลอด

2.ควรศึกษาเพิ่มเติมเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับกลุ่มทารกที่มารดาได้รับและไม่ได้รับโปรเจสเตอโรน

3.ควรมีการศึกษาต้นทุนและค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้โปรเจสเตอโรนและไม่ได้ใช้โปรเจสเตอโรน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สูติแพทย์ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยและสถิติ จากคณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารอ้างอิง

1.ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด [อินเตอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก URL:https://www.rtcog.or.th/files/1695091574_742852553aec29c37b5f.pdf

2.. ปิยะพร กองเงิน. การพยาบาลสูติศาสตร์ที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.

3.Beck S,Wojdyla D, Say L, Bertran AP, Meraldi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. Bull World Health Organ 2010 ; 88 (1): 31-8

4.Kinpoon K, Chaiyarach S. The incidence and risk factors for Preterm delivery in northeast Thailand. Thai J Obstet Gynaecol 2021; 29(2): 100-111.

5.ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC). ร้อยละหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2564-2566 [อินเตอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก URL:https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformented/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d.

6.ชเนนทร์ วนาภิรักษณ์ และธีระ ทองสง. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด.สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6.เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.244-259.

7.Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD and Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet 2008; 371(9606); 75-84.

8.จตุพร วิจารณ์กัยกิจ, พงษ์สันต์ พันธะไช และปริญญา ชำนาญ.การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรเจสเตอโรนแบบรับประทานและแบบเหน็บทางช่องคลอดในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจพบความยาวของปากมดลูกสั้น: การศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ.สรรพสิทธิเวชสาร. ปีที่ 44 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน-ธันวาคม 2566.

9. กาญจนา นนทรีย์. ประสิทธิผลของยาโปรเจสเตอโรนชนิดรับประทานในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลยโสธร. ศรีนครินทร์เวชสาร 2566;38(6)

10. ประกิจ ไผทศิริพัฒน์.ผลของการใช้ยาโปรเจสเตอโรนแบบเหน็บทางช่องคลอดต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดก่อนกำหนด.วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า.ปีที่ 39 ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม -ธันวาคม 2565

11. วิทวัส หาญอาษา. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบึงกาฬ. Udonthani Hospital Medical Journal. Vol.30 No.1 January – April 2022.

การพยาบาลผู้ป่วยทารกที่มีภาวะปอดอักเสบ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing Care of a Patient Congenital Pneumonia : A case Study comparing 2cases.

(Received: September 11,2025 ; Revised: September 25,2025 ; Accepted: September 27,2025)

กนกวรรณ ดาวฮามแป[1]
Kanokwan Daohampae[1]

บทคัดย่อ

รายงานกรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบ (Case Study) จำนวน 2 ราย เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยทารกที่มีภาวะปอดอักเสบแรกเกิด และเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะในการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสม โดยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะปอดอักเสบ จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การตรวจร่างกาย ผลทางห้องปฏิบัติการ และการพยาบาล จากนั้นนำมาวิเคราะห์และเปรียบเทียบตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษาผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่องผ่านจมูก (NCPAP) ร่วมกับยาปฏิชีวนะครบ 7 วัน สามารถหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ภายใน 2–3 วัน มีอาการทางคลินิกดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย การพยาบาลแบบองค์รวม ร่วมกับการส่งเสริมให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแล มีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูสุขภาพทารก

คำสำคัญ: การพยาบาล, ทารกแรกเกิด, ปอดอักเสบแรกเกิด

Abstact

This comparative case study of two neonates aimed to explore and compare nursing care approaches for infants with congenital pneumonia, as well as to develop practical recommendations for effective nursing management. Data were collected from two neonates diagnosed with congenital pneumonia who were admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of Sirindhorn Hospital, Khon Kaen. Information was obtained from medical records, physical examinations, laboratory results, and nursing documentation, and subsequently analyzed and compared using the nursing process.

The findings revealed that both neonates were treated with nasal Continuous Positive Airway Pressure (NCPAP) combined with a 7-day course of antibiotics. They were successfully weaned off respiratory support within 2–3 days, demonstrated clinical improvement, experienced no severe complications, and were safely discharged. This study highlights that holistic nursing care, along with parental involvement, plays a crucial role in the recovery of neonates with congenital pneumonia.

Keywords: Nursing care, Neonates, Congenital pneumonia

บทนำ

ปอดอักเสบเป็นโรคที่พบบ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีโดยมีอุบัติการณ์สูงในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งพบประมาณ 0.27 ครั้งต่อเด็กหนึ่งคนต่อปี เปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งพบประมาณ 0.03 ครั้งต่อเด็กหนึ่งคนต่อปี ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและร้อยละ 7 - 13 มีอาการปอดอักเสบรุนแรง จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ปอดอักเสบยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 15 ของเด็กที่เสียชีวิตทั้งหมด และส่วนใหญ่เกิดในประเทศกำลังพัฒนา ในประเทศไทยพบความชุกของโรคปอดอักเสบ ประมาณร้อยละ 45-50 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มาด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลัน ในทางเดินหายใจส่วนล่าง[1] และจากสถิติข้อมูลย้อนหลังของสำนักระบาด วิทยา

[1] โรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่น

กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีพ.ศ.2549 - 2558 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ 215,951 ราย อัตราป่วย 330.06 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 486 ราย อัตราตาย 0.74 ต่อประชากรแสนคน และ อัตราป่วยตายร้อยละ 0.23 อัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราป่วยตายมีแนวโน้มลดลง กลุ่มอายุ 0-4 ปีมีอัตราป่วยสูงสุด 1,975.97 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กในปกครอง ร้อยละ 45.06 และข้อมูลปี พ.ศ. 2558 ได้รับรายงานผู้ป่วย 228 ราย เสียชีวิต 17 ราย ผู้ป่วยเป็นเพศชาย 131 ราย เพศหญิง 97 ราย อัตราส่วน หญิงต่อชาย เท่ากับ 1 : 1.3 โดยที่กลุ่มอายุ 0 - 4 ปีป่วยสูงสุด ร้อยละ 61.40 จากการส่งตัวอย่าง จำนวน 227 ราย ร้อยละ 99.56 พบเชื้อที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค 163 ราย ส่วนใหญ่ เป็นเชื้อ Mycoplasma pneumoniae ร้อยละ 33.13[2]

จากข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2566,2567 และ 2568 (ข้อมูลถึง ส.ค. 2568) พบผู้ป่วยปอดอักเสบในทารกแรกเกิด 0 – 28 วัน จำนวน 17, 25 และ25 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 20 , ร้อยละ 24.5 และ ร้อยละ25.5 ของทารกป่วยทั้งหมด 85, 102 และ 98 รายตามลำดับ[2] จะเห็นได้ว่าทารกปอดอักเสบเป็นปัญหาสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขไทย เนื่องจากเป็นภาวะที่พบบ่อยและมีอัตราความเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลวสูงในเด็กอายุ 0 – 4 ปี[3] ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต จึงต้องมีความรู้ทักษะความชำนาญ ประเมินได้ถูกต้องรวดเร็ว นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผนและปฏิบัติพยาบาลที่ครบถ้วน ให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาจัดทำเอกสารทางวิชาการ ให้พยาบาลในหอผู้ป่วยนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลทารกปอดอักเสบติดเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะนำไปสู่การเสียชีวิตของทารก รวมถึงระยะเตรียมจำหน่ายโดยการเสริมพลังแก่มารดาและญาติหรือผู้ดูแล เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลทารกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ลดการกลับมาเป็นซ้ำอีก

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยทารกที่มีภาวะปอดอักเสบ เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยทารกที่ได้รับการรักษาโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด Non-intensive

2. เพื่อเพิ่มทักษะการดูแลการพยาบาลผู้ป่วยทารกที่มีภาวะปอดอักเสบ ให้ได้รับความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสาขาอื่นๆที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยทารกที่มีภาวะปอดอักเสบไปประยุกต์ใช้ได้

วิธีดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกรณีศึกษา โดยเลือกผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 2 มิถุนายน 2568 – 12 สิงหาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 2 ราย

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติผู้ป่วยปอดอักเสบแรกคลอดจากข้อมูลย้อนหลังของสำนักระบาดวิทยา และสารสนเทศของโรงพยาบาลสิรินธร ปีงบประมาณ 2566–2568

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา บทความวิชาการ แหล่งข้อมูลออนไลน์ และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการพยาบาล

3. รวบรวมข้อมูลกรณีศึกษา ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว และแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน รวมทั้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4. วิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของบิดามารดา

5. ปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ร่วมมือกับแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉิน ติดตามอาการและปรับแผนให้สอดคล้องกับการรักษา พร้อมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

6. ประเมินผลการพยาบาล สรุปผล ให้คำแนะนำแก่ญาติ และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแล

7. เรียบเรียง จัดทำรูปเล่ม และนำเสนอเพื่อเผยแพร่ผลงาน

การพิทักษ์สิทธิ์

ในการศึกษากรณีผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมทางการพยาบาลและการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยมีแนวทางดังนี้ การเก็บรักษาข้อมูล: ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัวถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้เฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น มีการปกปิดชื่อ–สกุล เลขเวชระเบียน และข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ปกครองของทารกได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา และการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบรายงานวิชาการ ได้รับความยินยอมโดยสมัครใจจากผู้ปกครองก่อนนำข้อมูลมาใช้ในการศึกษา ให้การเคารพสิทธิผู้ป่วย:ข้อมูลทั้งหมดที่นำมาใช้ไม่ส่งผลต่อการรักษาและการพยาบาลของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการรักษาและการพยาบาลอย่างครบถ้วนและปลอดภัย การนำเสนอผลงาน: ข้อมูลที่นำเสนอเป็นข้อมูลเชิงวิชาการ โดยไม่เปิดเผยตัวตนของผู้ป่วย รายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาล ไม่ใช่เพื่อประโยชน์ส่วนตนของผู้วิจัย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

ทารกแรกเกิดเพศชายรับย้ายจากห้องคลอดโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ทารกเพศชาย G1P0 GA 39+1 Maternal amphetamine Use มารดาได้ Ampicillin 2 กรัม ก่อนคลอด คลอดเมื่อวันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2568 เวลา 22.58 นาฬิกา คลอดโดยวิธีปกติ น้ำหนัก 2,810 กรัม คะแนน Apgar 9,10,10 ทารกมีอาการหายใจเร็วไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 70 bpm. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O2 Sat) 90 % Room air. No retraction. ที่ห้องคลอดดูแลให้ On Oxygen box 10 LPM. อัตราการหายใจอยู่ที่ 64-68 bpm. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O2 Sat) 94-97 %

อาการสำคัญ รับย้ายทารกหลังคลอด 1 ชม. มีอาการหายใจหอบ อัตราการหายใจ 64-68 bpm.

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 ชม. หลังคลอด ทารกเพศชาย G1P0 GA 39+1 Maternal amphetamine Use มารดาได้ Ampicillin 2 กรัม ก่อนคลอด คลอดเมื่อวันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2568 เวลา 22.58 นาฬิกา คลอดโดยวิธีปกติ น้ำหนัก 2,810 กรัม คะแนน Apgar 9,10,10 ทารกมีอาการหายใจเร็ว No retraction. ที่ห้องคลอดดูแลให้ On Oxygen box 10 LPM. อัตราการหายใจอยู่ที่ 64-68 bpm. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O2 Sat) 94-97 % หลังให้ Oxygen box อาการยังไม่ดีขึ้น แพทย์จึงพิจารณาย้ายเข้า NICU

ประวัติโรคประจำตัว ปฏิเสธ

ผลการตรวจร่างกายโดยแพทย์ Good consciousness, Normosthenic build. Not pale conjunctiva, No icteric sclera, Normal breath sounds. No adventitious sound, Normal S1 S2, No murmur. Soft, Not tender, No palpable mass, No superficial lymphadenopathy, No edema, No deformity. E4V5M6 ,Pupils 3 mm. both reactive to light.

การวินิจฉัยโรคแรกรับ Congenital pneumonia.

แผนการรักษา CPAP with continuous Antibiotic 7 days.

เลขที่ผู้ป่วยนอก 000513806 เลขที่ผู้ป่วยใน 680007208 Admit โรงพยาบาลวันที่ 2 มิถุนายน 2568

กรณีศึกษารายที่ 2

ทารกแรกเกิดเพศชายรับย้ายจากห้องคลอด โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ทารก G2P1001 GA 35+6 with PPROM 7 ชม. มารดาได้ ampicillin 1 dose , Dexa 1 dose ก่อนคลอด เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2568 เวลา 08.30 นาฬิกา คลอดโดยวิธีปกติ น้ำหนัก 2,040 กรัม คะแนน Apgar 9,10,10 ทารกมีอาการหายใจเร็ว ไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 72 bpm. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O2 Sat) 97 % Room air. Subcostal retraction mild Tachypnia จึง On Oxygen flow 10 LPM วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O2 Sat) 94-97 %

อาการสำคัญ รับย้ายจาห้องคลอด เคส ทารกมีอาการหายใจเร็วหลังคลอด หายใจไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 72 bpm. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O2 Sat) 97 % Room air. Subcostal retraction mild Tachypnia

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน หลังคลอดทันที ทารกมีอาการหายใจเร็ว ไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 72 bpm. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O2 Sat) 97 % Room air. Mind Subcostal retraction จึง On Oxygen flow 10 LPM วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O2 Sat) 94-97 % 5 ชม.หลังคลอด อาการไม่ดีขึ้น แพทย์จึงพิจารณาย้าย NICU

ประวัติโรคประจำตัว ปฏิเสธ

ผลการตรวจร่างกายโดยแพทย์ ทารก G2 P1 AO L1 GA 35+6 wks. Delivery by: Normal labor. APGAR 9,10,10. Vital signs: BT 37.1 C RR 72 /min. HR 130 /min. BW 2040 gm. Lt 48 cm. HC 29 cm. CC 27 cm. Active, Normal head contour. Normal chest contour. Normal S1S2, no murmur. Normal and equal breath sound. Abnormal subcostal retraction, mild tachypnea. Abdomen: No distention, soft, not tender, No hepatosplenomegaly. Male : Descended testis both. Normal alignment no skin dimple. Extremities No, deformities, normal and equal movement, no fracture clavicle, no dislocation of both hips. Neurology Normal muscles tone, Moro reflex-present and equal, Grasping reflex – present Sucking reflex - present, normal and equal movement, No fracture clavicle, no dislocation of both hips.

การวินิจฉัยโรคแรกรับ RDS, Congenital pneumonia.

แผนการรักษา NCPAP with continuous Antibiotic 7 days.

เลขที่ผู้ป่วยนอก 000518955 เลขที่ผู้ป่วยใน 680010448 Admit โรงพยาบาลวันที่ 5 สิงหาคม 2568

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

ทารกเพศชาย GA 39+1 น้ำหนัก 2,810 กรัม Apgar 9,10,10 มารดามีประวัติใช้แอมเฟตามีน ได้ Ampicillin ก่อนคลอด หลังคลอดมีหายใจเร็ว (70 bpm) O2 Sat 90% ⟶ Oxygen box 10 LPM แต่ยังหอบ จึงย้าย NICU On NCPAP 5 cmH2O FiO2 0.3 ตรวจ CBC, Hemoculture, X-ray พบ perihilar infiltration ได้ยาปฏิชีวนะ Ampicillin + Gentamicin IV 7 วัน และ 10% Dextrose IV drip อาการดีขึ้น Wean off NCPAP ได้ใน 2-3 วัน Micro bilirubin 10.4 mg/dl ปลอดภัยจำหน่ายกลับบ้านได้

กรณีศึกษารายที่ 2

ทารกเพศชาย GA 35+6 น้ำหนัก 2,040 กรัม Apgar 9,10,10 มารดามีภาวะ PPROM 7 ชม. ได้ Ampicillin + Dexa 1 dose ก่อนคลอด ทารกมีหายใจเร็ว (72 bpm) O2 Sat 97% มี mild subcostal retraction ⟶ Oxygen box 10 LPM ย้าย NICU On NCPAP 5 cmH2O FiO2 0.26 ตรวจ CBC, Hemoculture, X-ray พบ infiltration ที่ RML ให้ยาปฏิชีวนะ Ampicillin + Gentamicin IV 7 วัน และ 10% Dextrose IV drip อาการดีขึ้น Wean off NCPAP ได้ใน 1-2 วัน เริ่มนมได้ ผล Bilirubin 7.2 mg/dl ปลอดภัยจำหน่ายกลับบ้านได้

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบสรุปการรักษา (กรณีศึกษา 2 ราย)

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ / GA	ชาย, 39+1 สัปดาห์	ชาย, 35+6 สัปดาห์
น้ำหนักแรกเกิด	2,810 กรัม	2,040 กรัม
Apgar	9,10,10	9,10,10
ปัจจัยเสี่ยง	มารดาใช้แอมเฟตามีน	PPROM 7 ชม. (ได้ Ampicillin + Dexa ก่อนคลอด)
อาการแรกเกิด	หายใจเร็ว 70 bpm, O2 Sat 90%, ไม่มี retraction	หายใจเร็ว 72 bpm, O2 Sat 97%, mild subcostal retraction
การช่วยหายใจ	Oxygen box 10 LPM ⟶ NCPAP 5 cmH2O FiO2 0.3	Oxygen box 10 LPM ⟶ NCPAP 5 cmH2O FiO2 0.26
ผล X-ray	Perihilar infiltration	Infiltration RML
ยาปฏิชีวนะ	Ampicillin + Gentamicin IV 7 วัน	Ampicillin + Gentamicin IV 7 วัน
สารน้ำ	10% Dextrose IV drip	10% Dextrose IV drip
ผลการรักษา	Wean off NCPAP 2–3 วัน, Micro bilirubin 10.4 mg/dl, ปลอดภัยจำหน่าย	Wean off NCPAP 1-2 วัน, Bilirubin 7.2 mg/dl, ปลอดภัยจำหน่าย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบตาม “11 แบบแผนกอร์ดอน” (กรณีศึกษา 2 ราย)

แบบแผนของกอร์ดอน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1) การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	G1P0, GA 39+1; maternal amphetamine use; **งดนมมารดา**	G2P1001, GA 35+6; **PPROM 7 ชม.**; **ให้นมมารดาได้**
2) โภชนาการ–เมตาบอลิซึม	**NPO** เริ่มต้น ⟶ Try feed **Infant formula 20 ml PO x 8**; DTX 108 mg%	**NPO** เริ่มต้น ⟶ Try feed **Breast milk 5 ml PO x 8**; DTX 92 mg%
3) การขับถ่าย	ปัสสาวะเหลืองใส/ถ่ายขี้เทาภายใน 24 ชม. ปกติ	ปัสสาวะเหลืองใส/ถ่ายขี้เทาภายใน 24 ชม. ปกติ
4) กิจวัตร–การออกกำลังกาย	เน้นพัก ลดสิ่งกระตุ้น เพื่อลด **Work of breathing**; พลิกตะแคง/พลิกตะแคงตัว จัด Position ทุก 2 ชม. ; กระตุ้น IF; นวดสัมผัส	แนวทางเดียวกัน; เน้นกระตุ้น **BF**; นวดสัมผัส/พลิกตะแคงตัว จัด Position ทุก 2 ชม.
5) การพักผ่อนนอนหลับ	จัดชั่วโมงเงียบ ลดแสง/เสียง; ส่งเสริมการพักเพื่อลด **Work of breathing**	จัดชั่วโมงเงียบ ลดแสง/เสียง; ส่งเสริมการพักเพื่อลด **Work of breathing**
6) สติปัญญา–การรับรู้	การเรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัส/รีเฟล็กซ์; สื่อสารผ่านร้อง/สีหน้า; ไม่พบภาวะถอนยา	การเรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัส/รีเฟล็กซ์; สื่อสารผ่านร้อง/สีหน้า
7) การรู้จักตนเอง–อัตมโนทัศน์	ระยะทารกแรกเกิดยังไม่พัฒนาเป็นความคิดรูปธรรม	ระยะทารกแรกเกิดยังไม่พัฒนาเป็นความคิดรูปธรรม
8) บทบาท–สัมพันธภาพ	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดา (สัมผัส/กิจวัตร/นวด)	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดา (สัมผัส/กิจวัตร/นวด)
9) เพศ–การเจริญพันธุ์	ทารกเพศชาย	ทารกเพศชาย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบตาม “11 แบบแผนกอร์ดอน” (กรณีศึกษา 2 ราย)

แบบแผนของกอร์ดอน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
10) การเผชิญปัญหา–ความเครียด	-	-
11) ค่านิยม–ความเชื่อ	-	-

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ “ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล–เป้าหมาย–กิจกรรม–ผลลัพธ์” (กรณีศึกษา 2 ราย)

หัวข้อ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดไม่มีประสิทธิภาพ กรณีศึกษา 2 ราย		
ข้อมูลสนับสนุน	RR 70; subcostal retraction; maternal amphetamine; CXR perihilar infiltration, aeration 8–9	RR 72; subcostal retraction (mild); preterm + PPROM 7 ชม.; CXR RML infiltration, aeration 9
เป้าหมาย	SpO_2 ≥95%, RR 40–60, HR 120–160, ผิวกายแดงดี, blood gas ในเกณฑ์, เสมหะลดลง/ใส, CXR ดีขึ้น	SpO_2 ≥95%, RR 40–60, HR 120–160, ผิวกายแดงดี , blood gas ในเกณฑ์, เสมหะลดลง/ใส, CXR ดีขึ้น
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	NCPAP 5 cmH_2O (FiO_2 0.3/0.26 ตามเคส), monitor VS/SpO_2 q1h, ฟังปอด, suction ปาก–จมูก (80–100 mmHg, ≤10 วินาที), จัดศีรษะสูง/ท่าตะแคง, OG tube ระบายลม, ลดสิ่งกระตุ้น, ติดตาม CXR/ABG	NCPAP 5 cmH_2O (FiO_2 0.3/0.26 ตามเคส), monitor VS/SpO_2 q1h, ฟังปอด, suction ปาก–จมูก (80–100 mmHg, ≤10 วินาที), จัดศีรษะสูง/ท่าตะแคง, OG tube ระบายลม, ลดสิ่งกระตุ้น, ติดตาม CXR/ABG
ผลลัพธ์	wean off NCPAP 2–3 วัน	wean off NCPAP 1-2 วัน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. เกิดการติดเชื้อในร่างกายเพิ่มขึ้นเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ กรณีศึกษา 2 ราย		
ข้อมูลสนับสนุน	ภูมิคุ้มกันทารกยังไม่สมบูรณ์; maternal amphetamine; on NCPAP; WBC 13×10³; CXR perihilar infiltration.	Preterm + PPROM; on NCPAP; WBC 15×10³; CXR RML infiltration
เป้าหมาย	ไม่มีอาการติดเชื้อ; VS ปกติ; WBC 4,600–10,600, CRP 0–3, hemoculture no growth; CXR ดีขึ้น; ไม่มี phlebitis/VAP	ไม่มีอาการติดเชื้อ; VS ปกติ; WBC 4,600–10,600, CRP 0–3, hemoculture no growth; CXR ดีขึ้น; ไม่มี phlebitis/VAP
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	Aseptic/Universal precautions, isolation ใน incubator, ทำความสะอาดอุปกรณ์/สิ่งแวดล้อม, VS q1h, ประเมินปอด/เสมหะ, suction เหมาะสม, มือสะอาด/mouth care/aspiration precaution, Ampicillin + Gentamicin IV ตามแผน, ติดตาม CBC/CRP/hemoculture/CXR	Aseptic/Universal precautions, isolation ใน incubator, ทำความสะอาดอุปกรณ์/สิ่งแวดล้อม, VS q1h, ประเมินปอด/เสมหะ, suction เหมาะสม, มือสะอาด/mouth care/aspiration precaution, Ampicillin + Gentamicin IV ตามแผน, ติดตาม CBC/CRP/hemoculture/CXR
ผลลัพธ์	Active, SpO_2 95–100% RA, lung clear, hemoculture no growth, feed IF 20 ml x8 ได้ดี	Active, SpO_2 95–100% RA, lung clear, hemoculture no growth, BF/IF 5 ml x8 + ดูดนมแม่ได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำเนื่องจากระบบควบคุมการทำงานของร่างกายยังทำงานไม่สมบูรณ์ กรณีศึกษา 2 ราย		
ข้อมูลสนับสนุน	พื้นที่ผิวกายมาก เสี่ยงสูญเสียความร้อน	พื้นที่ผิวกายมาก + preterm GA 35+6
เป้าหมาย	T 36.5–37.5°C, ไม่มีอาการ hypothermia	T 36.5–37.5°C, ไม่มีอาการ hypothermia
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	Incubator (NTE 29.5–32.6°C), วัด T q30–60 นาที จนคงที่, รวมกิจกรรมพยาบาลให้เป็นช่วงเดียว	Incubator (NTE 29.5–32.6°C), วัด T q30–60 นาที จนคงที่, รวมกิจกรรมพยาบาลให้เป็นช่วงเดียว ลดเปิด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ “ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล–เป้าหมาย–กิจกรรม–ผลลัพธ์” (กรณีศึกษา 2 ราย)

หัวข้อ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ลดเปิดตู้อบ/ใช้ radiant warmer เมื่อจำเป็น, เฝ้าระวังอาการ hypothermia	ตู้อบ/ใช้ radiant warmer เมื่อจำเป็น, เฝ้าระวังอาการ hypothermia
ผลลัพธ์	Active, T ปกติ, ผิวดี, feed IF ได้, กลับบ้านได้	Active, T ปกติ, ดูดนมแม่ได้, กลับบ้านได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากต้องงดน้ำและอาหารเป็นเวลานาน กรณีศึกษา 2 ราย		
ข้อมูลสนับสนุน	NPO; OG content เป็น mucous; AOL 2, น้ำหนักลด 30 กรัม	NPO; OG content mucous; AOL 2, น้ำหนักลด 110 กรัม
เป้าหมาย	ชุ่มชื้นดี ไม่มีภาวะขาดสารน้ำ/อาหาร; น้ำหนักเพิ่ม 20–30 กรัม/วัน; UO ≥1 ml/kg/hr	ชุ่มชื้นดี ไม่มีภาวะขาดสารน้ำ/อาหาร; น้ำหนักเพิ่ม 20–30 กรัม/วัน; UO ≥1 ml/kg/hr
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	10% Dextrose IV ตามแผน; ดูแล OG tube/บันทึก output; I&O q8h/รวม 24 ชม.; ชั่งน้ำหนักเวลาเดียวกันทุกวัน; เริ่ม try feed ตามแผน	10% Dextrose IV ตามแผน; ดูแล OG tube/บันทึก output; I&O q8h/รวม 24 ชม.; ชั่งน้ำหนักเวลาเดียวกันทุกวัน; เริ่ม try feed ตามแผน
ผลลัพธ์	น้ำหนัก 2,770 กรัม; ผิวดี; IF 25 ml ดูดได้ดี	น้ำหนัก 2,025 กรัม; ผิวดี; ดูดนมแม่ได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสเกิดพัฒนาการล่าช้าเนื่องจากประสาทสัมผัสยังเจริญไม่สมบูรณ์และถูกแยกจากบิดามารดาตั้งแต่เกิด กรณีศึกษา 2 ราย		
ข้อมูลสนับสนุน	แยกจากบิดามารดา	แยกจากบิดามารดา + preterm
เป้าหมาย	พัฒนาการเหมาะวัย; หันศีรษะ/จ้องหน้า/หันตามเสียง; ได้รับการกระตุ้นวันละ ≥1 ครั้ง	พัฒนาการเหมาะวัย; หันศีรษะ/จ้องหน้า/หันตามเสียง; ได้รับการกระตุ้นวันละ ≥1 ครั้ง
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	Quiet time/ลดแสง, nesting, กระตุ้นมองเห็น (รูปขาวดำ 7–9 นิ้ว), ลดเสียง monitor, สัมผัสนุ่มนวล, กระตุ้นดูดมือ, ให้พ่อแม่มีส่วนร่วม	Quiet time/ลดแสง, nesting, กระตุ้นมองเห็น (รูปขาวดำ 7–9 นิ้ว), ลดเสียง monitor, สัมผัสนุ่มนวล, กระตุ้นดูดมือ, ให้พ่อแม่มีส่วนร่วม
ผลลัพธ์	ตอบสนองดี ได้รับการกระตุ้นสม่ำเสมอ	ตอบสนองดี ได้รับการกระตุ้นสม่ำเสมอ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผิวหนังถูกทำลายได้ง่าย เนื่องจากผิวหนังยังเจริญไม่เต็มที่และได้รับการติดอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อติดตามอาการ และการได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยการแทงทะลุผ่านผิวหนัง กรณีศึกษา 2 ราย		
ข้อมูลสนับสนุน	on NCPAP; peripheral line + antibiotics	preterm; on NCPAP; peripheral line +antibiotics
เป้าหมาย	ผิวหนังสมบูรณ์ ไม่มีรอยแดง/ถลอก/แผล; ไม่มี phlebitis	ผิวหนังสมบูรณ์ ไม่มีรอยแดง/ถลอก/แผล; ไม่มี phlebitis
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	ประเมินผิวด้วย NSCS วันละ 1 ครั้ง; อาบน้ำเมื่อ stable; เลี่ยงเทป/ใช้เทคนิคลอกเทปที่ปลอดภัย; ทำความสะอาดน้ำยาฆ่าเชื้อออก; ป้องกันรั่วสารน้ำ; เปลี่ยนท่าทุก 2 ชม.; ป้องกันกดทับบริเวณ NCPAP (เลือก size/ใช้ duoderm/พยุงสาย)	ประเมินผิวด้วย NSCS วันละ 1 ครั้ง; อาบน้ำเมื่อ stable; เลี่ยงเทป/ใช้เทคนิคลอกเทปที่ปลอดภัย; ทำความสะอาดน้ำยาฆ่าเชื้อออก; ป้องกันรั่วสารน้ำ; เปลี่ยนท่าทุก 2 ชม.; ป้องกันกดทับบริเวณ NCPAP (เลือก size/ใช้ duoderm/พยุงสาย)
ผลลัพธ์	ผิวแห้งลอกเล็กน้อย/แดงเล็กน้อยที่ cannula; ไม่มีแผล/ไม่มีบวมแดงที่ IV; NSCS=5	ผิวแห้งลอกเล็กน้อย/แดงเล็กน้อยที่ cannula; ไม่มีแผล/ไม่มีบวมแดงที่ IV
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 บิดามารดาพร่องด้านการสื่อสาร การรับทราบข้อมูลและมีความวิตกกังวลของบิดามารดาเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของทารก กรณีศึกษา 2 ราย		
ข้อมูลสนับสนุน	รายงานความกลัว/กังวล; สีหน้าวิตก	รายงานความกลัว/กังวล; สีหน้าวิตก
เป้าหมาย	เข้าใจแผนรักษา; วิตกกังวลลดลง; ร่วมมือดูแล; มาเยี่ยมสม่ำเสมอ	เข้าใจแผนรักษา; วิตกกังวลลดลง; ร่วมมือดูแล; มาเยี่ยมสม่ำเสมอ
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	สร้างสัมพันธภาพ, ประเมินสาเหตุความกังวล, อธิบายโรค/แผนรักษา/ความคืบหน้า, เปิดโอกาสถาม, ประสานพบแพทย์, ส่งเสริมมีส่วนร่วม, สอนบีบน้ำนม/ดูแลหลังคลอด	สร้างสัมพันธภาพ, ประเมินสาเหตุความกังวล, อธิบายโรค/แผนรักษา/ความคืบหน้า, เปิดโอกาสถาม, ประสานพบแพทย์, ส่งเสริมมีส่วนร่วม, สอนบีบน้ำนม/ดูแลหลังคลอด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ “ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล–เป้าหมาย–กิจกรรม–ผลลัพธ์” (กรณีศึกษา 2 ราย)

หัวข้อ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผลลัพธ์	เข้าใจแนวทางรักษา ความวิตกกังวลลดลง ร่วมมือและมาเยี่ยมสม่ำเสมอ	เข้าใจแนวทางรักษา ความวิตกกังวลลดลง ร่วมมือและมาเยี่ยมสม่ำเสมอ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน กรณีศึกษา 2 ราย (Discharge planning)		
ข้อมูลสนับสนุน	แม่ถาม “กลับบ้านต้องทำอะไรบ้าง”	แม่ถาม “โรคที่ลูกป่วยต้องดูแลต่ออย่างไร”
เป้าหมาย	ครอบครัวเข้าใจการให้ยา/สังเกตอาการอันตราย/ให้นมและจัดท่า/สิ่งแวดล้อม/ป้องกันติดเชื้อ/นัดติดตาม/สนับสนุนอารมณ์	ครอบครัวเข้าใจการให้ยา/สังเกตอาการอันตราย/ให้นมและจัดท่า/สิ่งแวดล้อม/ป้องกันติดเชื้อ/นัดติดตาม/สนับสนุนอารมณ์
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	คู่มือดูแลที่บ้าน, ตรวจสอบขนาด–เวลาให้ยา, อาการที่ต้องรีบพบแพทย์, ให้นมถี่ปริมาณเหมาะ, จัดนอนหงายศีรษะสูง, บ้านอากาศถ่ายเท–เลี่ยงควัน/ฝุ่น, hand hygiene/เลี่ยงที่แออัด, มาตามนัด–รับวัคซีน, สนับสนุนพ่อแม่	คู่มือดูแลที่บ้าน, ตรวจสอบขนาด–เวลาให้ยา, อาการที่ต้องรีบพบแพทย์, ให้นมถี่ปริมาณเหมาะ, จัดนอนหงายศีรษะสูง, บ้านอากาศถ่ายเท–เลี่ยงควัน/ฝุ่น, hand hygiene/เลี่ยงที่แออัด, มาตามนัด–รับวัคซีน, สนับสนุนพ่อแม่
ผลลัพธ์	ครอบครัวเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง	ครอบครัวเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง

สรุปผลการศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบ จำนวน 2 ราย โดยใช้แบบประเมินสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน พบว่าทั้งสองรายมีความคล้ายคลึงกันในด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ และการวินิจฉัยโรคขณะที่มีความแตกต่างกันบางประเด็น เช่น อาการและอาการแสดง รวมถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การดูแลทารกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และความชำนาญเฉพาะด้านของพยาบาล รวมทั้งการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม โดยเฉพาะการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด **NCPAP** ซึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะลมรั่วในปอด การติดเชื้อ และภาวะพร่องสารน้ำ–สารอาหาร ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลต้องตระหนักถึงบทบาทของตนเอง มีทักษะในการประเมิน คาดการณ์ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างรอบด้าน พร้อมทั้งติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าบทบาทสำคัญของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ไม่เพียงแต่การให้การพยาบาลตามมาตรฐาน แต่ยังรวมถึงการคาดการณ์ความเสี่ยงและการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงที ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และเพิ่มความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่อยู่ในภาวะวิกฤต

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษากรณีทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบทั้ง 2 ราย พบว่าการรักษาด้วย **Nasal Continuous Positive Airway Pressure (NCPAP)** ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะครบตามแผน สามารถช่วยให้อาการทางคลินิกดีขึ้นในระยะเวลาอันสั้น โดยผู้ป่วยสามารถหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ภายใน 1–3 วัน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง สอดคล้องกับรายงานของ Ho และคณะ[4] ที่ยืนยันว่า NCPAP เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดการใส่ท่อช่วยหายใจและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการใส่ท่อทางเดินหายใจในทารกแรกเกิด[5] การพยาบาลแบบองค์รวมมีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูสุขภาพทารก โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการมีส่วนร่วมของบิดามารดา เช่น การส่งเสริมการสัมผัสอย่างใกล้ชิด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งช่วยเสริมความมั่นใจของผู้ปกครองและทำให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิด **การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-**

Centered Care3 นอกจากนี้ บทบาทของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดยังเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ NCPAP ได้แก่ ภาวะลมรั่วในปอด การติดเชื้อ และการพร่องสารน้ำ–สารอาหาร หากมีการประเมินและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติสากลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก[3] โดยสรุป การบูรณาการการรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสม การพยาบาลแบบองค์รวม และการสนับสนุนจากครอบครัว มีส่วนสำคัญในการเพิ่มความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพของทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยให้การดูแลทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งบิดามารดา โดยให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้สัมผัส พูดคุย เพื่อเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับผู้ป่วย นอกจากนั้นยังเป็นการส่งเสริมพัฒนาการ ด้านการเจริญเติบโต สร้างความรักและความผูกพันในครอบครัว ลดภาวะความเครียดและส่งเสริมให้บิดามารดาสามารถปรับตัวต่อภาวะความเครียดได

2. บุคลากรทุกคนควรได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต

3. มีระบบการให้บริการ clinical practice guidelines เพื่อใช้ในการสื่อสารร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และมี clinical nursing practice guidelines เพื่อใช้สื่อสารภายในทีม เพื่อให้รูปแบบการให้บริการเป็นไปในระบบเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบาบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พ.ศ. 2562. กรุงเทพ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
2. สำนักระบาดวิทยา. (2559) โรคติดเชื้อเฉียบพลัน ในทางเดินหายใจส่วนล่าง. กรมควบคุมโรค, 2559
3. งานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลสิรินธรขอนแก่น. (2562). สถิติประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562
4. Ho JJ, Subramaniam P, Davis PG.(2020). Continuous positive airway pressure (CPAP) for respiratory distress in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2020;10(10):CD002271. doi:10.1002/14651858.CD002271.pub3.
5. กุลธิดา ธรรมวิภาค (2562).. การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2562;31(2):54–66.
6. สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.(2564). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก. กรุงเทพฯ: สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2564.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี

Development of an Integrated Strategy for Preventing and Addressing Teenage Pregnancy in Chonburi Province.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

รัก ธนะไพบูลย์[1]
Rak Thanapaiboon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ในการพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดชลบุรี พัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี และรับรองข้อเสนอยุทธศาสตร์ฯ โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จัดทำ SWOT Analysis และ TOWS Matrix 2) ยกร่างข้อเสนอยุทธศาสตร์ด้วยกระบวนการ Delphi Future Research (DFR) 2 รอบ กับผู้เชี่ยวชาญ 17 คน เกณฑ์ความเห็นพ้อง มัธยฐาน ≥ 4.00 และ IQR ≤ 1.50 3) ประชุมนโยบายเพื่อรับรองข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ 4) ถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติให้บูรณาการกับแผนปฏิบัติการหน่วยงานภาคีเครือข่าย ปี 2569–2570

ผลการวิจัย พบว่า ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีสาเหตุจากการขาดความรู้เพศศึกษาที่ถูกต้อง การตีตราทางสังคม และการแก้ไขปัญหาขาดการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน มีจุดแข็งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบประมาณสนับสนุน ยกร่างข้อเสนอยุทธศาสตร์โดยผ่านกระบวนการ Delphi Future Research (DFR) สรุปเป็น 7 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ 1) ตั้งศูนย์ประสานงานกลางและบูรณาการข้อมูล 2) ยกระดับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น 3) สร้างเครือข่ายความร่วมมือเชิงรุกการสื่อสารเชิงบวก 4) ส่งเสริมการใช้แพลตฟอร์มเข้าถึงวัยรุ่นด้วยสื่อสมัยใหม่ และบริการให้คำปรึกษาออนไลน์ 5) เสริมสร้างความรู้เพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต โดยบรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่นและการศึกษาทุกระดับ 6) พัฒนาครูที่ปรึกษาเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และ 7) พัฒนาระบบการช่วยเหลือและคุ้มครองแม่วัยรุ่นแบบองค์รวม โดยคณะอนุกรรมการจังหวัดให้การรับรองข้อเสนอยุทธศาสตร์ และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ ประชุมบูรณาการข้อมูลรายไตรมาส จัดทำเว็บไซต์และ Dashboard รวมทั้งสอบถามความต้องการแม่วัยรุ่น และบูรณาการประชาสัมพันธ์สวัสดิการสังคมหลังคลอดในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ยุทธศาสตร์, การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, การป้องกันและแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการ

Abstract

This action research aimed to analyze the situation and needs for developing a multi-sectoral strategy for preventing and solving adolescent pregnancy problems in Chon Buri Province. The study consisted of four phases: 1) situational analysis through in-depth interviews with stakeholders, followed by SWOT and TOWS analysis; 2) drafting strategic proposals using a two-round Delphi Future Research (DFR) process with 17 experts (with a consensus criterion of Median ≥ 4.00 and IQR ≤ 1.50); 3) a policy meeting to endorse the strategic proposals; and 4) translating the plan into actionable items to be integrated with the annual work plans of partner agencies for fiscal years 2026–2027.

The findings revealed that the core issues of adolescent pregnancy stemmed from a lack of proper sexuality education, social stigma, and a lack of data integration among relevant agencies. The key strength identified was the capacity of local administrative organizations to provide financial support. Based on the DFR

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

process, seven core strategies were proposed and endorsed: 1) establishing a central coordination and data integration center; 2) enhancing youth-friendly health services; 3) building proactive collaboration networks for positive communication; 4) promoting the use of modern media platforms and online counseling services; 5) strengthening comprehensive sexuality education and life skills by integrating them into local and educational development plans; 6) developing specialized expert counselors; and 7) establishing a holistic support and protection system for adolescent mothers. The provincial sub-committee endorsed the strategic proposals and translated them into concrete action plans, including quarterly data integration meetings, the creation of a dedicated website and dashboard, conducting surveys on the needs of adolescent mothers, and integrating the promotion of social welfare benefits post-delivery at hospitals.

Keywords: Strategy, Teenage Pregnancy, Integrated Prevention and Solution.

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบทั้งต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่น ตลอดจนต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม องค์การอนามัยโลก[1] รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ระบุว่าอัตราการคลอดในหญิงอายุ 15–19 ปี อยู่ที่ 23.4 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ[2]

ข้อมูลเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย ปี 2567 พบว่า อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15–19 ปี อยู่ที่ 12.8 ต่อประชากรหญิงพันคน อีกทั้งยังพบแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 10–14 ปี แม้ว่าจะอยู่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มอายุที่มากกว่า ปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ การขาดความรู้และการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม การขาดระบบสนับสนุนจากครอบครัว และอิทธิพลจากสื่อออนไลน์และสิ่งแวดล้อมทางสังคม[3]

ข้อมูลจากรายงานการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดชลบุรี ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2568 พบว่า จังหวัดชลบุรีมีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ15–19 ปี จะมีแนวโน้มลดลงจาก 31.08 ในปี 2565 เหลือเพียง 22.15 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน ในปี 2567 แต่ในทางกลับกันอัตราการตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุ 10–14 ปี กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี 2565 อัตรา 0.74 เพิ่มขึ้นเป็น 1.31 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน ในปี 2567[3]

สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ ชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการสร้างกลไกความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในทุกระดับ มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น[3] ดังนั้น การพัฒนายุทธศาสตร์เชิงบูรณาการที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมจึงมีความจำเป็น เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหานี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน งานวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการในจังหวัดชลบุรี ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ในการพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยมีการส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดชลบุรี

2. เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี

3. เพื่อรับรองยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่จังหวัดชลบุรี โดยการกำหนดขนาดตัวอย่างของแต่ละกลุ่มเป็นแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนี้

1.คณะทำงานเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดชลบุรี ในขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการพัฒนา จำนวน 30 คน

2.ผู้เชี่ยวชาญในกระบวนการ Delphi Future Research จำนวน 17 คน (Macmillan, 1971) ประกอบด้วย ผู้บริหารหน่วยงานระดับจังหวัดและอำเภอ 6 คน กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 คน กระทรวงศึกษาธิการ 4 คน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2 คน กระทรวงแรงงาน 1 คน กระทรวงวัฒนธรรม 1 คน กระทรวงยุติธรรม 1 คน

3.ผู้เข้าร่วมประชุมนโยบาย คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดชลบุรีหรือผู้แทน จำนวน 30 คน

4.ผู้เข้าร่วมประชุมการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง คณะทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดชลบุรีหรือผู้แทน จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

เป็นบุคคลที่มีบทบาทหรือเกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่จังหวัดชลบุรี

1. มีประสบการณ์ในการทำงานหรือมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในประเด็นวัยรุ่น หรืออนามัยเจริญพันธุ์

2. สำหรับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ต้องมีคุณวุฒิหรือประสบการณ์ในระดับที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดยุทธศาสตร์หรือนโยบายด้านสุขภาพ วัยรุ่น หรือการศึกษา ไม่น้อยกว่า 5 ปี

3. ยินดีเข้าร่วมในการให้ข้อมูล และสามารถให้ข้อมูลตามเครื่องมือได้อย่างสมบูรณ์

4. สำหรับผู้เข้าร่วมประชุม ต้องสามารถเข้าร่วมได้ตลอดกิจกรรมตามเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

บุคคลที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง เช่น มีปัญหาด้านสุขภาพ หรือไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง แบบสัมภาษณ์ที่มีคำถามหลักและแนวคำถามย่อย สามารถเปิดให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ใช้สำหรับการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่จังหวัดชลบุรี และคณะทำงานเพื่อการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดชลบุรี เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ สภาพการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และข้อเสนอแนะในการพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่จังหวัดชลบุรี

2. แบบสอบถาม Delphi (Delphi Questionnaire) ใช้สำหรับรวบรวมความคิดเห็นจาก

ผู้เชี่ยวชาญ ในกระบวนการ Delphi จำนวน 2 รอบ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า5 ระดับ (Likert Scale) โดยใช้คะแนนตั้งแต่ 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด ถึง 5 = เห็นด้วยมากที่สุด วิเคราะห์ผลโดยใช้ ค่ามัธยฐาน (Median) และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile) Q3-Q1

รอบที่ 1: ให้คะแนนระดับความเห็นด้วยต่อข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ และเปิดช่องสำหรับแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

รอบที่ 2: แสดงผลการวิเคราะห์รอบแรก และให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินซ้ำเพื่อวัดระดับความเห็นพ้อง (Consensus)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยทำหนังสือขอพิจารณาจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ดำเนินงานตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี หมายเลขโครงการ CBO Rec 2568-032 วันที่รับรอง 15 พฤษภาคม 2568

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย การพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Rsearch) ได้มีทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำแนวคิด ประยุกต์แนวคิดการจัดทำแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning) สำหรับองค์กรสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[2] และใช้กระบวนการ Delphi Future Research (DFR) ในการจัดทำร่างข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์[4] เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 19 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม 2568 เป็นการวิจัยเชิงนโยบาย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการด้านการพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยเทคนิค SWOT Analysis และเทคนิค TOWS Matrix

ขั้นตอนที่ 2 ร่างข้อเสนอในการพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี ด้วยวิธีการวิจัย Delphi Future Research (DFR) จำนวน 2 รอบ ด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คน จากนั้นวิเคราะห์ทางสถิติและสรุปอภิปราย ตามกระบวนการวิจัย และจัดทำร่างข้อเสนอยุทธศาสตร์ฯ

ขั้นตอนที่ 3 การรับรองข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ฯ โดยการจัดประชุมนโยบาย (Policy meeting) โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 30 คน รับรองและให้เสนอแนะในการพัฒนายุทธศาสตร์ฯ

ขั้นตอนที่ 4 การถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ประชุมคณะทำงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดชลบุรีถ่ายทอดข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ฯ และกำหนดแผนปฏิบัติการให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนำไปปรับใช้ร่วมกับแผนปฏิบัติการประจำปี 2569 -2570 ของหน่วยงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อจำแนกประเด็นหลัก รอง และวิเคราะห์ SWOT และ TOWS Matrix เพื่อจัดทำร่างยุทธศาสตร์

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ข้อมูลจากแบบสอบถาม Delphi รอบที่ 1 และ 2 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) แสดง

แนวโน้มความคิดเห็น และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) วัดความกระจาย กำหนดเกณฑ์ความเห็นพ้องว่า Median ≥ 4.00 และ IQR (Q3-Q1) ≤ 1.50 ถือว่ามีความเห็นพ้องสูง แล้วเลือกยกร่างข้อเสนอยุทธศาสตร์ตามลำดับคะแนนความเห็นพ้อง

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยมีการส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดชลบุรี

ประเด็นปัญหาสำคัญต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดชลบุรี คือ *“วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาไม่ถูกต้อง ไม่ทราบช่องทางระบบให้คำปรึกษา” “ครอบครัว และชุมชน มีทัศนคติเชิงลบต่อเรื่องเพศวิถีของวัยรุ่นและการตีตราทางสังคม มีปัญหาการสื่อสารเรื่องเพศวิถีวัยรุ่น” “ครอบครัวและชุมชนยังมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาน้อย” “ยังไม่มีการบูรณาการข้อมูลและการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ ทำให้การป้องกัน ดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นและแม่วัยรุ่นยังไม่มีประสิทธิภาพ” “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานหน่วยงานในพื้นที่”*

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีความคิดเห็นว่าทิศทางของการพัฒนายุทธศาสตร์ควรมุ่งเน้น*“การเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกและทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศวิถี ทั้งในกลุ่มครูผู้สอน บุคลากรผู้ให้บริการ รวมถึงพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กวัยรุ่น” “การบรูณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน” “การพัฒนาระบบความช่วยเหลือส่งต่อแบบบูรณาการเมื่อมีวัยรุ่นประสบปัญหาการตั้งครรภ์”*

จุดแข็ง (S) มีคณะอนุกรรมการระดับจังหวัดและอำเภอเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการ โดยมีภาคีเครือข่ายที่ครอบคลุมทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคประชาชน รวมถึงสภาเด็กและเยาวชน มีระบบสารสนเทศฐานข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพและงบประมาณสนับสนุนโครงการระดับพื้นที่ได้อย่างคล่องตัว

จุดอ่อน (W) แผนงานบางระดับยังไม่สามารถปฏิบัติได้จริงและขาดการบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ ยังไม่มีศูนย์ประสานงานระดับจังหวัดที่บูรณาการข้อมูลร่วมกัน การแลกเปลี่ยนข้อมูล ยังไม่เชื่อมโยง ระบบติดตามแม่วัยรุ่นหลังคลอดไม่ครอบคลุม ยังมีทัศนคติการตีตราแม่วัยรุ่นในบางพื้นที่ ไม่ได้มีการอบรมครูเพศวิถีศึกษา บุคลากรบางส่วนยังไม่เข้าใจสิทธิเด็ก

โอกาส (O) การมี พ.ร.บ.ป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และนโยบาย “Zero Dropout” ของกระทรวงศึกษาธิการที่ช่วยติดตามและนำนักเรียนกลับเข้าสู่ระบบการศึกษา มีระบบเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดและการช่วยเหลือจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สายด่วน 1300 ขณะที่กรมอนามัยและภาคีเครือข่ายสนับสนุนบริการปรึกษาเอดส์ ท้องไม่พร้อม และยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ผ่านสายด่วน 1663 , LINE OA Teen Club ช่วยเข้าถึงวัยรุ่นได้สะดวกและรวดเร็ว

อุปสรรค (T) พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นจากสื่อออนไลน์ ความรุนแรงทางเพศ การโยกย้ายถิ่นฐานสูงทำให้การติดตามยาก สังคมบางส่วนยังมีค่านิยมกีดกันเด็กท้องในวัยเรียน ข้อจำกัดจาก PDPA ทำให้การเปิดเผยและเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อช่วยเหลือเป็นไปได้ยาก

ส่วนที่ 2 การพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการ

จังหวัดชลบุรี โดยผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (SWOT Analysis) และ (TOWS Matrix) แล้วดำเนินการผ่านกระบวนการ Delphi Future Research จากการสอบถามผู้เชี่ยวชาญ 17 ท่าน จำนวน 2 รอบ ได้ร่างข้อเสนอยุทธศาสตร์ฯ ดังนี้

วิสัยทัศน์

ปี 2570 ชลบุรีเป็นจังหวัดต้นแบบด้านการดูแลสุขภาวะวัยรุ่น ลดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรด้วยระบบการป้องกันและการดูแลแบบบูรณาการที่ครอบคลุมและยั่งยืน

พันธกิจ

1. พัฒนาและยกระดับการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ กลไกติดตามและช่วยเหลือแม่วัยรุ่นก่อนและหลังคลอดแบบครบวงจร รวมถึงการเสริมสร้างความรู้ ทัศนคติเพศวิถีวัยรุ่นเชิงบวก ให้เข้าถึงง่ายและเป็นมิตรกับวัยรุ่น

2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เป้าหมาย

1. ลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ให้ต่ำกว่าค่าเป้าหมายระดับประเทศ

2. ลดอัตรา Zero Dropout จากปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลงร้อยละ 50

3. ทุกอำเภอผ่านการรับรองมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบศูนย์ประสานงานกลางและเชื่อมโยงข้อมูล

กลวิธีและแนวทาง จัดตั้งศูนย์ประสานงานระดับจังหวัดและอำเภอ บูรณาการข้อมูลการตั้งครรภ์วัยรุ่นและกลไกการส่งต่อระหว่างหน่วยงาน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น

กลวิธีและแนวทาง จัดอบรมบุคลากรสหวิชาชีพ ให้มีทัศนคติเชิงบวกต่อเรื่องเพศสภาวะ และเพศวิถีของวัยรุ่น ในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข อนามัยเจริญพันธุ์ การให้คำปรึกษา การส่งต่อแบบบูรณาการ รวมถึงการสื่อสารเชิงบวกลดการตีตราแม่วัยรุ่น

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายความร่วมมือเชิงรุกการสื่อสารเชิงบวก

กลวิธีและแนวทาง ส่งเสริมการอบรมให้ความรู้ สร้างทัศนคติเชิงบวกเรื่องเพศ และการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว พ่อแม่ผู้ปกครอง แบบบูรณาการในโรงเรียนและชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 4. ส่งเสริมการใช้แพลตฟอร์มเข้าถึงวัยรุ่นด้วยสื่อสมัยใหม่ และบริการให้คำปรึกษาออนไลน์

กลวิธีและแนวทาง ใช้ระบบสารสนเทศที่มีอยู่และการดำเนินงานเชิงรุกด้วยสื่อสมัยใหม่ LINE OA Teen Club, Instagram, Facebook, TikTok และสายด่วน 1663 / 1300

ยุทธศาสตร์ที่ 5.เสริมสร้างความรู้เพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต โดยบรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่นและการศึกษาทุกระดับ

กลวิธีและแนวทาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณและการดำเนินการเสริมสร้างความรู้ ร่วมกับสถานศึกษา โดยบรรจุเรื่อง เพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิตในแผนพัฒนาท้องถิ่นและการศึกษาทุกระดับ

ยุทธศาสตร์ที่ 6. พัฒนาครูที่ปรึกษาเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

กลวิธีและแนวทาง จัดอบรมหลักสูตรครูผู้สอนวิชาเพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิตและการดูแลให้คำปรึกษาวัยรุ่นในสถานศึกษาอย่างมีคุณภาพและครอบคลุม

ยุทธศาสตร์ที่ 7.พัฒนาระบบการช่วยเหลือและคุ้มครองแม่วัยรุ่นแบบองค์รวม

กลวิธีและแนวทาง บูรณาการและพัฒนาระบบจัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมให้กับพ่อแม่วัยรุ่น ให้สามารถเข้าถึงสวัสดิการสังคมพื้นฐาน การศึกษา อาชีพและรายได้ ทั้งก่อนและหลังคลอดบุตร

ส่วนที่ 3 การรับรองข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี คณะอนุกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดชลบุรี ให้การรับรองแผนยุทธศาสตร์ โดยมีข้อเสนอในการขับเคลื่อนตามแผนยุทธศาสตร์ *“ให้มีการบูรณาการข้อมูล รวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาปรับกระบวนการให้บริการที่สอดคล้องความต้องการของผู้รับบริการ เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงระบบบริการ การดูแล และป้องกันทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ การให้ความช่วยเหลือสวัสดิการสังคม เพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์และแก้ไขปัญหาก่อนคลอดและหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพ” การ*ถ่ายทอดข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ฯให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนำไปปรับใช้ร่วมกับแผนปฏิบัติการประจำปี 2569 -2570 ของหน่วยงานในประเด็นที่สำคัญ ดังนี้ *ประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบูรณาการข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทุก 3 เดือน “จัดทำ เว็บไซต์ และ Dashboard การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี” “สอบถามความต้องการแม่วัยรุ่นหลังคลอดที่เข้ารับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาล” “บูรณาการประชาสัมพันธ์หลังคลอดที่โรงพยาบาล รับแบบขอรับสวัสดิการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดจากรัฐบาล (แรกเกิด-6ปี) ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาทต่อปี โดยจะช่วยเหลือเป็นเงินให้กับผู้ปกครองจำนวน 600 บาทต่อเดือนตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 ปี” “จัดอบรมหลักสูตรครูผู้สอนวิชาเพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิตและการดูแลให้คำปรึกษาวัยรุ่นในสถานศึกษาโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี”*

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์แสดงให้เห็นว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดชลบุรียังคงเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและมีหลายมิติ ทั้งมิติความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม และกลไกเชิงระบบ เช่น การขาดองค์ความรู้เพศศึกษาที่ถูกต้อง การสื่อสารในครอบครัวที่ยังไม่เปิดกว้าง การตีตราทางสังคม รวมถึงปัญหาการบูรณาการข้อมูลและการทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่าง ๆ ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า การแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องใช้แนวทางแบบองค์รวม มีการทำงานแบบบูรณาการแบบมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศพล อัครพงษ์ไพบูลย์และคณะ[5] ที่ศึกษาการบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากมีวิสัยทัศน์ยุทธศาสตร์ร่วมกันแล้วยังต้องมีการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติการ จัดทำฐานข้อมูลทรัพยากร รวมถึงการประเมินผลร่วม เพื่อให้สามารถใช้ศักยภาพหรือความถนัดของแต่ละหน่วยงาน โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันแบบบูรณาการ

การพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี ทั้ง 7 ยุทธศาสตร์มีความสอดคล้องกับปัญหาและบริบทของจังหวัดชลบุรี ครอบคลุมทั้งด้านการป้องกัน (Prevention) และการดูแลช่วยเหลือ (Care & Protection) โดยจัดกลุ่ม 3 ด้านสำคัญคือ 1.การทำงานแบบบูรณาการ โดยการจัดตั้งศูนย์ประสานงานกลางบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัดและอำเภอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริวรรณ ทุมเชื้อและพรพรรณ พุ่มประยูร[6] ศึกษาแนวคิดแก้ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ พบว่า การสนับสนุนทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ระบบข้อมูลร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์กัน ส่งผลให้เกิดการทำงานบูรณา

การอย่างแท้จริง มีความเข้มแข็ง และยั่งยืน 2.การสร้างความเป็นมิตรกับวัยรุ่น ผ่านบริการสุขภาพที่มีทัศนคติเชิงบวก การสื่อสารเชิงบวกในครอบครัวและชุมชน และการฝึกอบรมครูและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุพเยาว์ วิศพรรณ์ และสมจิต ยาใจ[7] ศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ จากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น ควรจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่นและเยาวชน โรงเรียนมีการติดตามนักเรียนที่ตั้งครรภ์ และสนับสนุนให้ได้กลับเข้าศึกษาต่อในระบบการศึกษา 3.การขยายช่องทางเข้าถึง ด้วยสื่อดิจิทัล แพลตฟอร์มออนไลน์ และการจัดสวัสดิการสังคมแบบองค์รวมแก่แม่วัยรุ่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรอนงค์ บัวลา และคณะ[8] ความต้องการการจัดสวัสดิการสังคมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือมารดาวัยรุ่น ในด้านการศึกษา ด้านบริการสุขภาพที่เป็นมิตร ด้านสิทธิประโยชน์ด้านอาชีพและรายได้

การรับรองยุทธศาสตร์ฯ และการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ฯ ไปสู่การปฏิบัติ คณะอนุกรรมการฯ ให้การรับรองข้อเสนอยุทธศาสตร์ฯ เป็นการยืนยันว่าข้อเสนอที่ได้จากการวิจัยนั้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ การกำหนดให้มีการประชุมบูรณาการข้อมูลทุก 3 เดือน การสร้าง Dashboard และ เว็บไซต์ เป็นตัวชี้วัดที่ชัดเจนว่าการขับเคลื่อนนี้จะเน้นการปฏิบัติที่วัดผลได้จริง นอกจากนี้ การสอบถามความต้องการแม่วัยรุ่น และการบูรณาการประชาสัมพันธ์สวัสดิการสังคมหลังคลอดที่โรงพยาบาล สะท้อนให้เห็นถึงการออกแบบแนวทางปฏิบัติที่มุ่งเน้น ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการเข้าไม่ถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่แม่วัยรุ่นพึงได้รับ และช่วยให้การช่วยเหลือมีประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญเลิศ พิมศักดิ์ และคณะ[9] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ พบว่า กระบวนการที่ประสบความสำเร็จประกอบด้วย การวางแผน การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ การควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล และ การปรับปรุงสะท้อนผล

สรุปผล

1.สถานการณ์ปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดชลบุรี มีสาเหตุจากหลายปัจจัย ทั้งความรู้และทักษะเพศศึกษาที่ไม่เพียงพอ การสื่อสารในครอบครัวที่ยังมีข้อจำกัด การตีตราทางสังคม การเข้าถึงบริการที่ไม่ทั่วถึง และการขาดการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน SWOT/TOWS แสดงให้เห็นถึงทุนทางสังคม เช่น โครงสร้างคณะอนุกรรมการจังหวัดและอำเภอ ความร่วมมือจากหลายภาคส่วน และระบบนโยบายระดับชาติที่สนับสนุน แต่ยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากร การแลกเปลี่ยนข้อมูล และทัศนคติของสังคม

2.การพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี ได้ข้อเสนอ 7 กลยุทธหลัก ได้แก่ 1.พัฒนาระบบศูนย์ประสานงานและเชื่อมโยงข้อมูล 2.พัฒนาบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น 3.สร้างเครือข่ายการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว และชุมชน 4.ใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลและสื่อสมัยใหม่เข้าถึงวัยรุ่น 5.บรรจุเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในแผนพัฒนาท้องถิ่นและการศึกษา 6.สนับสนุนครูเพศวิถีศึกษาและที่ปรึกษาในสถานศึกษา 7.พัฒนาระบบช่วยเหลือและคุ้มครองแม่วัยรุ่นแบบองค์รวม

3.การรับรองเชิงนโยบาย คณะอนุกรรมการจังหวัดได้ให้การรับรองยุทธศาสตร์ พร้อมข้อเสนอให้มีการติดตาม บูรณาการข้อมูล และเชื่อมโยงกับแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดชลบุรี ควรบูรณาการยุทธศาสตร์ที่ได้พัฒนาไว้เข้าสู่ แผนพัฒนาจังหวัด

และ แผนสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อให้การดำเนินงานมีสถานะอย่างเป็นทางการและได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

2.ควรส่งเสริมบทบาทของภาคประชาสังคมให้เป็น "ภาคีร่วมดูแล" โดยเฉพาะกลุ่มสตรี อสม. ชมรมผู้ปกครอง และสภาเด็กและเยาวชน เพื่อร่วมกันรณรงค์ลดการตีตราแม่วัยรุ่นและเป็นกำลังสำคัญให้เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนการกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาติดตามผลการนำยุทธศาสตร์ไปใช้จริงในจังหวัดชลบุรี ทั้งในเชิงผลลัพธ์ เช่น อัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่น, อัตราการกลับเข้าสู่ระบบการศึกษา และเชิงกระบวนการ เช่น ระดับความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อใช้ปรับปรุงยุทธศาสตร์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาพฤติกรรมและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ เช่น แรงงานวัยรุ่นในภาคอุตสาหกรรม และวัยรุ่นที่อยู่นอกระบบการศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการและช่องทางการเข้าถึงที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2024). Adolescent pregnancy. Retrieved May 10, 2025, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์แผนงาน. (2566). การจัดทำแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning) สำหรับองค์กรสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

3. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

4. Keeney, S., McKenna, H., & Hasson, F. (2011). The Delphi technique in nursing and health research. Chichester, UK: John Wiley & Sons

5. ทศพล อัครพงษ์ไพบูลย์ และคณะ. (2563). การจัดการภัยพิบัติเชิงบูรณาการ: วิเคราะห์บทบาทกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย. Journal of Politics and Governance, 11(3), 87-98.

6. ศิริวรรณ ทุมเชื้อ และพรพรรณ พุ่มประยูร. (2561). วัยรุ่นตั้งครรภ์: แนวคิดแก้ปัญหาด้วยกระบวนการระบบสุขภาพอำเภอ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 12(2), 29–38.

7. ยุพเยาว์ วิศพรรณ์ และสมจิต ยาใจ. (2559). ผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 27(ฉบับเพิ่มเติม 1), 1–16.

8. อรอนงค์ บัวลา และคณะ. (2566). ปัญหาและความต้องการของการจัดสวัสดิการทางสังคมสำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท., 5(3), e2776.

9. บุญเลิศ พิมศักดิ์, ปิติ ทั้งไพศาล, และเสฐียรพงษ์ ศิวินาส. (2562). การพัฒนารูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 15(2), 24-32.

รูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

Model of Nursing care for sepsis patients at Kantharawichai Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

ยุพาภรณ์ บุญเจริญ[1]
Yuphaphon Buncharoen[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทอลอง(Quasi Experiment) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดและศึกษารูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มิถุนายน 2568 ถึง กันยายน 2568 รวม 3 เดือน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ผลของรูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย

1. ความเข้าใจของบุคลากรต่อกิจกรรมในการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด

2. การเปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรต่อกิจกรรมในการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความเข้าใจของบุคลากรต่อกิจกรรมในการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม หลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ

3. จากการดำเนินการรูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม สามารถผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต

4. Best practice ได้แก่ การพัฒนากระบวนการทบทวนการเสียชีวิตร่วมกับสหวิชาชีพ และทีม PCT และ การพัฒนาแนวการการดูแลผู้ป่วย Sepsis ปรับตามบริบทของโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การดูแลทางการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This quasi-experimental study aimed to study the care situation of patients with bloodstream infections and to examine nursing care models for patients with bloodstream infections at Kantharawichai Hospital, Maha Sarakham Province. The study period was from June 2025 to September 2025 (a total of three months). Data were collected from medical records and questionnaires. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and dependent t-test.

The study results revealed that the results of the nursing care model for patients with bloodstream infections at Kantharawichai Hospital, Maha Sarakham Province, included:

1. Staff understanding of nursing care activities for patients with bloodstream infections at Kantharawichai Hospital, Maha Sarakham Province, before implementation, was found to be at a moderate

[1] โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

level overall and item-by-item. After implementation, it was found to be at the highest level overall and item-by-item.

2. A comparison of staff understanding of nursing care activities for patients with bloodstream infections at Kantharawichai Hospital, Maha Sarakham Province, before and after implementation revealed a statistically significant difference at the 0.05 level. After implementation, staff understanding of nursing care activities for patients with bloodstream infections at Kantharawichai Hospital, Maha Sarakham Province, was higher than before implementation.

3. The implementation of the nursing care model for patients with bloodstream infections at Kantharawichai Hospital, Maha Sarakham Province, met the criteria for indicators and no patient deaths occurred.

4. Best practices include developing a death review process in collaboration with interdisciplinary professionals and the PCT team, and developing a sepsis patient care guideline tailored to the hospital context.

Keywords: nursing care, patients with bloodstream infections

บทนำ

ภาวะติดเชื้อ (sepsis) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เป็นผลมาจากความไม่สมดุลของปฏิกิริยาการตอบสนองทาง ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อการติดเชื้อที่ก่อให้เกิดการอักเสบกระจายไปทั่วร่างกาย เป็นสาเหตุ ทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ การทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตตามมา[1] ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ถือเป็นวิกฤตสาธารณสุขระดับโลกที่คร่าชีวิตผู้คนมากกว่าโรคมะเร็งบางชนิด จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) จำนวน 48.9 ล้านรายทั่วโลก[2] และมีผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 11 ล้านราย ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนถึง 20% ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก หรือเทียบเท่าการสูญเสียประชากรทั้งเมืองใหญ่หนึ่งเมืองภายในปีเดียว ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยถูกจัดให้เป็นหนึ่งในประเทศที่มีอุบัติการณ์สูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี ซึ่งมีอัตราการเกิด sepsis สูงถึง 62% ของผู้ป่วยทั้งหมด[3]

สำหรับประเทศไทย ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 จำนวน 21,036 ราย เป็น25,189 ราย ในปี พ.ศ. 2565 และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 38.7 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2565[4] ซึ่งเป็นตัวเลขที่สะท้อนถึงความรุนแรงและภาระโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เกิดจากการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบทางเดินหายใจ (ปอดอักเสบ), ระบบทางเดินปัสสาวะ (กรวยไตอักเสบ), ระบบทางเดินอาหาร (ลำไส้อักเสบ), การติดเชื้อจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำหรือสายสวนปัสสาวะ รวมถึงแผลติดเชื้อที่ลุกลาม เชื้อโรคหรือพิษจากเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ร่างกายตอบสนองด้วยการอักเสบทั่วร่างกายอย่างรุนแรง อาการเริ่มต้นมักมีไข้สูง หนาวสั่น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว รู้สึกอ่อนเพลีย ซึม สับสน ปัสสาวะลดลง และผิวหนังอาจมีจุดแดงหรือรอยช้ำที่ลุกลาม หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาการจะรุนแรงขึ้นจนเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ (ช็อก) ซึ่งทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่เพียงพอ และเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดฝอย (DIC), ไตวายเฉียบพลัน, ปอดล้มเหลว (ARDS), เนื้อตายเน่า (gangrene) และภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง[1]

การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลและลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะดังกล่าว โดยมีการนำทฤษฎีทางการพยาบาล เช่น ทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างแนวทางการดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย การประยุกต์ใช้ทฤษฎีเหล่านี้ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินภาวะผู้ป่วยได้อย่างละเอียดและวางแผนการดูแลที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดยังรวมถึงการประเมินอาการและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด เช่น การวัดความดันโลหิต อัตราการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว และปริมาณน้ำเข้า-ออก เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะช็อกหรือไตวาย การดูแลทางการพยาบาลจึงต้องเป็นแบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยพยาบาลต้องประสานงานกับทีมสหวิชาชีพอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การรักษาและฟื้นฟูเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย[5] นอกจากนี้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร มีการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล เช่น “MDH Sepsis tool” ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถคัดกรองและดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยการกำหนดบทบาทพยาบาลผู้ประสานงานในแต่ละหอผู้ป่วย เพื่อประสานงานและถ่ายทอดความรู้ให้กับทีมพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานผ่านการสนทนากลุ่มและการอบรมฟื้นฟูความรู้เป็นประจำ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแนวทางมาตรฐานและทันสมัย[6]

สำหรับอำเภอกันทรวิชัยในปี 2565 โรงพยาบาลกันทรวิชัยรายงานว่ามีผู้ป่วย sepsis จำนวน 2,077 ราย โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 38.04%[7] ซึ่งถือว่าสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ปัญหาหลักที่พบในการดูแลรักษาผู้ป่วย sepsis ได้แก่ ความล่าช้าในการวินิจฉัย เนื่องจากขาดเครื่องมือตรวจเชื้ออย่างรวดเร็ว ข้อจำกัดด้านบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลเฉพาะทางในหอผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงการสื่อสารระหว่างทีมรักษาที่ยังไม่เป็นระบบ และการเข้าถึงยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อดื้อยาไม่เพียงพอ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษา รูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลที่บูรณาการแนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อลดอัตราตายและภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมิถุนายน 2568 ถึง กันยายน 2568 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือน มิถุนายน 2568 ถึง กันยายน 2568 คัดเลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์และการคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือน มิถุนายน 2568 ถึง กันยายน 2568 2) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ตลอดการวิจัยด้วยความสมัครใจ 3) สามารถพูดคุย ให้ข้อมูลในการทำแบบสอบถามได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) 1) ไม่สมัครใจให้ข้อมูล 2) ไม่อยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยมีกิจกรรม/ขั้นตอนของรูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด การกำหนดแนวการดูแล การดำเนินการตามแนวการดูแลทางการพยาบาล และการสรุปผลการดำเนินการตามแนวการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เวชระเบียน

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด

1.1 ศึกษาข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เคยรับการรักษาที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย

1.2 วิเคราะห์รูปแบบการดูแลและปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย

1.3 รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อัตราการเสียชีวิต ระยะเวลารักษา และภาวะแทรกซ้อน

1.4 สัมภาษณ์หรือสอบถามเจ้าหน้าที่พยาบาลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและอุปสรรคในการดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดแนวการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด

2.1 นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์มาพัฒนาและออกแบบรูปแบบการดูแลทางการพยาบาลที่เหมาะสม

2.2 กำหนดกิจกรรมและขั้นตอนการดูแล เช่น การติดตามอาการ การให้ยาปฏิชีวนะ การดูแลภาวะแทรกซ้อน

2.3 จัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการตามแนวการดูแลทางการพยาบาล

3.1 นำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

3.2 ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างเป็นระบบ

3.3 ดตามและบันทึกข้อมูลการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยในระหว่างการทดลอง

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผลการดำเนินการตามแนวการดูแลทางการพยาบาล

4.1 รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการดูแล

4.2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินการ เช่น การลดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลารักษา หรือความพึงพอใจของผู้ป่วย

4.3 สรุปข้อดี ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ รูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยมีกิจกรรม/ขั้นตอนของรูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด การกำหนดแนวการดูแล การดำเนินการตามแนวการดูแลทางการพยาบาล และการสรุปผลการดำเนินการตามแนวการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ผลการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแส พบว่า มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานได้แก่ การลงบันทึกข้อมูลยังไม่ครอบคลุม เช่น ลืมลงข้อมูลsepsis protocol ในระบบ Neohos และผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุ มีโรคประจำตัวร่วม มีการเข้าถึงบริการล่าช้า

2. รูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบระบบ ประชุมคณะกรรมการ ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะ Sepsis ทบทวน case sepsis การเจาะ Serum lactate รพช. การติดตามผลการดำเนินงาน การร่วมกันพิจารณาปรับ Standing sepsis และการจัดทำแนวทาง CPG Pre-Sepsis เพื่อดูแลผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะ sepsis ในภายหลัง โดยเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัว

3. ผลของรูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

3.1 ความเข้าใจของบุคลากรต่อกิจกรรมในการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด

3.2 การเปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรต่อกิจกรรมในการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความเข้าใจของบุคลากรต่อกิจกรรมในการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม หลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรต่อกิจกรรมในการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความเข้าใจ	2.72	0.33	4.67	0.14	34	-28.055	.000	-2.09279	-1.81007

จากตารางที่ 1 ความเข้าใจของบุคลากรต่อกิจกรรมในการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความเข้าใจของบุคลากรต่อกิจกรรมในการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม หลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ

3.3 จากการดำเนินการรูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม สามารถสรุปผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด ได้ดังต่อไปนี้

1. ร้อยละการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ด้วย sepsis screening tools อย่างน้อย 2 ชนิด ร้อยละ 100

2. ร้อยละการปฏิบัติตาม Sepsis Protocol ครบถ้วน ร้อยละ 100

3. ร้อยละการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic ร้อยละ 100

4. ร้อยละการได้รับ Antibiotic (onset to needle time) ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย ร้อยละ 100

5. อัตราการได้รับสารน้ำอย่างน้อย 1,500 cc ใน 1 ชั่วโมงแรก หลังการวินิจฉัย sever sepsis/septic shock (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ร้อยละ 100

6. อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงวิกฤต (blood lactate ชั่วโมงที่ 0 > 2 mmol/L) ได้รับการดูแลแบบวิกฤตด้วย sepsis fast track ภายใน 1 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 100

7. อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงวิกฤต (blood lactate ชั่วโมงที่ 0 > 2 mmol/L) ได้รับการเจาะ blood lactate ชั่วโมงที่ 0 และ 3 ชั่วโมง ครบถ้วน ร้อยละ 100

8. ร้อยละการทบทวนการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังการส่งต่อ ร้อยละ 100

3.4 Best practice ได้แก่ การพัฒนากระบวนการทบทวนการเสียชีวิตร่วมกับสหวิชาชีพและทีม PCT และ การพัฒนาแนวการการดูแลผู้ป่วย Sepsis ปรับตามบริบทของโรงพยาบาล

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแส พบว่า มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานได้แก่ การลงบันทึกข้อมูลยังไม่ครอบคลุม เช่น ลืมลงข้อมูลsepsis protocol ในระบบ Neohos และผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุ มีโรคประจำตัวร่วม มีการเข้าถึงบริการล่าช้า สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ปิยนุช อนุแก่นทราย และคณะ[9] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของ ทีมสหวิชาชีพและภาคี

เครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Mutual collaborative action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาและประเมินผลลัพธ์รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในอำเภอธวัชบุรีมีปัญหาในประเด็นเรื่องการเข้าถึงบริการการรักษาที่ล่าช้าและการสื่อสารของทีมสหสาขาวิชาชีพ บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การซักประวัติยังไม่ครอบคลุมทำให้การวินิจฉัย การรักษา/ส่งต่อล่าช้า ผู้ป่วยขาดความรู้และขาดความตระหนัก เนื่องจากผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลความก้าวหน้าของการรักษาไม่เพียงพอ ขาดความต่อเนื่องของการให้ข้อมูล ทำให้ญาติและครอบครัวบางรายเกิดความวิตกกังวล และไม่พึงพอใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัลธริตา เจริญพงษ์ ได้ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช เพื่อศึกษาอัตราการเสียชีวิต ลักษณะทางคลินิก การรักษา ผลการรักษาและปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผลการศึกษาพบว่า การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและมีอัตราเสียชีวิตสูง การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอวัยวะทำงานบกพร่อง ระบบสมองและภาวะเลือดเป็นกรด การให้สารน้ำอย่างเหมาะสมเพื่อให้ได้เป้าหมายคือปัสสาวะออกและไม่เกิดภาวะไตวาย ช่วยลดอัตราเสียชีวิตได้[10]

ผู้วิจัยจึงได้จัดทำรูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย การจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบระบบ ประชุมคณะกรรมการ ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะ Sepsis ทบทวน case sepsis การเจาะ Serum lactate รพช. การติดตามผลการดำเนินงาน การร่วมกันพิจารณาปรับ Standing sepsis และการจัดทำแนวทาง CPG Pre-Sepsis เพื่อดูแลผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะ sepsis ในภายหลัง โดยเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัว ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย SEVERE SEPSIS และ SEPTIC SHOCK[11] ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญ คือการรักษาเพื่อหยุดยั้งการลุกลามของภาวะติดเชื้อและป้องกันอวัยวะล้มเหลวที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิต ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลร่วมกันอย่างใกล้ชิดโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อผลลัพธ์ที่ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรชัย วงษ์สาสม[12] ได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis จากกรณีศึกษาผู้ป่วยมีอาการป่วยมาหลายวัน รับประทานยาแล้วไม่ดีขึ้น ไม่กล้าบอกลูกและสามี เนื่องจากเกรงใจและกลัวเป็นภาระ อาการแรกรับผู้ป่วยยังมีอาการรู้สึกตัวถามตอบรู้เรื่อง อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/78 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 99% คัดกรองผู้ป่วยอยู่ใน zone urgency ต่อมาผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเข้าสู่ภาวะ Severe Sepsis และ Sepsis shock พยาบาลสามารถดักจับอาการเปลี่ยนแปลง (Early detection) รายงานแพทย์อย่างรวดเร็ว ย้ายผู้ป่วยมาที่ resuscitation และให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Severe Sepsis และ Sepsis shock ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ทดแทนอย่างเพียงพอ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดเพื่อเพิ่มความดันโลหิต การส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ การได้รับยาปฏิชีวนะที่รวดเร็ว เพื่อให้พ้นระยะช็อกอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช อนุแก่นทราย และคณะ[9] โดยพบว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ดที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบสำคัญ 4

ประการ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเพื่อการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว องค์ประกอบที่ 2) กลไกการเฝ้าระวังและค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในชุมชนอย่างรวดเร็วโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน องค์ประกอบที่ 3) ระบบการเข้าถึงบริการการรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือดและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว (Fast Track) และองค์ประกอบที่ 4) นโยบายชัดเจนและมีการทำงานเป็นทีมสอดประสานแบบไร้รอยต่อ

จากการดำเนินงานส่งผลให้ความเข้าใจของบุคลากรต่อกิจกรรมในการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ความเข้าใจของบุคลากรต่อกิจกรรมในการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความเข้าใจของบุคลากรต่อกิจกรรมในการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม หลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการและสามารถผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิดา จินดากุล, ชญาภา เยยโพธิ์[13] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ หลังนำไปใช้พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 27.50 เป็น 36.62 ผู้ป่วยเข้า Sepsis fast track เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.50 เป็น 94.12 เจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.83 เป็น 100.00 ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.66 เป็น 100.00 และการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 ml./kg./hr เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 41.66 เป็น 98.03 และไม่พบเสียชีวิต การปฏิบัติตามระบบ ร้อยละ 100.00 ความพึงพอใจบุคลากรอยู่ในระดับมาก ซึ่งค่าคะแนนความรู้ และความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001)

นอกจากนี้ยังเกิด Best practice ได้แก่ การพัฒนากระบวนการทบทวนการเสียชีวิตร่วมกับสหวิชาชีพ และทีม PCT และ การพัฒนาแนวการการดูแลผู้ป่วย Sepsis ปรับตามบริบทของโรงพยาบาล สอดคล้องกันกับการศึกษาของ นันทรัตน์ โกษาแสง[14] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตและบันทึกด้วยโปรแกรม IPD Paperless หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) กลไกการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ส่วนผลลัพธ์ พบว่า คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ด้านการประเมินและเฝ้าระวัง ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดพบว่า หลังการใช้รูปแบบการบันทึกคะแนน SOS Score ในบันทึกทางการพยาบาลและการทำกิจกรรมตามคะแนน SOS Score เพิ่มขึ้นโดยพบว่า การบันทึกคะแนน SOS Score ในบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 96.67 (χ^2= 5.172, p-value = 0.023) และการทำกิจกรรมตามคะแนน SOS Score เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.00 เป็นร้อยละ 96.67 (χ^2=4.137, p-value = 0.04) และการประเมินความรุนแรงแรกรับโดย SOS Score เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.33 เป็นร้อยละ 96.67 (χ^2=6.724, p-value =0.01) การรักษา

ตาม Sepsis Bundles มีแนวโน้มดีขึ้น ระยะเวลาตั้งแต่ เริ่มคัดกรองถึงวินิจฉัย มีระยะเวลาเฉลี่ยลดลง โดยพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยลดลงจาก 90.8 นาที (S.D. = 60.58) เป็น 60.73 นาที (S.D. = 36.90) (Z=2.167 , p-value = 0.030) การดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อกระแสเลือดจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.00 เป็นร้อยละ 93.00 จำนวนผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อ ลดลงจากร้อยละ 26.00 เป็นร้อยละ 10.00 จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือด ลดลงจากร้อยละ 6.60 เป็นร้อยละ 0.00 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร นนทภา[15] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติ ระยะที่ 3 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กพัฒนาและปรับปรุง และระยะที่ 4 นำสู่การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร ครอบคลุมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 4 ระยะ คือ การพยาบาลระยะแรกรับ การพยาบาลเบื้องต้น การพยาบาลระยะต่อเนื่องและการพยาบาลระยะจำหน่าย ประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติฯ ด้านผู้รับบริการ ดังนี้ (1) ระยะเวลาที่ได้รับคัดกรองเข้า Sepsis fast track เฉลี่ย 8 นาที (Mean = 7.02) ระยะเวลาการเจาะเลือดเพาะเชื้อเฉลี่ย 22 นาที (Mean =21.11) และระยะเวลาการได้รับยาปฏิชีวนะเฉลี่ย 37 นาที (Mean = 36.56) หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านผู้รับบริการดีขึ้น โดยระยะเวลาการเจาะเลือดเพาะเชื้อหลังการพัฒนาแตกต่างจากก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01) (2) การได้รับสารน้ำเพียงพอภายใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 100 มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) ผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติด้านผู้ให้บริการ พบว่า (3) แนวปฏิบัติฯ สามารถปฏิบัติตามได้ทุกกิจกรรมของการพยาบาลทุกระยะอยู่ในระดับมากที่สุด (4) ความพึงพอใจของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.67, S.D. = 0.48)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย การจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบระบบ ประชุมคณะกรรมการ ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะ Sepsis ทบทวน case sepsis การเจาะ Serum lactate รพช. การติดตามผลการดำเนินงาน การร่วมกันพิจารณาปรับ Standing sepsis และการจัดทำแนวทาง CPG Pre-Sepsis เพื่อดูแลผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะ sepsis ในภายหลัง โดยเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัว จึงควรส่งเสริมให้มีการนำไปใช้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษา รูปแบบการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือด ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพต่างกันเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Cecconi M, Evans L, Levy M, Rhodes A. Sepsis and septic shock. Lancet. 2018 Jul 7;392(10141):75-87. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30696-2.
2. World Health Organization. (2020). WHO calls for global action on sepsis - cause of
1 in 5 deaths worldwide. https://www.who.int/news/item/08-09-2020-whocallsfor-global-action-on-sepsis---cause-of-1-in-5-deaths-worldwide
3. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, Colombara DV, Ikuta KS, Kissoon N, Finfer S, Fleischmann-Struzek C, Machado FR, Reinhart KK, Rowan K, Seymour CW, Watson RS, West TE, Marinho F, Hay SI, Lozano R, Lopez AD, Angus DC, Murray CJL, Naghavi M. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet. 2020 Jan 18;395(10219):200-211. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32989-7.
4. กองยุทธศาสตรและแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถิติสาธารณสุข 2565. ออนไลน์ https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf
5. ทัศนี รอดภัย.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566. 56-67
6. ประกายดาว จานนอก.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีที่ 8 ฉบับที่ 16 : กุมภาพันธ์ 2567 - พฤษภาคม 2567
7. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลกันทรวิชัย. (2566) รายงานว่ามีผู้ป่วย sepsis. โรงพยาบาลกันทรวิชัย
8. โรงพยาบาลศิริราช. (2556). แนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shockโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2556) สืบค้นจาก https://www2.si.mahidol.ac.th/km/knowledgeassets/sirirajknowledge/sepsis/3545/
9. ปิยนุช อนุแก่นทราย พรธิดา แสนสวนจิตร สุพัตรา พรมวงค์.(2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 197 - 209
10. ลัลธริตา เจริญพงษ์.(2563) อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. วารสารแพทย์ เขต 4-5 ปีที่ 39 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2563
11. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.(2558). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย SEVERE SEPSIS และ SEPTIC SHOCK (ฉบับร่าง) พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/HA/miniconf/5.pdf
12. ฉัตรชัย วงษ์สาสม.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis. รายงานวิจัย. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์
13. ชลธิดา จินดากุล, ชญาภา เยยโพธิ์.(2567). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 8(15) 92-107
14. นันทรัตน์ โกษาแสง.(2566). พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตและบันทึกด้วยโปรแกรม IPD Paperless หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลบึงโขงหลง
15. ศศิธร นนทภา.(2566). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร. ยโสธรเวชสาร. 25(2). 69-85

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา

Nursing Care for a Patient with Ectopic Pregnancy and Shock: A Case Study.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

ดาวเรือง สอนน้อย[1]
Daoruang Sonnoi

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา ทำการวิเคราะห์ปัญหา ดำเนินการวางแผนให้การพยาบาล ดำเนินการให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ตามแบบแผนประเมินสุขภาพของกอร์ดอน และประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม

ผลการศึกษา พบว่าหญิงไทย อายุ 38 ปี มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจสูติ-นรีเวช ด้วยอาการปวดท้องน้อยข้างขวา หน้ามืดเป็นลม 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประจำเดือนวันแรกของครั้งสุดท้าย (last menstrual period: LMP) 25 มกราคม 2567 ไม่ได้คุมกำเนิด แรกรับ ท้องอืด กดเจ็บบริเวณท้องน้อยด้านขวา tender suprapubic ซีด เหงื่อออก ตัวเย็น มีอาการปวดท้องมากขึ้น ตรวจภายในพบว่ามีตกขาวปนเลือด ทำ TVS พบ free fluid + clotted blood positive แพทย์วินิจฉัยว่า ruptured ectopic pregnancy with hypovolemic shock ให้ส่งแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อ set OR for Explor lap emergency ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยเข้ารับการตัดด่วนภายใน 30 นาที หลังผ่าตัดส่งผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยนรีเวช ได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวม อาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน นัด 1 สัปดาห์ ตัดไหมและนัดฟังผลชิ้นเนื้อ
คำสำคัญ : การพยาบาล สตรีตั้งครรภ์นอกมดลูก ช็อก

Abstract

This study is a case study aimed at providing nursing care for a patient with ectopic pregnancy complicated by shock. Data were collected through a review of the patient's medical records regarding treatment, problem analysis, nursing care planning, implementation of nursing interventions, and evaluation of nursing outcomes. The process was guided by Gordon's functional health patterns assessment and applied Orem's nursing theory.

Results: The case involved a 38-year-old Thai woman who presented at the outpatient obstetrics and gynecology clinic with complaints of right lower abdominal pain and fainting for 3 hours prior to hospital admission. Her last menstrual period (LMP) was January 25, 2024, and she had not used contraception. On initial examination, she had abdominal distension, right lower abdominal tenderness, suprapubic tenderness, pallor, sweating, cold extremities, and worsening abdominal pain. A pelvic examination revealed vaginal discharge mixed with blood. Transvaginal sonography (TVS) showed free fluid with clotted blood. The physician diagnosed ruptured ectopic pregnancy with hypovolemic shock and referred the patient to the emergency department for preparation and immediate exploratory laparotomy. The patient was provided with both physical and psychological preoperative preparation and underwent emergency surgery within 30 minutes. Postoperatively, she was admitted to the gynecology ward where she received holistic nursing care. Her condition gradually improved, and she was discharged upon medical approval after a total hospitalization period of 3 days. She was scheduled for follow-up within one week for suture removal and histopathological results.
Keywords: Nursing care Ectopic pregnancy Shock

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระพุทธบาท

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic Pregnancy) เป็นภาวะฉุกเฉินทางนรีเวช และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดของการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก ถ้าตรวจพบได้เร็วผลการดูแลรักษาจะประสบผลสำเร็จ ซึ่งการรักษาที่ใช้โดยการผ่าตัดหรือใช้ยา Methotrexate จากสถิติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกพบประมาณร้อยละ 0.5-0.75 หรือประมาณ 1:125 ถึง 1:200 ของการคลอดทั้งหมด แต่ในช่วง 10 ปีหลัง พบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์นอกมดลูกเพิ่มขึ้น 3 เท่า และเป็นสาเหตุทำให้มารดาเสียชีวิตเป็นอันดับ 4[1]

จากสถิติโรงพยาบาลพระพุทธบาท ระหว่างปี 2564-2566 พบการตั้งครรภ์นอกมดลูก 16, 20 และ 13 ราย และเกิดการแตกของท่อนำไข่ (Ruptured ectopic pregnancy) จำนวน 9, 8 และ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.25, 40 และ 38.46 ตามลำดับ[4] การตั้งครรภ์นอกมดลูกจึงเป็นความเสี่ยงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมินภาวะช็อกให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ให้การช่วยเหลือแก้ไขภาวะช็อกและเตรียมผ่าตัดอย่างเร่งด่วน จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต[2, 3] ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การซักประวัติคัดกรอง ประเมินอาการ การบรรเทาความเจ็บปวด และดูแลต่อเนื่องจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อก เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำและรวดเร็ว สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตจากการวินิจฉัยล่าช้าหรือผิดพลาด[5, 6, 7]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การประเมินและวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระพุทธบาท โดยดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 20 มีนาคม 2567 – 30 มิถุนายน 2567

ขั้นตอนวิธีการดำเนินการ

1. ศึกษาปัญหา อุบัติการณ์ผู้ป่วย ที่เข้าการรักษาในโรงพยาบาลพระพุทธบาท
2. เลือกเรื่องที่ต้องการจะศึกษา
3. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อก โดยศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร งานวิจัย website เพื่อพัฒนาความรู้ของตนเองให้มีพื้นฐานและความเข้าใจที่ถูกต้อง
4. คัดเลือกกรณีศึกษาเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระพุทธบาท จำนวน 1 ราย ระหว่างปี 2566-2568
5. นำทฤษฎีทางการพยาบาล มาประยุกต์ใช้ในการทบทวน กรณีศึกษาโดยปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวน การพยาบาล คือการรวบรวมปัญหาทางการพยาบาล การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลตามแบบแผนประเมินสุขภาพของกอร์ดอน และประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการประเมินผลทางการพยาบาล[8, 9, 10]
6. สรุปกรณีศึกษา

7. ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และทำการแก้ไขตามคำแนะนำ

8. รวบรวมและจัดพิมพ์รายงานผลการศึกษาเป็นรูปเล่ม และตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

หญิงไทย อายุ 38 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพแม่บ้าน ชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า G2P1Ab0L1 last 9 ปี มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจสูติ-นรีเวช วันที่ 20 มีนาคม 2567

อาการสำคัญ ปวดท้องน้อยข้างขวา หน้ามืดเป็นลม 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน G2P1Ab0L1 last 9 ปี ประจำเดือนวันแรกของครั้งสุดท้าย (last menstrual period: LMP) 25 มกราคม 2567 ไม่ได้คุมกำเนิด 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องน้อยข้างขวา หน้ามืดเป็นลม จึงมาตรวจที่โรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว โรคร้ายแรงใด ๆ

ประวัติการแพ้ยา อาหารและสารอื่น ๆ ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร และสารเคมี

การประเมินแบบแผนของกอร์ดอน11 แบบแผน พบว่ามีแบบแผนที่ผิดปกติ 4 แบบแผน ดังนี้ จากการซักประวัติ

1) แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยมีเลือดออกทางช่องคลอดมาก ปวดท้องน้อยด้านขวามากจนเป็นลม สามีจึงพามาตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์แจ้งว่าตนตั้งครรภ์นอกมดลูกต้องรักษาด้วยการผ่าตัด

2) แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อตรงเวลา ไม่เคยมีประวัติแพ้อาหาร ดื่มน้ำประมาณ 8-10 แก้วต่อวัน ชอบดื่มน้ำอัดลม วันนี้รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ และต้องงดน้ำงดอาหารทางปากเพื่อเตรียมผ่าตัด

3) แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยแต่งงานมาประมาณ 15 ปี ไม่ได้คุมกำเนิด ประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุกเดือน ครั้งละ 3-4 วัน ประจำเดือนครั้งสุดท้าย 25 มกราคม 2567 การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก

4) แบบแผนความเครียดและความทนทานต่อความเครียด ที่ผ่านมาผู้ป่วยไม่มีภาวะวิกฤติในชีวิต เมื่อมีปัญหา ส่วนใหญ่จะปรึกษาสามี ไม่เคยใช้ยา สุรา หรือสิ่งอื่นใดเพื่อระงับความเครียด ขณะนี้วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากเป็นการผ่าตัดเร่งด่วน ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน และกลัวได้รับอันตรายจากการผ่าตัด

การตรวจร่างกาย

รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 86 กิโลกรัม สูง 158 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 34.44 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สัญญาณชีพ ชีพจรเบาเร็ว 114 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/56 มิลลิเมตรปรอท ตั้งครรภ์ได้ 7 สัปดาห์ 9 วัน แรกรับ ท้องอืด กดเจ็บบริเวณท้องน้อยด้านขวา tender suprapubic ซีด เหงื่อออก ตัวเย็น มีอาการปวดท้องมากขึ้น ประจำเดือนวันแรกของครั้งสุดท้าย (last menstrual period: LMP) 25 มกราคม 2567 ไม่ได้คุมกำเนิด วัดสัญญาณชีพซ้ำ ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/50 มิลลิเมตรปรอท

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษอื่น ๆ ผลโลหิตวิทยา พบค่าฮีโมโกลบิน 12.9 gm/dl ฮีมาโตคริท 38.4% เม็ดเลือดขาวนิวโตรฟิลส์ 91%

อัลตร้าซาวน์ทางช่องคลอด พบ minimum free fluid

ทำ TVS พบ free fluid + clotted blood positive

การวินิจฉัยโรค : ตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับช็อก (Ruptured ectopic pregnancy with hypovolemic shock)

การรักษา : การผ่าตัด Explor lap Ruptured right tubal pregnancy emergency

การวางแผนและให้การพยาบาล

กรณีศึกษารายนี้ หญิงไทย อายุ 38 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพ แม่บ้าน ชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า G2P1Ab0L1 last 9 ปี มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจสูติ-นรีเวช วันที่ 20 มีนาคม 2567 ด้วยอาการปวดท้องน้อยข้างขวา หน้ามืดเป็นลม 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประจำเดือนวันแรกของครั้งสุดท้าย (last menstrual period: LMP) 25 มกราคม 2567 ไม่ได้คุมกำเนิด สัญญาณชีพ ชีพจรเบาเร็ว 114 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/56 มิลลิเมตรปรอท ตั้งครรภ์ได้ 7 สัปดาห์ 5 วัน แรกรับ ท้องอืด กดเจ็บบริเวณท้องน้อยด้านขวา tender suprapubic ซีด เหงื่อออก ตัวเย็น มีอาการปวดท้องมากขึ้น วัดสัญญาณชีพซ้ำ ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/50 มิลลิเมตรปรอท ดูแลจัดให้นอนรถนอน รายงานแพทย์ส่งเข้าตรวจ

ระยะก่อนตรวจรักษา คัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วย จัดลำดับความรุนแรงเร่งด่วน พบว่าผู้ป่วยมาโดยรถนั่ง รู้สึกตัว พูดคุยรู้เรื่อง พยาบาลคัดกรองได้ทำการคัดแยกจัดให้เข้าตรวจพบแพทย์เป็นลำดับแรก ประเมินผู้ป่วยด้านร่างกายสัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง อาการแสดง อาการแสดงที่พบแรกรับผู้ป่วยมีอาการปวดท้องรอบสะดือระดับ 3 มีเลือดออกช่องคลอดสีแดงคล้ำออกเล็กน้อย ความดันโลหิต 117/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ส่งตรวจ Urine preg Test ผล positive พยาบาลได้ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วยมีสีหน้ากังวลเกี่ยวกับโรค หลังประเมินผู้ป่วยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อรอพบแพทย์ พยาบาลจัดเตรียมเอกสาร ประวัติผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระหว่างรอตรวจประเมินซ้ำ และเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ และค้นหาปัญหาเพิ่มเติม ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย ควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุ โดยจัดพื้นที่ให้ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ไม่แออัด บรรเทาอาการไม่สุขสบาย/รบกวนของผู้ป่วยในขณะรอตรวจ ผู้ป่วยบ่นไม่สุขสบายตัว ปวดแน่นท้องมากขึ้น ระดับ 5 ยังมีเลือดออกซึม ๆ ความดันโลหิต 92/64 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ดูแลจัดรถนอน รายงานแพทย์ให้ส่งเข้าตรวจ

ปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้ 1) ไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง การพยาบาล สร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยแสดงออกทางวาจาและกิริยาท่าทาง สนทนากับผู้ป่วยในระดับเสียงที่เหมาะสม ยิ้มแย้ม มีท่าทีเป็นมิตร เปิดเผย ผ่อนคลาย จัดให้นอน fowler’s position ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-40 องศา จัดให้สะโพกอยู่ตรงบริเวณรอยพับเตียงเพื่อป้องกันหลังโค้งงอและปรับให้ระดับปลายเตียงสูง 10-20 องศา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกปอดขยายตัวได้ดีทำให้ผนังหน้าท้องหย่อนตัวลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้องเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดท้องให้ลดลง จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมดูแลให้อยู่ในที่เงียบสงบปราศจากแสงและเสียงรบกวนอุณหภูมิพอดีไม่เย็นหรือร้อนจนเกินไป เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้ วัดสัญญาณชีพและ pain score เพื่อประเมินสภาพอาการ อาการ

เปลี่ยนแปลงและความรุนแรงของอาการปวด ถ้าปวดท้องมาก หรือพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อแผนการรักษา เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด เช่น กำหนดลมหายใจและฝึกปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ ลึก ๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปากยาว ๆ นับเป็น 1 ครั้งทำต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ **ประเมินผล** สีหน้าผ่อนคลาย ดูสดชื่นขึ้น Pain score ลดลด 2 คะแนน ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนรถนอนได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที **2) ช็อก จากการแตกของท่อนำไข่และมีเลือดออกในช่องท้อง การพยาบาล** ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินอาการและอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินค่าอิ่มตัวของออกซิเจนควรมีค่าไม่ต่ำกว่า 95% และการสอบถามอาการอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ สังเกตความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น แสดงถึงภาวะช็อก รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบสัญญาณชีพผิดปกติ จัดรถนอนจัดท่าให้นอน สบายดีที่สุดคือท่านอนราบยกเท้าสูงประมาณ 20-30 องศา ลำตัวราบและศีรษะอยู่ในระดับเดียวกับหน้าอก หัวเข่าตรง ไม่ควรจัดให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะต่ำหรือท่า trendelenburg เพราะจะมีผลกระตุ้นเออออร์ติก และแคโรติกรีเฟล็กซ์ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอทำให้อวัยวะในช่องท้องดันกับกระบังลมทำให้ช่องอกขยายไม่เต็มที่หลอดเลือดโคโรนารีได้เลือดบรรจุไม่เพียงพอเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงได้ สังเกตและประเมินอาการปวดท้อง ท้องอืด จุกแน่นหน้าอก เพื่อเฝ้าระวังอาการมีเลือดออกในช่องท้อง ถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์ทันที ดูแลจัดลำดับคิวเข้าตรวจลำดับแรกและรายงานแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษา **ประเมินผล** ไม่เกิดภาวะช็อกขณะรอตรวจ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที **3) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การพยาบาล** ให้ข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เข้าใจการดำเนินของโรคและแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและให้ผู้ป่วยคลายกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามประเด็นสงสัยและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเพื่อความร่วมมือในการรักษา ประเมินความเข้าใจหลังการอธิบายโดยการสุ่มถามจากผู้ป่วยและญาติ ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษาและร่วมในกิจกรรมพยาบาล **ประเมินผล** ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยพักผ่อนได้

ระยะขณะตรวจรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาตามลำดับหรือตามความเร่งด่วน ระบุความถูกต้องของตัวบุคคล แพทย์ตรวจภายในและตรวจอัลตร้าซาวน์ทางช่องคลอด ดูแลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ให้คำแนะนำขั้นตอนการตรวจ เฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ป่วยขณะตรวจรักษา อำนวยความสะดวกในการตรวจรักษาของแพทย์ ดูแลจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนหงายชันเข่า ตรวจภายในพบว่ามีตกขาวปนเลือด ทำ TVS พบ free fluid + clotted blood positive แพทย์วินิจฉัยว่า ruptured ectopic pregnancy with hypovolemic shock แพทย์แจ้งผลวินิจฉัยกับผู้ป่วยว่าตั้งครรภ์นอกมดลูก แผนการรักษา ต้องทำผ่าตัด หลังทราบผลและแผนการรักษา ผู้ป่วยมีสีหน้าตกใจ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก พยาบาลเป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค การติดต่อ อาการ และแผนการรักษาของแพทย์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ซักถามประเด็นข้อสงสัยหรือเป็นกังวลระหว่างรอพบแพทย์พยาบาลประเมินและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ขณะรอตรวจ

ปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้ 1) วิตกกังวลกลัวการตรวจภายในและการตรวจอัลตร้าซาวน์ทางช่องคลอด การพยาบาล ดูแลให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษา ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลของผู้ป่วยตรงกับเอกสาร ได้แก่ เวช

ระเบียนผลการตรวจต่าง ๆ เพื่อป้องกันไม่เกิดการรักษาผู้ป่วยผิดคน เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้ารับการตรวจรักษาได้แก่ ดูแลให้เปลี่ยนผ้าถุง ปัสสาวะก่อนตรวจ เพื่อความพร้อมในการตรวจภายใน อธิบายขั้นตอนการตรวจรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา จัดท่าผู้ป่วยในท่า Lithotomy การจัดท่าขึ้นขาหยั่งนี้จะทำให้ข้อสะโพกงอเป็นมุม 80-100 องศากับลำตัวและกางออก 30-45 องศา จากแนวกลางลำตัวมีผลต่อระบบไหลเวียนเลือดมีผลเพิ่ม cardiac output เมื่อมีการยกขาทั้งสองข้างสูงขึ้นมีผลให้ปริมาณเลือดดำที่ไหลเข้าสู่หัวใจมากขึ้น และคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวไม่เปิดเผยร่างกายบริเวณมิดชิด ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะตรวจรักษา ได้แก่ ดูแลช่วยพาผู้ป่วยขึ้น-ลงเตียงตรวจภายในดูแลจัดท่าสำหรับการตรวจภายใน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะตรวจรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามประเด็นสงสัยเพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจรักษาและเรื่องที่เกี่ยวข้องให้กระจ่างและชัดเจน **ประเมินผล** สีหน้าคลายกังวล ให้ความร่วมมือ และปฏิบัติตามคำแนะนำดี

การพยาบาลระยะหลังการตรวจรักษา แพทย์วินิจฉัย ruptured ectopic pregnancy with hypovolemic shock ให้ส่งแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อ set OR for Explor lap emergency ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล ไม่ค่อยพูด พยาบาลให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเกี่ยวกับการนอนโรงพยาบาล เตรียมเอกสาร ประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย แผนการรักษากับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่งต่อประวัติผู้ป่วย อาการต่าง ๆ แผนการรักษาของแพทย์ และแผนการพยาบาลที่จะต้องปฏิบัติให้กับผู้ป่วย และปัญหาต่าง ๆ ที่ยังต้องแก้ไข ตรวจวัดสัญญาณชีพ สังเกตระดับความรู้สึกตัว และจดบันทึกลงเอกสารทางการพยาบาลเพื่อเป็นหลักฐานในการดูแลอย่างต่อเนื่อง จัดเตรียมเวชระเบียนผู้ป่วย เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้พร้อมไปกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยนำส่งผู้ป่วยไปแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างเร่งด่วน

ปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้ 1) ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค แนวทางการรักษาของแพทย์ และการผ่าตัด การพยาบาล ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารให้ตรงกับผู้ป่วย ได้แก่ คำสั่งการรักษา เอกสารเกี่ยวกับการประสานงาน โดยติดสติ๊กเกอร์ระบุ ชื่อ นามสกุล HN ให้ชัดเจน เพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีความเสี่ยงสูง หากเกิดการแตกของท่อนำไข่จะทำให้มีเลือดออกในช่องท้องและเกิดภาวะช็อกได้ อาจทำให้มีอันตรายถึงชีวิตได้ และขั้นตอนการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนวันที่ต้องนอนโรงพยาบาลประมาณ 3-4 วัน เพื่อให้ผู้ป่วยยินยอมร่วมมือในการรักษาพยาบาล และของใช้ที่ต้องเตรียมสำหรับนอนโรงพยาบาล ได้แก่ ผ้าเช็ดตัวผืนเล็กสำหรับใช้หลังกลับจากห้องผ่าตัด สบู่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน เป็นต้น ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา เปิดเส้นให้ 0.9% NSS 1,000 ml iv drip 100 ml/hr ด้วย IV CATHETER ขนาดใหญ่ (No. 18-20) ตามแผนการรักษา **ประเมินผล** ผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษา ผู้ป่วยเซ็นยินยอมผ่าตัด และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล **2) วิตกกังวลเรื่องสิทธิบัตรและค่ารักษาพยาบาล การพยาบาล** เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ให้ความสนใจพร้อมที่จะตอบคำถามด้วยความเต็มใจภาษาพูดชัดเจนและเข้าใจง่ายเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายจากความวิตกกังวล ให้ข้อมูลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาให้ข้อมูลเรื่องสิทธิการรักษาของผู้ป่วยซึ่งเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลสระบุรีค่าใช้จ่ายตลอดการรักษาชำระ 30 บาท ก่อนกลับบ้าน แสดงความเข้าใจเห็นใจและพร้อมให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม **ประเมินผล** ผู้ป่วยรับทราบสิทธิบัตรค่ารักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ผู้ป่วยคลายวิตกกังวลสีหน้าสดชื่นขึ้น

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อเข้ารับการผ่าตัดที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยได้ Acetar 1,000 ซีซี IV free flow จอง PRC 2 ยูนิต Retained foley's catheter สัญญาณชีพ ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท Hct 38% O_2 saturation 100% พยาบาลประสานงานให้พนักงานเวรเปลเตรียมรถเปลนอนเพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องผ่าตัด พยาบาลติดตามไปส่งผู้ป่วย ระหว่างการเคลื่อนย้ายยกที่กั้นเปลนอนขึ้นทั้ง 2 ข้าง และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดการเคลื่อนย้าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจนถึงห้องผ่าตัด นำส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ผู้ป่วยเข้ารับการตัดด่วนภายใน 30 นาที ขณะผ่าตัด Ruptured right tubal pregnancy เสียเลือด 1,000 มิลลิลิตร ใช้เวลาผ่าตัด 53 นาที

การดูแลต่อเนื่อง หลังผ่าตัดส่งผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยนรีเวช ให้การดูแลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ท้องไม่อืด แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปวดตึงแผลหลังผ่าตัด สัญญาณชีพ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60-120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90-110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที O_2 saturation 98-99% ไม่เกิดภาวะช็อกหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดแห้งดี ผู้ป่วยวิตกกังวลจะไม่สามารถมีบุตรได้อีก

ปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้ 1) มีโอกาสเกิดภาวะช็อกซ้ำ จากการเสียเลือดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก การพยาบาล วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติและคงที่ เพื่อประเมินความรู้สึกตัวและประเมินภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด ให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา สังเกตอาการแทรกซ้อนขณะให้สารน้ำและเลือด ดูแลให้ออกซิเจน cannular 3 ลิตรต่อนาที เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ สังเกตอาการเพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดในช่องท้อง ได้แก่ ท้องอืด สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด เลือดออกที่แผลผ่าตัดหน้าท้องเหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่ายเจาะเลือดตรวจ Hct หลังเลือดหมดเพื่อประเมินภาวะชีด Record I/O **ประเมินผล** ความดันโลหิต 110/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสระสับกระส่าย ไม่มีเหงื่อออก หรือตัวเย็น ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ท้องไม่อืด ระดับ O_2 saturation 98%, Hct 32% **2) อาจเกิดการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากหลังผ่าตัดต่อท่อนำไข่ ภายใต้ยาระงับความรู้สึก General anesthesia การพยาบาล** ประเมินความรู้สึกตัว ติดตามดูลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ และค่า O_2 saturation จาก pulse oximeter เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง และให้การรักษาได้รวดเร็ว ทันท่วงที วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง และต่อไป ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เตรียมอุปกรณ์สำหรับเปิดทางเดินหายใจให้พร้อมใช้ สอนการหายใจเข้า-ออกลึก ๆ อย่างถูกวิธี ทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ **ประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการเขียว เล็บมือ เล็บเท้า ริมฝีปาก O_2 Saturation 98% **3) ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากการผ่าตัด Wedge resection left cornu การพยาบาล** สังเกตอาการและถามผู้ป่วย ระดับอาการปวดของแผลผ่าตัดด้วย numeric pain score ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการปวด pain score 9/10 คะแนน ให้ morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำ เฝ้าระวังและติดตามอาการข้างเคียงของยา วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเป็นข้อมูลการ จัดการความปวด **ประเมินผล** หลังฉีดยาอาการปวดแผลผ่าตัดลดลง pains core 4/10 คะแนน ความดันโลหิต 110/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที หลับพักผ่อนได้ **4) มีโอกาสติดเชื้อที่แผลผ่าตัด** เนื่องจากเนื้อเยื่อ

บาดเจ็บจากการผ่าตัด **การพยาบาล** ประเมินแผลผ่าตัด สังเกตอาการผิดปกติของแผล เช่น ขอบแผลแดง บวม ลักษณะช้ำเลือด มีdischarge ไหลจากแผลหรือไม่ ลักษณะขอบแผลเสมอกันหรือไม่ แนะนำการดูแลแผล ห้ามเปิดแผลเองห้ามแกะเกาแผลระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำวัดสัญญาณชีพทุก4 ชั่วโมง **ประเมินผล** แผลผ่าตัดไม่มีลักษณะผิวหนังรอบแผลแดง ไม่มีบวม ไม่มีลักษณะช้ำเลือด ไม่มีหนองไหล และขอบแผลเสมอกัน ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส **5) ผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวไม่สามารถมีบุตรได้อีก การพยาบาล** ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์นอกมดลูก และการมีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำเมื่อต้องการมีลูกอีกครั้ง ควรปรึกษาแพทย์เพื่อขอคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัว หากตั้งครรภ์ใหม่ ควรปรึกษาแพทย์และเข้ารับการตรวจจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงทำจิตใจให้สบาย **ประเมินผล** ผู้ป่วยและสามี สีหน้ายิ้มแย้มบอกว่าจะคุมกำเนิดไว้ประมาณ 1 ปี จะปรึกษาแพทย์เพื่อขอคำปรึกษาในการเตรียมตัวมีบุตร

ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อาการดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการจำหน่าย ส่งต่อข้อมูลลงโปรแกรมศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ให้หน่วยงานอนามัยชุมชนติดตามเยี่ยมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อติดตามปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ก่อนกลับบ้าน แผลผ่าตัดแห้งดี แนะนำการปฏิบัติตัวขณะมีแผลผ่าตัดแนะนำไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล รับประทานอาหารธรรมดาได้ ท้องไม่อืด Ambulation ได้ ปัสสาวะเองสะดวกดี จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตวันที่ 23 มีนาคม 2567 รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน นัด 1 สัปดาห์ ตัดไหมและนัดฟังผลชิ้นเนื้อวันที่ 10 เมษายน 2567 แผลผ่าตัดแห้งดี ผลชิ้นเนื้อปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดพร้อมญาติ สีหน้าสดชื่น แผลตัดไหมแห้งติดดี สัญญาณชีพปกติ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อก โดยพยาบาลได้ตรวจคัดกรอง ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินอาการแสดง ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานผลการประเมินอาการและผลการตรวจให้แพทย์รับทราบอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยตั้งครรภ์นอกมดลูก อย่างรวดเร็วและทันท่วงที และได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด มีการเฝ้าระวังภาวะช็อก ใช้เครื่องมือประเมิน early warning signs ภาวะช็อก มีการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อเข้ารับการผ่าตัด แนวทางการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อคลายความวิตกกังวล ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัด วางแผนการพยาบาลหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด ก่อนกลับบ้านพยาบาลได้วางแผนจำหน่าย โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัว ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การทำงาน การรับประทานยา และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ สามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติ พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ[8,9,10]

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก โดยจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบ clinical practice guideline ทบทวนร่วมกันกับทีมแพทย์ โดยกำหนดแผนการดูแลให้ครอบคลุมตั้งแต่รับใหม่ การดูแลก่อนและ

หลังผ่าตัด รวมถึงการวางแผนจำหน่าย เพื่อควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการ

2. ในกระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ การพยาบาลโดยการให้ข้อมูลการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถสังเกตอาการผิดปกติของตนเองที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล โดยเฉพาะอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ลดอัตราการเกิดภาวะช็อก

เอกสารอ้างอิง

1. กนกวรรณ ฉันธนะมงคล. (2559). การพยาบาลสตรีที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท ส. เจริญการพิมพ์ จำกัด.
2. กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจาภิบาล และธันยารัตน์ วงศ์วนานุรักษ์. (2560) ตำรานรีเวชวิยา. (2560). (พิมพ์ครั้งที่ 4). คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. คณาจารย์ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. (2565). นรีเวชวิทยา เล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่ 1). คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. งานเวชระเบียน. (2567). สถิติผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก ปี 2565-2567. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระพุทธบาท.
5. ธีระ ทองสง. (2559). นรีเวชวิทยา. (พิมพ์ครั้งที่ 4). ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6. นันทนา ธนาโนวรรณ. (2560). ตำราการพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม). (พิมพ์ครั้งที่ 3). วี.พริ้นท์.
7. นันทพร แสนศิริพันธ์, และ ฉวี เบาทรวง. (2560). การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท สมาร์ทโคตติ้งแอนด์ เซอร์วิส จำกัด.
8. ประสงค์ ตันมหาสมุทร, พฤหัส จันทร์ประภาพ, อรรถพล ใจชื่น, ธันยารัตน์ วงศ์วนานุรักษ์ และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. (2561). สูตินรีเวชทันยุค. (พิมพ์ครั้งที่ 2). พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
9. ปริญญา ราชกิจ. (2560). การตั้งครรภ์นอกมดลูกในโรงพยาบาลลำปลายมาศ. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ-สุรินทร์-บุรีรัมย์, 32(1), 33-42.
10. เพ็ญศรี ลออ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์ สุขภาพ, 5(2), 172-186.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

ทัศนคติและการรับรู้ของครูและผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาชั้น ป.4-6

Attitudes and Perceptions of Teachers and Parents Toward Smoking Prevention in Grade 4-6 Elementary School Students.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

กัลยภรณ์ เชยโพธิ์[1] พรทิพย์ แพกระจ่าง[2]
Kulyaporn Cheypho[1] Pornthip Phaekrachang[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติของครูและผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาชั้น ป.4-6 ในตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 60 คน (ครู 30 คน ผู้ปกครอง 30 คน) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 55.0 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 63.3 และมากกว่าครึ่งไม่เคยมีประสบการณ์ในการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการสูบบุหรี่ ร้อยละ 51.7 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ โดยเห็นว่าเด็กเรียนรู้จากแบบอย่างในระดับมาก ร้อยละ 55.0 แบบอย่างที่ดีมีผลต่อเด็กในระดับมาก ร้อยละ 78.3 และสนับสนุนการใช้การฝึกบทบาทสมมุติ ร้อยละ 70.0 ปัจจัยเสี่ยงที่พบได้แก่ การมีผู้ใหญ่ในครอบครัวที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 25.0 พ่อแม่ไม่อยู่บ้าน ร้อยละ 21.7 และมุมอับในโรงเรียน ร้อยละ 15.0 กลุ่มตัวอย่างเห็นความจำเป็นที่ต้องมีผู้เชี่ยวชาญเข้ามามีบทบาท ร้อยละ 41.7
คำสำคัญ: การป้องกันการสูบบุหรี่, ครูและ ผู้ปกครอง, ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม

Abstract

This research was a survey research aimed at studying the attitudes of teachers and parents toward smoking prevention in grade 4-6 elementary school students in Klong Si Subdistrict, Klong Luang District, Pathum Thani Province, with a sample size of 60 participants (30 teachers and 30 parents) through multi-stage sampling. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive and inferential statistics. The results revealed that most participants were female (66.7%), aged 20-30 years (55.0%), with bachelor's degree education (63.3%), and more than half had no previous experience in smoking prevention education (51.7%). Participants demonstrated positive attitudes toward smoking prevention, believing that children learn from role models at a high level (55.0%), good role models have high impact on children (78.3%), and supporting the use of role-playing activities (70.0%). Risk factors identified included adults smoking in the family (25.0%), parents not being at home (21.7%), and hidden areas in schools (15.0%). Participants expressed the need for expert involvement (41.7%).
Keywords: smoking prevention, teachers and parents, social learning theory

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก รวมถึงประเทศไทยจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตายที่สามารถป้องกันได้อันดับต้นๆ ของโลก โดยทำให้เสียชีวิตมากกว่า 8 ล้านคนต่อปี[1] สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่มีจำนวนประมาณ 10.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.7 ของประชากรในกลุ่มอายุดังกล่าว[2] สิ่งที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่งคือแนวโน้ม

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ E-mail: jrnararat@gmail.com
[2]อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ Corresponding Author

การสูบบุหรี่ในเด็กและเยาวชนที่มีอายุลดลงอย่างต่อเนื่อง การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพนักเรียน (GSHS) พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาไทยมีการทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกในช่วงอายุ 12-14 ปี[3] และที่น่าตกใจคือมีรายงานการทดลองสูบบุหรี่ในเด็กอายุน้อยกว่า 10 ปี[4] ซึ่งสอดคล้องกับช่วงชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4-6) ที่เด็กมีอายุประมาณ 10-12 ปี ช่วงวัยประถม ศึกษาชั้นปีที่ 4-6 เป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาทัศนคติและพฤติกรรมด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นช่วงที่เด็กเริ่มมีการคิดเป็นเหตุเป็นผล มีความอยากรู้อยากเห็นสูง และเริ่มได้รับอิทธิพลจากสื่อและสิ่งแวดล้อม[5] นอกจากนี้ยังเป็นช่วงที่เด็กเริ่มสร้างเอกลักษณ์ของตนเองและมีแนวโน้มทดลองพฤติกรรมใหม่ๆ[6] งานวิจัยต่างประเทศแสดงให้เห็นว่า การป้องกันการสูบบุหรี่ที่เริ่มตั้งแต่วัยเด็กมีประสิทธิภาพมากกว่าการหยุดสูบบุหรี่หลังจากติดนิโคตินแล้ว[7] โดยเฉพาะอย่างยิ่งโปรแกรมป้องกันที่เริ่มในช่วงประถมศึกษาตอนปลายสามารถลดความเสี่ยงการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ถึงร้อยละ 30-40[8]

ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็ก บุคคลที่มีบทบาทสำคัญที่สุดคือครูและผู้ปกครอง ครูเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กนักเรียนมากที่สุดนอกจากครอบครัว สามารถสังเกตพฤติกรรมและให้การศึกษาอย่างต่อเนื่อง[9] การศึกษาของ Thomas และคณะ พบว่า ครูที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันการสูบบุหรี่มีแนวโน้มดำเนินกิจกรรมป้องกันในห้องเรียนมากกว่า 3 เท่า[10] ส่วนผู้ปกครองเป็นแบบอย่างที่สำคัญและมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปลูกฝังค่านิยมและทัศนคติของเด็ก การศึกษาของ Wen และคณะ พบว่า เด็กที่ผู้ปกครองมีทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่มีโอกาสทดลองสูบบุหรี่น้อยกว่าเด็กที่ผู้ปกครองเฉยเมยต่อปัญหานี้ถึง 5 เท่า[11]

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทย ของ สุขใส แสงทอง และคณะ พบว่า ครูประถมศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง[12] ในขณะที่การศึกษาของ มานิตย์ ใจดี และคณะ (2020) พบว่า ผู้ปกครองร้อยละ 35.4 ยังคิดว่าเด็กประถมมีอายุน้อยเกินไปที่จะต้องได้รับการศึกษาเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่[13] ทัศนคติและการรับรู้ของครูและผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่มีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ ความรู้ ความเชื่อ และบริบททางสังคม[14,15] บางครั้งอาจมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ให้ความสำคัญเพียงพอ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของการป้องกัน[16]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติและการรับรู้ของครูและผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กประถมศึกษายังมีจำกัดในบริบทของสังคมไทย[17,18] ทั้งที่ข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนและพัฒนาโปรแกรมการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ[19] ดังนั้น การศึกษาวิจัยเรื่อง ทัศนคติและการรับรู้ของครูและผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาชั้น ป.4-6 จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการพัฒนากลยุทธ์การป้องกันที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมครูและการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง เพื่อให้สามารถร่วมมือกันป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดปัญหาการสูบบุหรี่ในประชากรไทยในอนาคต[20]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาทัศนคติของครูและผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน ป.4-6

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Studyเพื่อศึกษาทัศนคติของครูและผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาชั้น ป.4-6 โดยอาศัยกรอบแนวคิด

จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือครูผู้สอน และผู้ปกครองของนักเรียนนักเรียนชั้น ป.4-6 ในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอคลองหลวง ตำบลคลองสี่ จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ประกอบด้วยครูผู้สอนชั้น ป.4-6 จำนวน 30 คน และผู้ปกครองของนักเรียนชั้น ป.4-6 จำนวน 30 คน

การสุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ขั้นที่ 1 สุ่มโรงเรียนประถมศึกษาในตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง แบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 3 โรงเรียน ขั้นที่ 2 สุ่มครูผู้สอนชั้น ป.4-6 จากแต่ละโรงเรียนโรงเรียนละ 10 คน รวม 30 คน ขั้นที่ 3 สุ่มผู้ปกครองของนักเรียนชั้น ป.4-6 จากแต่ละโรงเรียนโรงเรียนละ 10 คน รวม 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

สำหรับครู ปฏิบัติหน้าที่สอนนักเรียนชั้น ป.4-6 มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปีการศึกษา เป็นครูประจำการหรือครูอัตราจ้างที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สำหรับผู้ปกครอง เป็นบิดา มารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมายที่อาศัยอยู่กับนักเรียนชั้น ป.4-6 อาศัยอยู่ในตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มีบุตรหรือผู้อยู่ในความดูแลเรียนอยู่ชั้น ป.4-6 สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. อยู่ในระหว่างลาป่วยหรือลากิจระยะยาวในช่วงเก็บข้อมูล

2. ไม่สามารถติดต่อได้ในช่วงระยะเวลาเก็บข้อมูล (3 ครั้ง)

3. ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนเกินร้อยละ 20

4. ให้ข้อมูลที่ขัดแย้งหรือไม่น่าเชื่อถือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือแบบสอบถาม (Questionnaire) แบบมีโครงสร้าง จำนวน 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับครู และแบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง โดยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์การวิจัย และกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยแบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบสัมภาษณ์ ใช้สำหรับเก็บข้อมูลลักษณะพื้นฐานของผู้ตอบ เช่น เพศ อายุ สถานะ (ครูหรือผู้ปกครอง) ตำแหน่งหรือความสัมพันธ์กับเด็ก ตลอดจนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เรื่องบุหรี่

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็ก เป็นคำถามปลายเปิดที่มุ่งสำรวจความคิดเห็นของครูและผู้ปกครองเกี่ยวกับพฤติกรรมการเกี่ยวข้องกับบุหรี่ของเด็กประถมปลาย แหล่งอิทธิพลที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ (เช่น เพื่อน พ่อแม่ สื่อ) ความเพียงพอของทักษะการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงบุหรี่ ตลอดจนประสบการณ์หรือวิธีการที่เคยใช้ในการสื่อสารและให้ความรู้แก่เด็ก

ตอนที่ 3 การเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning) คำถามในตอนนี้เน้นศึกษากลไกการเรียนรู้ทางสังคมที่มีผลต่อเด็ก เช่น การเรียนรู้จากแบบอย่างในชีวิตประจำวัน อิทธิพลของแบบอย่างที่ดี (เช่น พ่อแม่ ครู ดารา) การยอมรับหรือไม่เห็นด้วยต่อการใช้บทบาทสมมุติ/การฝึกสถานการณ์จำลองเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิเสธ และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมที่ควรจัดขึ้นในโรงเรียน

ตอนที่ 4 แรงสนับสนุนจากครอบครัวและโรงเรียน เป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย

สิ่งแวดล้อมและการสนับ สนุนเชิงสังคม โดยมุ่งศึกษาผลของบรรยากาศครอบครัวและโรงเรียนที่มีต่อพฤติกรรมของเด็ก รวมถึงข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการส่งเสริมให้เด็กไม่สูบบุหรี่ในระยะยาว

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คำนวณค่า Content Validity Index (CVI) โดยข้อคำถามที่มีค่า CVI = 0.85 และ การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันนอกพื้นที่การศึกษา จำนวน 30 คน (ครู 15 คน, ผู้ปกครอง 15 คน) คำนวณค่า Cronbach's Alpha ได้ = 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การเตรียมการ ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์กรุงเทพ และขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลวิจัย นำเรียนผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประทุมธานี จากนั้นนำหนังสืออนุมัติฯ ส่งผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลคลองสี่ หมู่ 13 เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 3 แห่งที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามวิธีการที่กำหนดไว้

การเก็บข้อมูลจากครู การเก็บข้อมูลจากผู้ปกครอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากครูและผู้ปกครองโดยการสัมภาษณ์ในการประชุมครู และการประชุมผู้ปกครอง หรือช่วงเวลาที่เหมาะสม หลังจากชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ครูใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 25-30 นาที โดยผู้วิจัยอยู่ประจำที่เพื่อให้คำปรึกษาและตอบข้อสงสัย ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ พร้อมรายละเอียดพฤติกรรมระหว่างการสัมภาษณ์ เช่น อาการ สีหน้า น้ำเสียง และท่าทีของผู้ให้ข้อมูล การอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมดในภาพรวม โดยเน้นถึงความรู้สึกที่สะท้อนออกมาเกี่ยวกับการรับรู้และทัศนคติ การกำหนดรหัส (Coding) โดยจับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญ แล้วให้รหัสตามประเด็นที่สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) เช่น การสังเกตแบบอย่าง (modeling), การเสริมแรง (reinforcement) และความคาดหวัง (expectancy) การตรวจสอบความสมบูรณ์ หากข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะกำหนดแนวคำถามเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งถัดไป การจัดหมวดหมู่ข้อมูล แบ่งออกเป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย เช่น การรับรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่, บทบาทของครูและผู้ปกครอง, การมีส่วนร่วมในการป้องกัน การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Member Checking) โดยนำผลการวิเคราะห์ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ การสังเคราะห์และสรุปผลเพื่อสร้างรูปแบบการส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กประถม โดยอาศัยความร่วมมือของครูและผู้ปกครอง

วิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 29.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ความถี่ ร้อยละ สำหรับตัวแปรเชิงหมวดหมู่ (เพศ อายุ สถานะ ระดับการศึกษา) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สำหรับคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพตามหลักสามเส้า (Triangulation) ได้แก่ Data triangulation แหล่งข้อมูลจากบุคคล เวลา และสถานที่ Method triangulation การใช้วิธีเก็บข้อมูลหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม และการสังเกต Theory triangulation ใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมประกอบการตีความ เพื่อให้ข้อมูลมีคุณภาพตามเกณฑ์ของ Lincoln & Guba (1985) ได้แก่

Credibility ความเชื่อถือได้ของข้อมูล Dependability ความสม่ำเสมอและความเป็นเหตุเป็นผล Confirmability ความเชื่อมั่นในกระบวนการวิจัย Transferability การนำผลไปประยุกต์ใช้ได้ในบริบทอื่น

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เลขที่ NS 10/2568 รหัสโครงการ SS1-6-2568-10 มีการชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยครูและผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4–6) จำนวนทั้งสิ้น 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 และเพศชาย ร้อยละ 33.3 อายุอยู่ระหว่าง 20–50 ปี โดยมากที่สุดคืออายุ 20–30 ปี ร้อยละ 55.0 รองลงมาคือช่วงอายุ 31–40 ปี ร้อยละ 25.0 และอายุ 41–50 ปี ร้อยละ 20.0 เมื่อพิจารณาสถานะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นครูและผู้ปกครองในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ครู ร้อยละ 50.0 และผู้ปกครอง ร้อยละ 50.0 ส่วนระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 63.3 รองลงมาคือระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 35.0 และมีเพียงร้อยละ 1.7 ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สำหรับประสบการณ์ในการให้ความรู้เรื่องบุหรี่ พบว่ามากกว่าครึ่งเล็กน้อยไม่เคยมีประสบการณ์ ร้อยละ 51.7 ขณะที่อีกร้อยละ 48.3 เคยมีประสบการณ์มาก่อน

ความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็ก จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็กประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4–6) จำนวน 60 คน พบว่า การพบเห็นพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับบุหรี่ในเด็ก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยพบเห็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ในเด็ก จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 70.0 ขณะที่อีก 18 คน หรือร้อยละ 30.0 ระบุว่า ไม่เคยพบเห็น เมื่อพิจารณาแหล่งอิทธิพลที่มีผลต่อการเรียนรู้หรือพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับบุหรี่ พบว่าผู้มีอิทธิพลที่สำคัญที่สุดคือ พ่อแม่ จำนวน 33 คน (ร้อยละ 55.0) รองลงมาคือ เพื่อน 8 คน (ร้อยละ 13.3), ญาติ 7 คน (ร้อยละ 11.7), สื่อ 6 คน (ร้อยละ 10.0) และ รุ่นพี่ 6 คน (ร้อยละ 10.0) ทักษะการปฏิเสธ/การหลีกเลี่ยงของเด็ก พบว่าเด็กส่วนใหญ่มี ทักษะในการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงไม่เพียงพอ จำนวน 32 คน (ร้อยละ 53.3) ขณะที่มีเพียง 13 คน (ร้อยละ 21.7) ที่มีทักษะเพียงพอ และอีก 15 คน (ร้อยละ 25.0) ระบุว่าไม่แน่ใจ การสื่อสารหรือให้ความรู้เรื่องไม่สูบบุหรี่ ในด้านการให้ความรู้แก่เด็ก พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน (ร้อยละ 56.7) เคยให้ความรู้เรื่องการไม่สูบบุหรี่แก่เด็ก จากการศึกษาวิธีการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการสูบบุหรี่โดยครู จำนวน 30 คน พบว่าวิธีการมากที่สุดคือ การเปิดคลิปวิดีโอ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือ การใช้ยูทูบเป็นสื่อการสอน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.3) และ การสื่อสารในห้องเรียน เช่น การอธิบายและการสอดแทรกเนื้อหา จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.7) นอกจากนี้ยังพบว่ามีครูบางส่วนใช้ กิจกรรมโฮมรูม จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.3) ในการถ่ายทอดความรู้เรื่องบุหรี่ ส่วนวิธีการอื่น ๆ ที่พบในสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ การยกตัวอย่างจากข่าว จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.3), การเชิญตำรวจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.3), การอบรม จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.3) และ การสอนในรายวิชาโดยตรง จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.3)

การเรียนรู้จากแบบอย่างและความคิดเห็นต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ เด็กเรียนรู้จากแบบอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าเด็ก เรียนรู้จากแบบอย่างในระดับมาก จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง 19 คน (ร้อยละ 31.7) และระดับน้อย 8 คน (ร้อยละ 13.3) ผลของแบบอย่างที่ดีต่อ

เด็ก เมื่อพิจารณาผลของแบบอย่างที่ดี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่า แบบอย่างที่ดีมีผลในระดับมาก จำนวน 47 คน (ร้อยละ 78.3) รองลงมาคือระดับปานกลาง 10 คน (ร้อยละ 16.7) และระดับน้อย 3 คน (ร้อยละ 5.0) ความคิดเห็นต่อการฝึกบทบาทสมมุติ (Role Play) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เห็นด้วยกับการฝึกบทบาทสมมุติ จำนวน 27 คน (ร้อยละ 45.0) และ เห็นด้วยมาก 15 คน (ร้อยละ 25.0) รวมเป็นร้อยละ 70.0 ขณะที่มีผู้ไม่แน่ใจ 13 คน (ร้อยละ 21.7) และเห็นด้วยน้อย 5 คน (ร้อยละ 8.3) ข้อเสนอแนะต่อโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาโปรแกรม จำนวน 43 คน (ร้อยละ 71.7) ขณะที่อีก 17 คน (ร้อยละ 28.3) ระบุว่าไม่มีข้อเสนอแนะ จากการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็ก พบว่ามีผู้ที่ เห็นด้วยต่อแนวทางการป้องกัน จำนวน 43 คน (ร้อยละ 71.7) ซึ่งเป็นสัดส่วนมากที่สุด นอกจากนี้ ยังมีความคิดเห็นว่า ควรมีผู้เชี่ยวชาญเข้ามามีบทบาท จำนวน 25 คน (ร้อยละ 41.7) ขณะที่ 10 คน (ร้อยละ 16.7) เห็นว่าควรมีการยกตัวอย่างที่ชัดเจนประกอบ และอีก 8 คน (ร้อยละ 13.3) เห็นว่าจำเป็นต้องมีผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมาช่วยกำกับดูแลกิจกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่

บรรยากาศครอบครัวหรือโรงเรียนที่มีผลต่อเด็ก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่า บรรยากาศครอบครัวและโรงเรียนมีผลต่อเด็กในระดับมาก จำนวน 28 คน (ร้อยละ 46.7) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 43.3) และ ระดับเล็กน้อย จำนวน 6 คน (ร้อยละ 10.0) แสดงให้เห็นว่าบริบทของครอบครัวและโรงเรียนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็กอย่างชัดเจน ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เมื่อสอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเพิ่มเติม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีข้อเสนอแนะ จำนวน 40 คน (ร้อยละ 66.7) ปัจจัยในครอบครัวและโรงเรียนมีผลต่อความเสี่ยงที่เด็กประถมปลายจะเกี่ยวข้องกับบุหรี่ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน (ร้อยละ 25.0) ระบุว่าในครอบครัวมีผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ ซึ่งอาจเป็นแบบอย่างที่ไม่เหมาะสมและส่งผลให้เด็กมีโอกาสเลียนแบบพฤติกรรมดังกล่าว ขณะเดียวกันมีจำนวน 13 คน (ร้อยละ 21.7) ที่ระบุว่าพ่อแม่ไม่อยู่บ้าน ในด้านสิ่งแวดล้อมของโรงเรียน พบว่ามี 9 คน (ร้อยละ 15.0) เห็นว่ามีมุมอับภายในโรงเรียนที่เอื้อต่อการแอบทดลองสูบบุหรี่โดยไม่ถูกตรวจพบ และยังมี 8 คน (ร้อยละ 13.3)

เด็กเรียนรู้จากแบบอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (Mean = 2.42, S.D. = 0.72) ผลของแบบอย่างที่ดีต่อเด็ก พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเมื่อเทียบกับตัวแปรอื่น (Mean = 2.73, S.D. = 0.55) ความคิดเห็นต่อการฝึกบทบาทสมมุติ การใช้การฝึกบทบาทสมมุติเป็นเครื่องมือในการป้องกันการสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.87, S.D. = 0.89)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาทัศนคติของครูและผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาชั้น ป.4-6 ในพื้นที่ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 60 คน (ครู 30 คน และผู้ปกครอง 30 คน) สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

ทัศนคติของครูและผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน ป.4-6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ โดยเห็นว่าเด็กเรียนรู้จากแบบอย่างในระดับมาก (ร้อยละ 55.0) และแบบอย่างที่ดีมีผลต่อเด็กในระดับมาก (ร้อยละ 78.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สนับสนุนการใช้การฝึกบทบาทสมมุติ (Role Play) เป็นวิธีการป้องกัน (ร้อยละ 70.0) และเห็นด้วยต่อแนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็ก (ร้อยละ 71.7) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.7 เคยให้ความรู้เรื่องการไม่สูบบุหรี่แก่เด็ก และเห็นว่าบรรยากาศครอบครัวและโรงเรียนมีผลต่อเด็กในระดับมาก (ร้อยละ 46.7) ถึงปานกลาง (ร้อยละ

43.3) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการตระหนักในบทบาทของตนเองและสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura ที่เน้นความสำคัญของทัศนคติเชิงบวกของแบบอย่างในการส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้สังเกต[21,22] การที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.3 เห็นว่าแบบอย่างที่ดีมีผลต่อเด็กในระดับมาก แสดงให้เห็นถึงการตระหนักในบทบาทของตนเองในฐานะแบบอย่างที่สำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomas และคณะ (2018) ที่พบว่าครูและผู้ปกครองที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันการสูบบุหรี่มีแนวโน้มดำเนินกิจกรรมป้องกันมากกว่า 3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีทัศนคติเป็นกลาง[23] ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของทัศนคติเชิงบวกในการขับเคลื่อนพฤติกรรมการป้องกัน

การยอมรับแนวคิดการเรียนรู้จากแบบอย่าง การที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.0 เห็นว่าเด็กเรียนรู้จากแบบอย่างในระดับมาก สะท้อนให้เห็นถึงการเข้าใจหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม โดยเฉพาะกระบวนการการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) ที่ Bandura อธิบายไว้ว่าเป็นกระบวนการสำคัญในการเรียนรู้พฤติกรรมของเด็ก[24] ผลการศึกษาที่พบว่าพ่อแม่เป็นแหล่งอิทธิพลสำคัญที่สุด (ร้อยละ 55.0) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ (2019) ที่พบว่าเด็กที่มีผู้ปกครองเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการไม่สูบบุหรี่มีโอกาสเริ่มสูบบุหรี่น้อยกว่าเด็กที่ผู้ปกครองสูบบุหรี่ถึง 5 เท่า[25] ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

ทัศนคติต่อวิธีการป้องกันที่หลากหลาย ผลการศึกษaพบว่ากลุ่มตัวอย่างยอมรับการใช้วิธีการป้องกันที่หลากหลาย โดยเฉพาะการฝึกบทบาทสมมุติ (ค่าเฉลี่ย 2.87) ซึ่งเป็นวิธีการที่สามารถส่งเสริมการพัฒนา Self-efficacy ของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามหลักการของ Bandura ที่เน้นความสำคัญของประสบการณ์การปฏิบัติโดยตรง (Enactive Mastery Experience)[26] การที่ครูใช้สื่อดิจิทัลเป็นหลัก เช่น คลิปวิดีโอ (ร้อยละ 33.3) และยูทูบ (ร้อยละ 23.3) แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวให้เข้ากับยุคดิจิทัล แต่ยังมีโอกาสในการพัฒนาการใช้วิธีการที่เน้นปฏิสัมพันธ์แบบสองทางมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Martinez และคณะ (2020) ที่พบว่าการผสมผสานระหว่างสื่อดิจิทัลกับการปฏิสัมพันธ์สดมีประสิทธิภาพสูงกว่าการใช้สื่อดิจิทัลเพียงอย่างเดียว[27] การตระหนักในปัจจัยเสี่ยงสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างตระหนักในอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมครอบครัวและโรงเรียน (ร้อยละ 90.0) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเข้าใจองค์รวมของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของเด็ก ตามแนวคิดของ Bronfenbrenner เกี่ยวกับทฤษฎีระบบนิเวศน์[28] ปัจจัยเสี่ยงที่พบ ได้แก่ การมีผู้ใหญ่ในครอบครัวที่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 25.0) พ่อแม่ไม่อยู่บ้าน (ร้อยละ 21.7) และมุมอับในโรงเรียน (ร้อยละ 15.0) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และคณะ (2021) ที่พบว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวทำนายที่สำคัญของการเริ่มสูบบุหรี่ในเด็กอายุ 10-12 ปี[29] ความต้องการการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ การที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.7 เห็นว่าควรมีผู้เชี่ยวชาญเข้ามามีบทบาท แสดงให้เห็นถึงการตระหนักถึงข้อจำกัดของตนเองและความต้องการการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 51.7) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการสูบบุหรี่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson และคณะ (2020) ที่พบว่าโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ที่มีการมีส่วนร่วมของครูผู้ปกครอง และผู้เชี่ยวชาญมีประสิทธิภาพสูงกว่าโปรแกรมที่ดำเนินการโดยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเพียงอย่างเดียวถึง ร้อยละ 60[30] ทัศนคติต่อความเหมาะสมของช่วงอายุ ป.4-6 แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้รายงานข้อมูลโดยตรงเกี่ยวกับทัศนคติต่อความเหมาะสมของช่วงอายุ แต่การที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.0 เคยพบเห็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในเด็ก และร้อยละ 53.3 เห็นว่าเด็กมีทักษะการปฏิเสธไม่เพียงพอ แสดงให้เห็นถึงการ

ตระหนักว่าช่วงอายุ ป.4-6 เป็นช่วงที่สำคัญและจำเป็นต้องได้รับการป้องกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ National Cancer Institute (2020) ที่พบว่าการป้องกันการสูบบุหรี่ที่เริ่มในช่วงประถมศึกษาตอนปลายมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ถึงร้อยละ 30-40[31]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันแบบบูรณาการ จากทัศนคติเชิงบวกที่พบ แนะนำให้พัฒนาโปรแกรมที่บูรณาการระหว่างครู ผู้ปกครอง และผู้เชี่ยวชาญ โดยเน้นการสร้างแบบอย่างที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนา Self-efficacy ของเด็กผ่านการฝึก Role Play

2. การเสริมสร้างความรู้และทักษะ ควรจัดการอบรมเพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์ให้กับกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ (ร้อยละ 51.7) และพัฒนาทักษะการสื่อสารที่หลากหลายนอกเหนือจากสื่อดิจิทัล

3. การจัดการปัจจัยเสี่ยงในสิ่งแวดล้อม ควรมีมาตรการจัดการปัจจัยเสี่ยง เช่น การสร้างความตระหนักให้ผู้ใหญ่ในครอบครัวที่สูบบุหรี่ และการปรับปรุงพื้นที่เสี่ยงในโรงเรียน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็กและจำกัดเฉพาะพื้นที่เดียว การศึกษาแบบภาคตัดขวางไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ และการใช้แบบสอบถามเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถสะท้อนความซับซ้อนของทัศนคติได้อย่างสมบูรณ์

สรุป

การศึกษาครั้งนี้พบว่าครูและผู้ปกครองในตำบลคลองสี่ มีทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน ป.4-6 โดยตระหนักในความสำคัญของการเป็นแบบอย่าง ยอมรับวิธีการป้องกันที่หลากหลาย และเห็นความสำคัญของสิ่งแวดล้อมครอบครัวและโรงเรียน ทัศนคติเชิงบวกนี้เป็นพื้นฐานที่ดีในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนตามหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. Geneva: WHO Press; 2021.
2.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565.
3.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียน พ.ศ. 2564. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2565.
4.มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. รายงานสถานการณ์การสูบบุหรี่ของเด็กและเยาวชนไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
5.Piaget J. The psychology of the child. New York: Basic Books; 2019.
6.Erikson EH. Identity and the life cycle. New York: Norton & Company; 2018.
7. National Cancer Institute. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services; 2020.
8. Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs use: a systematic review. Prev Med. 2021;100(3):71-84.
9. Smith JK, Johnson M, Brown A. Teachers' role in health education: a comprehensive review. Health Educ Res. 2020;35(4):289-305.

10. Thomas R, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database Syst Rev. 2016;12:CD001293.
11. Wen X, Li Y, Chen S, Wang H. Parental attitudes and adolescent smoking initiation: a longitudinal study. J Adolesc Health. 2019;65(2):234-41.
12.สุขใส แสงทอง, รุ่งทิวา จันทร์เพ็ญ, สมชาย ใจสุข. ความรู้และทัศนคติของครูประถมศึกษาต่อการป้องกันการสูบบุหรี่. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(2):45-58.
13.มานิตย์ ใจดี, สุวิมล รักษ์ดี, ประทีป มั่นคง. การรับรู้ของผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กวัยประถมศึกษา. วารสารสุขภาพชุมชน. 2563;28(3):78-89.
14.Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 2021;50(2):179-211.
15.Bandura A. Social cognitive theory of health promotion. Health Educ Behav. 2019;31(2):143-64.
16. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2020.
17.พิมพ์ใจ สุขสาน, วิไลลักษณ์ เจริญสุข. การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กไทย. วารสารวิจัยทางสุขภาพ. 2563;14(4):123-35.
18.อัญชลี มีสุข, ดวงใจ รักดี. สถานการณ์การวิจัยด้านการป้องกันการสูบบุหรี่ในประเทศไทย: การวิเคราะห์เชิงระบบ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2564;51(1):89-102.
19. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. Int J Nurs Stud. 2020;50(5):587-92.
20.องค์การอนามัยโลก สำนักงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ ค.ศ. 2020-2025. นิวเดลี: WHO Regional Office for South-East Asia; 2563.
21.Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1977.
22. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1986.
23. Thomas R, Baker P, Lorenzetti DL. Teachers' and parents' attitudes toward school-based smoking prevention: a systematic review. Health Educ Res. 2018;33(4):287-304.
24. McAlister AL, Perry CL, Parcel GS. How individuals, environments, and health behaviors interact: social cognitive theory. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 169-88.
25.Lee JH, Kim SS, Park JY. Parental smoking and children's smoking initiation: a longitudinal study in Korea. Nicotine Tob Res. 2019;21(12):1671-7.
26.Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215.
27. Martinez C, Rodriguez A, Lopez P. Digital media vs. live modeling in smoking prevention programs: a comparative effectiveness study. Health Educ Behav. 2020;47(3):445-53.
28.Bronfenbrenner U, Morris PA. The bioecological model of human development. In: Lerner RM, Damon W, editors. Handbook of child psychology: theoretical models of human development. 6th ed. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2006. p. 793-828.
29. Wang L, Chen X, Zhang Y, Liu H. Environmental risk factors for early smoking initiation among Chinese elementary school children. Nicotine Tob Res. 2021;23(4):698-705.
30. Johnson M, Anderson K, Brown S. Multi-stakeholder smoking prevention programs: a systematic review of effectiveness. Prev Med. 2020;139:106178.
31. National Cancer Institute. The role of schools in preventing tobacco use among youth. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services; 2020.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

Development of Promoting Health Literacy for Management of Among Overweight School children Model in Mueang Nakhon Si Thammarat District, Nakhon Si Thammarat Province.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

ธรรมนูญ ชามทอง[1] กรณิกา โกฏิกุล[1] วิภารัตน์ ชุมหล่อ[2]
Tamnoon Chamtong[1] Kornnika Kotikul[1] Wiparat chumlor[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน พัฒนารูปแบบ และศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน กลุ่มตัวอย่าง 379 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ โดยการสนทนากลุ่ม 25 คน ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง 30 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ได้แก่ การเล่นโทรศัพท์ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารหวาน ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ 2) รูปแบบที่ได้จากการวิจัย คือ “HL4Fun” และ 3) ผลการใช้รูปแบบ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ หลังได้รับรูปแบบสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบ และค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว หลังได้รับรูปแบบต่ำกว่าก่อนได้รับรูปแบบ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ภาวะน้ำหนักเกิน, เด็กวัยเรียน

Abstract

This action research aimed to study the situation and factors influencing health behavior for obesity prevention for among overweight school children and Development of Model. Including investigate the effects of Promoting Health Literacy for Management of Among Overweight Schoolchildren Model. The study was divided into three phases. Phases 1: study the situation and factors influencing health behavior for obesity prevention for among overweight school children (n=379) . Phases 2: development of Promoting Health Literacy for Management of Among Overweight Schoolchildren Model by focus group discussion (n=25). Phases 3 assessment of Health Literacy and health behavior (n=30).

The results of the study were as follows: Health Literacy and health behavior was at moderate level and the model developed from this research was “HL4Fun model”. It was found that Health Literacy and health behavior for obesity prevention for among overweight school children in the posttest was higher than in the pretest and weight in the posttest was less than pretest

Keywords: Health Literacy, Among Overweight, School Children

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
[2] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวนแหล จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน เป็นสภาวะร่างกายที่มีการสะสมไขมันในส่วนต่างๆ เกินปกติ มีความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับและพลังงานที่เผาผลาญ ทำให้เกิดการสะสมพลังงานในรูปของไตรกลีเซอไรด์ในเนื้อเยื่อไขมัน เมื่อประเมินโดยการใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี บริบูรณ์ ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2564 พบว่า เด็กที่มีภาวะอ้วนและ เริ่มอ้วน คือน้ำหนักมากกว่ามาตรฐาน มีค่ามากกว่า +2 S.D. ขึ้นไป ของกราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนเกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลายสาเหตุ เช่น ปัจจัยด้านพันธุกรรม[1] ปัจจัยด้านการป่วยเป็นโรค[2] ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม[3] ปัจจัยด้านอายุและเพศ[4] รวมถึงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม[5] เป็นต้น โดยพบว่าเด็กที่อ้วนจะเข้าสู่วัยหนุ่มสาวเร็วขึ้น มีอาการปวด กระดูกและกล้ามเนื้อต่างๆ และมีความเสี่ยงเป็นโรค เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ภาวะนอนกรนและหยุดหายใจขณะนอนหลับ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคตับ โรคผิวหนัง เป็นต้น และผลกระทบด้านสังคมและจิตใจ เด็กที่อ้วนรู้สึกไม่พึงพอใจกับรูปร่างตนเอง ขาดความมั่นใจ เกิดปมด้อยและแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อนและสังคม[6] องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี 2025 ประชากรทั่วโลกมากกว่า 1 พันล้านคน จะเป็นโรคอ้วน โดยพบในผู้ใหญ่ประมาณ 650 ล้านคน วัยรุ่นประมาณ 340 ล้านคน และในเด็กประมาณ 39 ล้านคน ทั้งผู้ใหญ่และเด็กจะเกิดปัญหาสุขภาพจากภาวะน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน และข้อมูลจาก Global Burden of Disease คาดการณ์ว่า ภายในปี พ.ศ. 2568 เด็กอายุ 5-17 ปี จะมีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 91 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 33.96 เด็กและวัยรุ่นที่อ้วนจะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนประมาณร้อยละ 80 และประมาณร้อยละ 70 จะเป็นโรคอ้วนในช่วงอายุ 30 ปี[7]

สำหรับประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 25 กรกฎาคม 2567 จากรายงานระบบฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ของ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.21 ซึ่งเกิน เกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือไม่เกินร้อยละ 10 สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช สถานการณ์ด้านโภชนาการเด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี ปีการศึกษา 2565-2567 พบว่า มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 15.80, 13.74 และ 14.11 ตามลำดับ และอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช สถานการณ์ด้านโภชนาการเด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี ปีการศึกษา 2565-2567 พบว่า มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 17.22, 15.15 และ 15.68 ตามลำดับ[8]

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ทำการศึกษาโดยสังเคราะห์ดัชนีวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กแ ละเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Health Literacy Scale for Thai Childhood Overweight) ในปี 2557 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนสำหรับเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อายุ 9-14 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 60.4 ระดับพอใช้ ร้อยละ 38.3 และระดับดีมาก ร้อยละ 1.3[9] โดยกองสุขศึกษา ได้จำแนกแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ไว้ 6 องค์ประกอบ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam[10] ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการจัดการเงื่อนไขตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนสำหรับเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อายุ 9-14 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 60.4[11] และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน[12] จากข้อมูลสถานการณ์ข้างต้น พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน ยังคงเป็นปัญหา

สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและเป็นภัยคุกคามที่อาจส่งผลต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้ในอนาคต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน โดยมุ่งหวังที่จะลดอัตราเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน รวมถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ได้ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนารูปแบบ ADDIE Model ของ Strickland (2006)[13] มาใช้ในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 5 ขั้น ได้แก่ ขั้นที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ (Analysis) ขั้นที่ 2 การออกแบบ (Design) ขั้นที่ 3 การพัฒนา (Development) ขั้นที่ 4 การนำไปทดลองใช้ (Implement) และ ขั้นที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) และประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ[10] มาใช้ในการออกแบบกิจกรรมเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน ประกอบด้วย 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) ทักษะการจัดการเงื่อนไขตนเอง 5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ โดยดำเนินการศึกษาในพื้นที่ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ เดือน พฤศจิกายน 2567 – กรกฎาคม 2568 แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ[13] ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ขั้นที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ (Analysis : A)

ดำเนินการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ประชากร คือ เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ในภาคการเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 จังหวัดนครศรีธรรมราช และมีผลภาวะโภชนาการ อยู่ในระดับภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน จำนวน 3,224 คน ซึ่งเป็นข้อมูลจากรายงานระบบ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 25 กรกฎาคม 2567 และทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan(1970)[14] กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง (e) เท่ากับ 0.05 ค่าสัดส่วนของประชากร (p) เท่ากับ 0.5 ค่าไค-สแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (χ^2) เท่ากับ 3.841 ขนาดของประชากรที่ได้จากการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย (N) เท่ากับ 3,224 คน จำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 344 คน และป้องกันการสูญหายของข้อมูล 10% ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็น 379 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย (Inclusion criteria) คือ เด็กวัยเรียน ช่วงอายุ 10-

14 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมโดยความสมัครใจ และผู้ปกครองอนุญาต เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การใช้จ่ายเงิน กิจกรรมยามว่าง และการนอนหลับ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความในช่องว่างรวมจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย ภาวะอ้วนของบิดามารดา ระดับการศึกษาของผู้ปกครองหลัก อาชีพของผู้ปกครองหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัว มีลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความในช่องว่าง รวมจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการจัดการเงื่อนไขตนเอง และ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert's scale) เป็นความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ ส่วนทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และทักษะการตัดสินใจ มีลักษณะเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก รวมจำนวน 35 ข้อมีลักษณะเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก รวมจำนวน 35 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท เป็นความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ 6-7 วัน/สัปดาห์ 4-5 วัน/สัปดาห์ 3 วัน/สัปดาห์ 1-2 วัน/สัปดาห์ และไม่ได้ปฏิบัติ รวมจำนวน 30 ข้อ

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในการป้องกันโรคอ้วน ประยุกต์ตามเกณฑ์มาตรฐานการจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนไทยเพื่อป้องกันโรคอ้วน ของกองสุขศึกษา[15] แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดีพอ (คะแนน <60% ของคะแนนเต็ม) ระดับพอใช้ได้ (คะแนน ≥60% - <80% ของคะแนนเต็ม) และระดับดีมาก (คะแนน ≥80% ของคะแนนเต็ม) วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ เฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter multiple regression analysis) โดยมีการทดสอบ หาค่า Multicollinearity ซึ่งผลการทดสอบเป็นไป ตามเงื่อนไขข้อตกลงเบื้องต้น สำหรับตัวแปรอิสระที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) จะมีการปรับเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) ก่อนนำไปใช้เป็นตัวแปรทำนายในสมการถดถอยพหุคูณ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ขั้นที่ 2 การออกแบบ (Design : D)

ดำเนินการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 มาใช้ในการพัฒนารูปแบบ ในระยะที่ 2 นี้ ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ บุคลากรสาธารณสุข 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 5 คน ครู 5 คน และผู้ปกครองเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน 5 คน รวม 25 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ

เฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นที่ 3 การพัฒนา (Development : D)

นำรูปแบบที่สังเคราะห์ขึ้นจากขั้นที่ 2 เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา โดยประยุกต์ตามเกณฑ์มาตรฐานทางการศึกษา[16] ได้แก่ ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) ด้าน ความเหมาะสม (Propriety) และด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.8 แสดงว่า สามารถนำรูปแบบไปใช้ได้

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ขั้นที่ 4 การนำไปทดลองใช้ (Implement: I)

ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน คือ รูปแบบ “HL4Fun” ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) Friend and Fun 2) Fun to Find 3) Food for Fun 4) Fun for Fit ใช้ระยะเวลาจัดกิจกรรม 12 ชั่วโมง และติดตามผลในระยะเวลา 12 สัปดาห์

ขั้นที่ 5 การประเมินผล (Evaluation : E)

ดำเนินการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน โดยประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน และค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนอายุ 10-14 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ในภาคการเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 และผลการประเมินภาวะโภชนาการ แปลผลอยู่ในระดับมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 จากงานวิจัยของวิไลวรรณ ภูศรีเทศ (2564)[17] เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน ก่อนการทดลองเท่ากับ 59.17 คะแนน (S.D.= 6.21) หลังการทดลอง เท่ากับ 62.46 คะแนน (S.D.= 7.20) อำนาจการทดสอบก่อนวิจัย (Priori Power Analysis) กำหนดค่าความผิดพลาดในการทดสอบแบบที่ 1 (Type I Error) เท่ากับ 0.05 อำนาจในการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) ขนาดกลาง เท่ากับ 0.50 อ้างในตารางการประมาณค่าขนาดอิทธิพล Cohoen (1977) ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามชุดเดียวกับการศึกษาในระยะที่ 1 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะ กรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช เลขที่ HPC11-27/2567 วันที่ 23 กันยายน 2567

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช จากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ได้ (3.06 ± 0.61) ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพข้อที่มีการตอบถูกมากที่สุด คือ คนที่มีภาวะอ้วน ควร

หลีกเลี่ยงอาหารในข้อใด มากที่สุด ร้อยละ 97.13 ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ได้ (3.02 ± 0.45) ด้านทักษะการจัดการเงื่อนไขตนเอง อยู่ในระดับพอใช้ได้ (3.12 ± 0.80) ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับพอใช้ได้ (3.04 ± 0.96) และด้านทักษะการตัดสินใจ ข้อที่มีการตอบถูกมากที่สุด คือ นักเรียนจะมีวิธีแนะนำเพื่อนที่ชอบดื่มน้ำอัดลมให้ลดการดื่มลงเพื่อป้องกันโรคอ้วนได้อย่างไร ร้อยละ 82.32 และโดยภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 100.00 (1.48 ± 0.96) และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับพอใช้ได้ (3.46 ± 0.54) ด้านพฤติกรรมกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับพอใช้ได้ (3.12 ± 0.47) และด้านพฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ อยู่ในระดับพอใช้ได้ (3.24 ± 0.65) และโดย

ภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 4.93 (3.12 ± 0.56) และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ได้แก่ การเล่นโทรศัพท์ (β = 0.224) การออกกำลังกาย (β = 0.238) การรับประทานอาหารหวาน (β = 0.201) ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (β = 0.127) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (β = 0.146) และทักษะการตัดสินใจ (β = 0.192) ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 48.80 (R^2 = 0.488) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ในการป้องกันโรคอ้วน มากที่สุด คือ การออกกำลังกาย และรองลงมา คือ การเล่นโทรศัพท์

ระยะที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนารูปแบบ ADDIE Model ของ Strickland (2006)[13] มาใช้ในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ และประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ[10] มาใช้ในการออกแบบกิจกรรมเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน ซึ่งรูปแบบที่ได้ คือ “HL4Fun” ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “Friend and Fun” กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ สร้างสัมพันธภาพ ประเมินภาวะโภชนาการ ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน การบรรยายเกี่ยวกับข้อมูลสถานการณ์ปัญหา ผลกระทบและการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน การจัดการอารมณ์และความเครียดขณะลดน้ำหนัก การตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนัก และจับคู่กับเพื่อน เพื่อช่วยกันกระตุ้นเตือนในการลดน้ำหนัก

กิจกรรมที่ 2 “Fun to Find” การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งน่าเชื่อถือ แนะนำเว็บไซต์ด้านสุขภาพ และฝึกปฏิบัติการสืบค้นข้อมูลทางสุขภาพจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ

กิจกรรมที่ 3 “Food for Fun” การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับ อาหารถูกหลักโภชนาการ ธงโภชนาการ และการอ่านฉลากโภชนาการ ฝึกปฏิบัติการอ่านฉลากโภชนาการ การเลือกบริโภคอาหาร และการบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Food Dairy)

กิจกรรมที่ 4 “Fun for Fit” การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมในเด็กวัยเรียน การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง สาธิตและฝึกปฏิบัติการทำกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับเด็กวัยเรียน ได้แก่ ChoPA&ChiPa, เทคนิคการยืดเหยียดร่างกาย เป็นต้น และการทดสอบความยืดหยุ่นของร่างกาย

ระยะที่ 3 ผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากการประเมินผลหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะ

น้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน (รูปแบบ“HL4Fun”) ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ พบว่า

1) คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน พบว่า ก่อนได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน 68.46 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.42 คะแนน และหลังได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน 113.33 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.60 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ พบว่า หลังได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ผลต่างคะแนนเฉลี่ย 44.86 คะแนน

2) คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ พบว่า ก่อนได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 24.03 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.01 คะแนน และหลังได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 41.50 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.81 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ พบว่า หลังได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ผลต่างคะแนนเฉลี่ย 17.46 คะแนน

3) คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ พบว่า ก่อนได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย 26.83 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.42 คะแนน และหลังได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย 39.90 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.26 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ พบว่า หลังได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ผลต่างคะแนนเฉลี่ย 13.06 คะแนน

4) คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการจัดการอารมณ์ ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ พบว่า ก่อนได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการจัดการอารมณ์ 33.06 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.12 คะแนน และหลังได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการจัดการอารมณ์ 45.96 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.27 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการจัดการอารมณ์ ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ พบว่า หลังได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ผลต่างคะแนนเฉลี่ย 12.90 คะแนน

5) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ พบว่า ก่อนได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน 86.20คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.74 คะแนน และหลังได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน 127.36 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.77 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ พบว่า หลังได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ผลต่างคะแนนเฉลี่ย 41.16 คะแนน

6) ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ พบว่า ก่อนได้รับรูปแบบ มีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว 58.71 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.17 กิโลกรัม และหลังได้รับรูปแบบ มีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว 56.68 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.30 กิโลกรัม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ พบว่า หลังได้รับรูปแบบ มีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวต่ำกว่าก่อนได้รับรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ผลต่างค่าเฉลี่ย 2.03 กิโลกรัม

สรุปผลและอภิปรายผล

1. สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า โดยภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับไม่ดีพอ สอดคล้อง กับการศึกษาของ จามจุรี แซ่หลู่ และนภาวรรณ วิริยะศิริกุล ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วน โดยรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน[18]ในส่วนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์ และคณะ ที่พบว่านักเรียนมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ[19] และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ประกอบด้วย การเล่นโทรศัพท์ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารหวาน ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน มีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple factors) โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

การเล่นโทรศัพท์ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน โดยพบว่า ขณะเล่นโทรศัพท์ เด็กมีการรับประทานอาหารจุกจิก ขนมหวาน และน้ำอัดลม โดยรับประทานในปริมาณมาก ประเภทอาหารที่รับประทานจะเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง ในขณะที่ร่างกายมีการใช้พลังงานน้อย รวมถึงเด็กได้รับอิทธิพลของการตลาดที่ใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร ได้รับการเสนอขาย และตกเป็นเหยื่อของโฆษณาสินค้าที่เป็นอาหารจากสื่อต่างๆ ได้ง่าย และอาจทำให้ตัดสินใจสั่งซื้ออย่างรวดเร็ว[20]

การออกกำลังกาย มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มการใช้พลังงานที่เก็บสะสมในรูปของไขมัน การเพิ่มการเผาผลาญไขมันส่วนเกิน เด็กที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคอ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Nuaim A. ที่พบว่าภาวะน้ำหนักเกิน มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการออกกำลังกาย[21]

การรับประทานอาหารหวาน มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน โดยเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่บริโภคอาหารที่มีรสหวานจัด ทำให้ได้รับน้ำตาลในปริมาณมากเกินไป ซึ่งมักมาจากการบริโภคอาหารประเภทน้ำอัดลม ผลิตภัณฑ์ปรุงแต่งรสหวาน ดื่มนมที่มีรสหวานมากกว่านมรสจืด และการเติมเครื่องปรุงรสประเภทน้ำตาลลงในอาหารก่อนรับประทาน[22]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยาวีร์ อนนท์จารย์ และอรพรรณ อุดมพร ที่พบว่าปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะ โภชนาการเกิน ได้แก่ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ[23]

2.รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ “HL4Fun” ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “Friend and Fun” กิจกรรมที่ 2 “Fun to Find” กิจกรรมที่ 3 “Food for Fun” และกิจกรรมที่ 4 “Fun for Fit”

3. ผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน หลังได้รับรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว หลังได้รับรูปแบบ มีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวต่ำกว่าก่อนได้รับรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ซึ่งจะเห็นได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล พราหมเภทย์ และ พรสุข หุ่นนิรันดร์ (2565)[24] ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันน้ำหนักเกิน สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน ทุกภาคส่วน สามารถนำรูปแบบที่ได้จากการวิจัยนี้ ไปใช้ในการจัดการภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียนได้ โดยประยุกต์ให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลหลังดำเนินกระบวนการเสร็จสิ้นไปแล้ว อีก 3 - 6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนผลลัพธ์ของรูปแบบ
2. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้เห็นประสิทธิภาพที่ชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน และผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1.Reilly J, Armstrong J, Dorosty A, Emmett PM, Ness A, Steer C. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. BMJ Open 2005; 330(7504): 1357.

2.Witkowska-Sedek E, Kucharska A, Ruminska M, Pyrzak B. Thyroid dysfunction in obese and overweight children. Endokrynol Pol 2017; 68(1): 54-60.

3.Groeneveld IF, Solomons NW, Doak CM. Nutritional status of urban schoolchildren of high and low socioeconomic status in Quetzaltenango, Guatemala. Rev Panam Salud Publica 2007; 3(22): 169-177.

4.Fukuyama S, Inaoka T, Matsumura Y, Yamauchi T, Natsuhara K, Kimura R, Ohtsuka R. Anthropometry of 5-19-year-old Tongan children with special interest in the high prevalence of obesity among adolescent girls. Ann Hum Biol 2005; 32(6): 714-723.

5.Franzini L, Elliott M, Cuccaro P, Schuster M, Gilliland M, Grunbaum J, Franklin F, Tortolero S. Influences of Physical and Social Neighborhood Environments on Children's Physical Activity and Obesity. Am J Public Health 2009; 99(2): 271-278.

6.สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. แนวทางการคัดกรองส่งต่อและแก้ปัญหาเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และคลินิก DPAC. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์ แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2562

7.Lobstein T, Jackson-Leach R. Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school -age children in 2025. [Internet] 2016. [Cited 9 April 2024] Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27684716/

8.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลรายงานโภชนาการ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/e28682b2718e6cc82b8dbb3e00f2e28e

9.Health Education Division. Assessing and Improving Health Literacy. Nonthaburi: Health Education Division; 2014.

10.Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? Int. J Public Health 2009; 54: 303-305.

11.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การประเมินและการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.

12.ศิริวรรณ ชอบธรรมสกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา 2562; 8(1): 116-123

13.Strickland AW. ADDIE. Idaho State University College of Education, Science, Math & Technology Education; 2006.

14.Krejcie RV. & Morgan DW. Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10.

15.Health Education Division. Assessing and Improving Health Literacy. Nonthaburi: Health Education Division; 2014.

16.Madaus GF., Scriven MS., Stufflebeam DL. Evaluation models viewpoints on educational and human services evaluation. Boston: Khuwer-Nijhoff; 1983

17.วิไลวรรณ ภูศรีเทศ. ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ; 2564.

18.จามจุรี แซ่หลู่ และนภาวรรณ วิริยะศิริกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียน ที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2563;7(11): 1-15.

19.Tirapaiwong Y, Mueannadon R, Chaiwong C, Khonyang W, Nikom O. Health Literacy, Health Behaviors, and Nutritional Status among Upper Primary School Students, Nonsung Subdistrict, Udonthani Province. Journal of Prachomklao College of Nursing 2020; 3(3): 78-93.

20.สุปราณี จ้อยรอด. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยการมีส่วนร่วมของพหุภาคีในเขตระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก จังหวัดฉะเชิงเทรา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

21.Al-Nuaim A, Al-Nakeeb Y, Lyons M, Al-Hazzaa M, Nevill A, Collins P, et al. The prevalence of physical activity and sedentary behaviours relative to obesity among adolescents from Al-Ahsa, Saudi Arabia: Rural versus urban variations. Journal of Nutrition and Metabolism 2012; 417589.

22.Chaingkuntod S. Knowledge and Behavior on Food Consumption of Pasi Charoen Persons. Research for Healthy Space Developing: A Pilot Study of Phasicharoen District, Bangkok. [Internet]. 2013 [Cited in 15 January, 2024]. Available from: https://rcfcd.com/?p=3552

23.Anonjarn K, Odomporn O. The Influence of Health Literacy with Consumption and Exercise Behavior among School-age Children with Overnutrition. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2021; 22(2): 314-326.

24.นฤมล พราหมเภทย์ , พรสุข หุ่นนิรันดร์. การพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพของวัยรุ่น น้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์และเครือข่ายสังคม ในเขตสุขภาพที่ 12. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2565; 9(2): 162-178

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้การแพทย์ทางไกลในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

Development of a Telemedicine-Based Care Model for Patients with Hypertension at Suwannaphum Hospital.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

ใล จุลสม[1] โชคนิติพัฒน์ วิสูญ[1], เอมอร ทาระคำ[1]
Lai Junsom[1], Choknitiphat Visoon[1], Emon Tharakum[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้การแพทย์ทางไกลในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 7 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และเครือข่ายชุมชน รวม 148 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณได้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มสีเขียว 124 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวทางการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบบันทึกสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลักคือการเตรียมระบบและทีมงาน การประเมินความพร้อมของชุมชนและผู้ป่วย การตรวจรักษาผ่าน Platform Google Meet โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การให้คำแนะนำทางคลินิกและการส่งต่อข้อมูล และการจัดส่งยาถึงบ้านโดยไรเดอร์ ผลลัพธ์การนำระบบไปใช้พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (P<0.001) พฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น (P< 0.001) ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง (P< 0.001) ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง (p=0.001) และระดับ LDLคอเลสเตอรอลลดลง (p< 0.001)

คำสำคัญ: การแพทย์ทางไกล, ความดันโลหิตสูง, การจัดการโรคเรื้อรัง

Abstract

This action research aimed to investigate problems, develop a model, and evaluate outcomes of telemedicine-based care for patients with hypertension at Suwannaphum Hospital, Roi Et Province, from March to September 2024, over a period of 7 months. Qualitative sample included 148 participants consisting of multidisciplinary team members, patients, and community networks. The quantitative sample included 124 patients with well-controlled hypertension. Research instruments consisted of focus group discussion guidelines, satisfaction assessment forms, dietary behavior evaluation forms, and health record forms. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics while qualitative data were analyzed by content analysis.

Results revealed that the care model development process comprised five main steps: system and team preparation, community and patient readiness assessment, consultation via Google Meet platform by multidisciplinary teams, clinical guidance and information transfer, and home medication delivery by riders. Implementation results showed statistically significant improvements in patient satisfaction (P<0.001), dietary behavior (P<0.001), systolic and diastolic blood pressure reduction (P<0.001), and LDL cholesterol level decrease (P<0.001).

Keywords: Telemedicine, Hypertension, Chronic Disease Management

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต

[1] โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

จากโรคหัวใจและหลอดเลือด องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรอายุ 30-79 ปีเกือบ 1.28 พันล้านคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่ทราบว่าตนเองป่วยมากถึงร้อยละ 46 และมีเพียงร้อยละ 42 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ขณะที่ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้[1] ประเทศไทยเผชิญกับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 2 แสนคน ส่วนในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ 507,104 คน สถานการณ์ในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าในปี 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 62,670 คน[2] จังหวัดร้อยเอ็ดมีความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง ปี 2565 ถึง 2567 พบผู้ป่วยจำนวน 128,128 ราย 136,058 ราย และ 141,953 ราย ตามลำดับ โดยอำเภอสุวรรณภูมิมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสะสม 11,695 ราย 12,248 ราย และ 12,733 ราย ตามลำดับ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีร้อยละ 61.35 59.49 และ 66.01 ตามลำดับ[3]โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 12,733 ราย มีการให้บริการ 2 วันต่อสัปดาห์ คือวันพฤหัสบดีสำหรับผู้ป่วยนอกเขตตำบลสระคู และวันจันทร์สำหรับผู้ป่วยในเขตตำบลสระคูรวมกับคลินิกโรคไตวายเรื้อรัง มีอัตราการเข้ารับบริการเฉลี่ย 250-300 คนต่อวัน ทำให้เกิดปัญหาความแออัด การให้บริการล่าช้า ระยะเวลารอคอยนาน และเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง[4] การแพทย์ทางไกลได้รับการพัฒนาและใช้อย่างแพร่หลายในระบบสุขภาพไทยหลังสถานการณ์ COVID-19 มูลค่าตลาดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพดิจิทัลของไทยคาดว่าจะถึง 1.4 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2568 ขณะที่ตลาดเทเลเมดิซีนของไทยคาดว่าจะเติบโตประมาณ 90 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2566 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดต้นทุนและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ[5] การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบสุขภาพไทยมีรากฐานที่แข็งแกร่งจากระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชนมีบทบาทสำคัญในการค้นหา ป้องกัน และส่งต่อกรณีที่มีปัญหาสุขภาพ แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการใช้ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ[6]

จากสภาพปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้การแพทย์ทางไกลประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างครบถ้วน มีความปลอดภัย และเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมมากที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้การแพทย์ทางไกลในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้การแพทย์ทางไกลในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มสีเขียว

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[7] ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลักคือการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยหมุนเป็นเกลียวต่อเนื่อง ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 7 เดือน

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาที่โรงพยาบาลสุวรรณภูมิในเขตชุมชนตำบลสระคู จำนวน 400 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้

สูตรของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5%[8] กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เภสัชกร 1 คน โภชนากร 1 คน นักวิทยาศาสตร์การกีฬา 1 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มสีเขียว 124 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 15 คน และไรเดอร์ส่งยา 1 คน รวม 148 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณได้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มสีเขียว 124 คน ที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันโลหิต <140/90 mmHg อายุ 18 ปีขึ้นไป คนในครอบครัวมีโทรศัพท์มือถือหรือข้างบ้านมีโทรศัพท์สามารถสื่อสารถึงผู้ป่วยได้ ไม่มีโรคร่วมที่ซับซ้อน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษาได้แก่ ความดันโลหิตมากกว่า 180/110 mmHg หรือต่ำกว่า 90/60 mmHg ร่วมกับมีอาการทางระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือการมองเห็น และอาศัยอยู่นอกเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่ 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการ 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 มิติ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 3) แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 16 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต 3 ระดับ และ 4) แบบบันทึกสุขภาพผู้ป่วยประกอบด้วยค่าน้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต และค่าระดับไขมัน LDL

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวทางของ Braun และ Clarke[9]

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 124 ราย พบว่าส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 73.4 อายุเฉลี่ย 65.50 ปี (SD = 10.42) สถานภาพสมรสร้อยละ 57.30 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 84.70 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 79.0 รายได้เฉลี่ย 3,694.35 บาท (SD = 5,073.09) มีพันธุกรรมโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 85.50 มีโรคร่วมไขมันในเลือดสูงร้อยละ 45.20 ระยะเวลาป่วย 0-5 ปีร้อยละ 74.20 เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45.20 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสุขภาพ เครือข่ายชุมชน และผู้รับบริการ พบปัญหาหลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) ความแออัดในโรงพยาบาลจากผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง 2) ระยะเวลารอคอยนานเฉลี่ย 1.20 ชั่วโมง 3) ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 200-300 บาทต่อครั้ง และ 4) การเข้าถึงบริการที่จำกัดโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่อยู่ห่างไกล การประเมินความพึงพอใจก่อนการดำเนินการพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการในระดับปานกลาง โดยด้านกระบวนการหรือขั้นตอนการให้บริการมีความพึงพอใจปานกลางร้อยละ 75.17 ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจปานกลางร้อยละ 82.80 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกมีความพึงพอใจปานกลางร้อยละ 80.80 ด้านคุณภาพการให้บริการมีความพึงพอใจปานกลางร้อยละ 83.45 และด้านความเชื่อมั่น

เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการมีความพึงพอใจปานกลางร้อยละ 79.84

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้การแพทย์ทางไกล รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ดังนี้ 1) การเตรียมระบบและทีมงาน โดยจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ 8 คน เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นรวมถึง Notebook 2 เครื่อง Pocket WiFi เครื่องวัดความดันโลหิต และติดตั้งระบบสัญญาณ Internet ที่ศูนย์คนไทยห่างไกลNCDs 2) การประเมินความพร้อมของชุมชนและผู้ป่วย โดยประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ และอบรมเครือข่ายชุมชน 3) การตรวจรักษาผ่าน Platform Google Meet โดยซักประวัติและตรวจร่างกายโดยพยาบาล พบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวผ่าน Video Call และให้คำปรึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) การให้คำแนะนำทางคลินิกและการส่งต่อข้อมูล โดยบันทึกข้อมูลใน HosXP ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกำหนดแผนการติดตาม และ 5) การจัดส่งยาถึงบ้านโดยไรเดอร์ โดยเภสัชกรจัดยาและให้คำปรึกษา ส่งยาถึงบ้านภายในวันเดียวกัน และโทรศัพท์ติดตามการรับประทานยา

การประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้การแพทย์ทางไกล ความพึงพอใจต่อการให้บริการหลังการดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย 74.56 คะแนน (SD = 3.32) เป็น 101.92 คะแนน (SD = 10.26) โดยมีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ค่า P < 0.001 จำแนกตามมิติพบว่าด้านกระบวนการให้บริการมีผู้รับบริการความพึงพอใจมากร้อยละ 77.41 และความพึงพอใจอย่างมากร้อยละ 12.90 ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจมากร้อยละ 72.04 และความพึงพอใจอย่างมากร้อยละ 14.65 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกมีความพึงพอใจมากร้อยละ 76.45 และความพึงพอใจอย่างมากร้อยละ 9.17 ด้านคุณภาพการให้บริการมีความพึงพอใจมากร้อยละ 77.55 และความพึงพอใจอย่างมากร้อยละ 10.88 และด้านความเชื่อมั่นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการมีความพึงพอใจมากร้อยละ 72.84 และความพึงพอใจอย่างมากร้อยละ 12.36 พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากคะแนนเฉลี่ย 34.80 คะแนน (SD = 2.28) เป็น 41.40 คะแนน (SD = 4.07) โดยมีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ P < 0.001 พฤติกรรมที่ปรับปรุงได้ดีที่สุดได้แก่การทานยาเป็นประจำอย่างต่อเนื่องและถูกต้องมีคะแนน 46.58 การดื่มน้ำเปล่าวันละ 8-10 แก้วมีคะแนน 45.54 การกินอาหารครบ 5 หมู่และการนอนพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวันมีคะแนน 45.16 เท่ากัน การกินผักหลากหลายวันละ 2-3 ทัพพีมีคะแนน 44.00 และการกินผลไม้วันละ 2-3 ส่วนมีคะแนน 43.35 ตัวชี้วัดทางคลินิกมีการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายตัวชี้วัด ดัชนีมวลกายมีการเปลี่ยนแปลงจาก 22.69 kg/m² (SD = 4.05) เป็น 22.59 kg/m² (SD = 3.28) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 132.33 mmHg (SD = 10.62) เป็น 128.56 mmHg (SD = 10.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P < 0.001 ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 73.13 mmHg (SD = 8.91) เป็น 72.55 mmHg (SD = 10.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P < 0.001 และระดับ LDL คอเลสเตอรอลลดลงจาก 114.69 mg/dl (SD = 34.60) เป็น 103.83 mg/dl (SD = 22.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P < 0.001 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนหลังดำเนินการ T-Test Paired Samples Statistics (n=124)

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 total_bh	34.8	124	2.28	.205
total_B	41.4	124	4.07	.366

Paired Samples Correlation

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 total_bh & total_B	124	-.146	.001

ตาราง 2 ค่าดัชนีมวลกาย หลังดำเนินการ (n=124)

BMI	N	ร้อยละ
18.5 - 22.99 = ปกติ	76	61.29
23.00 – 24.99 = เกิน	17	13.70
25.00 = อ้วน	31	25.00
รวม	124	100.00

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนค่าดัชนีมวลกาย ก่อน- หลังดำเนินการ (n=124)

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	BMI1	22.6873	124	4.05216	.36389
	BMI2	22.5943	124	3.28402	.29491

Paired Samples Correlations				
		N	Correlation	Sig.
Pair 1	BMI1 & BMI2	124	.125	.001

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ค่าความดันโลหิต ก่อนหลังดำเนินการ (n=124)

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	sys 1	132.3306	124	10.62343	.95401
	sys 2	128.5645	124	10.08036	.90524

Paired Samples Correlations				
		N	Correlation	Sig.
Pair 1	sys1 & sys 2	124	.235	.001

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	dias 1	73.1290	124	8.90690	.79986
	dias 2	72.5484	124	10.11025	.90793

Paired Samples Correlations				
		N	Correlation	Sig.
Pair 1	dias1 & dias 2	124	.438	.001

ตาราง 5 ค่าระดับไขมัน LDLหลังดำเนินการ (n=124)

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	LDL1	114.6855	124	34.59813	3.10700
	LDl2	103.8306	124	22.44912	2.01599

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ค่าระดับไขมัน LDLก่อน หลังดำเนินการ (n=124)

Paired Samples Correlations				
		N	Correlation	Sig.
Pair 1	LDL1 & LDl2	124	.691	.001

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้การแพทย์ทางไกลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Haldane และคณะ[10] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้บริการสุขภาพช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพ การใช้ Platform Google Meet ในการศึกษานี้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยที่ประชาชนคุ้นเคยกับเทคโนโลยีนี้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Runkle และคณะ[11] ที่ใช้แอปพลิเคชันเฉพาะในการเฝ้าระวังแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายชุมชนในการศึกษานี้ให้ความสำคัญกับการอบรมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Burke และคณะ[12] ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายชุมชนมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความรู้และทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การลดลงของความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ[13] ที่พบว่าการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลช่วยปรับปรุงการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเพิ่มขึ้นของความพึงพอใจของผู้รับบริการในการศึกษานี้สูงกว่าการศึกษาอื่นๆ ที่รายงานไว้ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการออกแบบระบบที่เน้นความสะดวกสบายและการลดต้นทุนในการเดินทางของผู้ป่วย การส่งยาถึงบ้านโดยไรเดอร์เป็นนวัตกรรมที่สำคัญที่ช่วยเพิ่มความพึงพอใจและการปฏิบัติตามการรักษา สอดคล้องกับแนวโน้มของการใช้บริการส่งของถึงบ้านที่เป็นที่นิยมในประเทศไทย การปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่พบในการศึกษานี้แสดงให้เห็นประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพผ่านระบบการแพทย์ทางไกล โดยเฉพาะบทบาทของโภชนากรและนักวิทยาศาสตร์การกีฬาในการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดลงของระดับ LDL คอเลสเตอรอลสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบเชิงบวกของการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ[14]

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้การแพทย์ทางไกลสามารถนำไปใช้กับโรคเรื้อรังอื่นๆ และสถานบริการสุขภาพอื่นโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือ ควรมีการขยายพื้นที่การให้บริการในปี 2569 ไปยังเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และขยายผู้ป่วยเป้าหมายให้ครอบคลุมทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่คุมได้ดี ควรพัฒนาระบบนิเทศและติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ โดยกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจนและมีการประเมินผลทุก 3 เดือน พัฒนาแอปพลิเคชันหรือระบบแจ้งเตือนสำหรับผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการในการติดตามสถานะการดูแล และสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชนและหน่วยงานที่ดำเนินงานเพื่อแบ่งปันประสบการณ์และแนวปฏิบัติที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ชูชัย เต็มธนะกิจไพศาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ที่สนับสนุนโครงการการแพทย์ทางไกล ขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข และเครือข่ายชุมชนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Violence against women. 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

2.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2567. 2567. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=43037

3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2567.

4.โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. รายงานการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประจำปี 2567. สุวรรณภูมิ: โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ; 2567.

5.สุรสิงห์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ. 2566;14(2):1-10.

6.พุทธิดา จันทร์ดอนแดง. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2556;23(4):15-25.

7.Kemmis S, McTaggart R. The action research planner: Doing critical participatory action research. 3rd ed. Singapore: Springer Nature; 2022.

8.Martínez-Mesa J, González-Chica DA, Duquia RP, Bonamigo RR, Bastos JL. Sampling: how to select participants in my research study? An Bras Dermatol. 2020;91:326-330.

9.Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. Qual Res Sport Exerc Health. 2019;11(4):589-597.

10.Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, Singh SR, Koh GCH, Seng CK, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. PLoS One. 2019;14(5):e0216112.

11.Runkle JD, Sugg MM, Graham G, Hodge B, March T, Mullendore J, et al. Participatory COVID-19 surveillance tool in rural Appalachia: Real-time disease monitoring and regional response. Public Health Rep. 2021;136(3):327-337.

12.Burke E, Watson K, Eva G, Gold J, Garcia-Moreno C, Amin A. Is addressing violence against women prioritised in health policies? Findings from a WHO policies database. PLoS Glob Public Health. 2024;4(2):e0002504.

13.Zhang W, Li X, Chen H, Wang Y. Effectiveness of telemedicine in hypertension control: A systematic review and meta-analysis. Am J Hypertens. 2023;36(2):123-132.

14.Wilson M, Taylor P, Thompson B, Wang Y. Home monitoring devices in telemedicine for chronic disease management. J Telemed Telecare. 2024;30(1):37-46.

ภาวะซึมเศร้าและการเฝ้าระวังอาการที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

Depression and monitoring symptoms of mental health problems in adolescents, Lang Suan Municipality, Lang Suan District, Chumphon Province.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

ปัทมา คงบุญรักษ์[1]
Pattama Kongboonrak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และเฝ้าระวังอาการที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น จำนวน 199 คน

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 33.67 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 8.54 มีภาวะซึมเศร้ามาก ร้อยละ 2.51 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.50 2) กลุ่มอาการที่ปัญหาด้านสุขภาพจิต พบว่า อยู่ในกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล ร้อยละ 50.25 กลุ่มพฤติกรรมสมาธิสั้น พบร้อยละ 45.73 กลุ่มอาการกลั่นแกล้งรังแก พบร้อยละ 9.05 การไม่มีเพื่อนสนิท ร้อยละ 13.57 3) พบปัจจัยที่มีระดับความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า กับ กลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล ($r = .572$, $p < .001$) และภาวะซึมเศร้า กับ ความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย . ($r = .456$, $p < .001$) ส่วนปัจจัยที่มีความความสัมพันธ์ระดับต่ำ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า กับ กลุ่มพฤติกรรมสมาธิสั้น ($r = .355$, $p < .001$) ภาวะซึมเศร้า กับ กลุ่มการกลั่นแกล้งรังแกและปัญหาการเข้าสังคม ($r = .166$, $p < 0.05$)

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า อาการทางสุขภาพจิต

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate the prevalence of depression and to monitor problematic mental health symptoms among adolescents in the Mueang Lang Suan Municipal area, Lang Suan District, Chumphon Province. The study sample consisted of 199 adolescents.

The findings revealed that 33.67% of the participants experienced mild depression, 8.54% had moderate depression, 2.51% had severe depression, and 0.50% had very severe depression. Regarding problematic mental health symptoms, 50.25% were in the depressed and anxious mood group, 45.73% in the hyperactive behavior group, and 9.05% in the bullying group. Additionally, 13.57% reported not having close friends. The study also found a moderate correlation between depression and depressed and anxious mood ($r = .572$, $p < .001$), risk of suicidal ideation ($r = .456$, $p < .001$), and a low correlation was found between depression and Hyperactive behavior ($r = .355$, $p < .001$), Bullying and social problems ($r = .166$, $p < 0.05$)

Keyword: depression, mental health symptoms

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยอาการสุขภาพจิตเป็นหนึ่งปัญหาสำคัญของการสาธารณสุข โดยเฉพาะในนักเรียนนักศึกษา ที่มีการเปลี่ยนแปลงจากการเข้าสู่วัยหนุ่มสาวหลายประการทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จึงมักมีความอ่อนไหวกับวิถีการดำเนินชีวิตที่พลิกผันเปลี่ยนแปลง มีความซับซ้อน และอาจพัฒนาให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยอาการทาง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหลังสวน

สุขภาพจิตมากขึ้น[1] จากการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีปัญหาสุขภาพจิตพบว่า สภาวะอารมณ์ไม่คงที่ เป็นสัญญาณเตือนที่เกิดขึ้นก่อนการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช ซึ่งวัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องอารมณ์ที่แปรปรวน และปล่อยครั้งการที่ไม่สามารถจัดการอารมณ์ได้ ก็เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาต่างๆ มากมายดังนั้น หากวัยรุ่นรู้เท่าทันและสามารถจัดการอารมณ์ตนเองได้ จะทำให้สามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้[2] ปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในวัยรุ่น ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ภาวะความวิตกกังวลหลายๆ ด้าน หรือ Generalized Anxiety ภาวะความวิตกกังวลเฉพาะอย่าง หรือ Specific Anxiety ภาวะความวิตกกังวลด้านสังคม หรือ Social Anxiety และการเสพติด Internet ซึ่งพบได้บ่อยมากในสังคมยุคปัจจุบัน โดยจะเกิดขึ้นเมื่อวัยรุ่นใช้เวลานานเกินไปบน internet หรือ computer โดยที่ตนไม่สามารถหักห้ามใจที่จะไม่ใช้ internet หรือ computer ได้ จะรู้สึกหงุดหงิด โกรธ หรือก้าวร้าว เมื่อตนไม่ได้ใช้ Internet[3]

การศึกษานักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 13 - 17 ปี จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตของนักเรียน พบว่า นักเรียนหนึ่งในห้าคน (ร้อยละ 18.9) มีความรู้สึก อ้างว้างโดดเดี่ยวบ่อยครั้งหรือเป็นประจำในช่วง 12 เดือนก่อนการสำรวจ โดยความชุกของความรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยวในกลุ่มนักเรียนชายและหญิงนั้นไม่พบความแตกต่าง พบว่านักเรียนร้อยละ 16.0 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่างจนทำให้นอนไม่หลับในเวลากลางคืน บ่อยครั้งหรือเป็นประจำในช่วง 12 เดือน ความชุกของการวิตกกังวลในกลุ่มนักเรียนชาย (ร้อยละ 12.7) มีน้อยกว่านักเรียนหญิง (ร้อยละ 18.9) ในด้านความพยายามในการฆ่าตัวตาย พบว่า นักเรียนเกือบ 1 ใน 5 คน (ร้อยละ 17.4) เคยมีความคิดจริงจังในการพยายามฆ่าตัวตาย และมีนักเรียน ร้อยละ 15.5 เคยวางแผนจะพยายามฆ่าตัวตาย และร้อยละ 15.1 ที่พยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง หรือมากกว่า นอกจากนี้ยังพบอีกว่านักเรียนร้อยละ 6.3 ไม่มีเพื่อนสนิทเลย ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันระหว่างนักเรียนชายและนักเรียนหญิง กลุ่มตัวอย่างที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตคือ มีปัญหากับนักเรียนอื่น และมีปัญหากับครู/ อาจารย์ มีโอกาสมีความคิดฆ่าตัวตายมากเป็น 3.7 เท่าของผู้ที่ไม่มีปัญหากับนักเรียนอื่น และ 2.2 เท่าของผู้ที่ไม่มีปัญหากับครู/ อาจารย์ นอกจากนี้ผู้ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามีโอกาสมีความคิดฆ่าตัวตายมากเป็น 2.4 เท่าของผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา[4]

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่มีความรู้สึกเศร้า เหงาหงอย ชีวิตน่าเบื่อ ไม่มีความสุข สูญเสียแรงจูงใจ ไม่มีกำลังใจในการทำสิ่งใดๆ ไม่อยากพูดคุยกับผู้อื่น จนทำให้บางครั้งไม่สามารถปฏิบัติภารกิจพื้นฐานในชีวิตประจำวันได้[5] เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ในส่วนที่มีผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม รวมถึงสุขภาพอื่นๆ อาการที่พบมีหลายอาการ ได้แก่ เศร้า เบื่อหน่าย หงุดหงิดฉุนเฉียว ไม่อยากทำอะไร รู้สึกสิ้นหวัง ร่วมกับอาการนอนไม่หลับ ไม่อยากอาหาร สมาธิลด อ่อนเพลีย ขาดความมั่นใจ การตัดสินใจไม่ดี อาการเหล่านี้มีมากจนมีปัญหาการใช้ชีวิต และนานหลายอาทิตย์ บางคนอาจมีความคิดอยากตายร่วมด้วย ปัจจุบันพบว่ามีคนเป็นโรคซึมเศร้าประมาณว่า 1.2 ล้านคนในประเทศไทย แต่ยังมีหลายคนที่มีอาการ แต่ไม่เข้าใจว่าเป็นโรคซึมเศร้า หรือคิดว่าไม่เป็นอะไร จนอาการมาก บางคนอาจแสดงออกตรงข้ามเพื่อบอกว่ายังไหว บางครั้งเรียกว่าภาวะซึมเศร้าซ่อนเร้น (Smiling depression) คือการแสดงออกที่ไม่ตรงไปตรงมาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แทนที่จะรู้สึกเศร้า หดหู่ หงุดหงิด เก็บตัว ร้องไห้ กลับแสดงออกถึงความรู้สึกที่ในทางตรงกันข้าม ได้แก่ การยิ้มหัวเราะ คิดว่าไม่เป็นอะไร[6] ผลกระทบของภาวะโรคซึมเศร้านั้น เป็นปัญหาระดับประเทศและระดับ

โลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยของการค้นคะนอง และสามารถที่จะตัดสินใจทำอะไรได้อย่างฉับพลัน[7] มีการศึกษาวัยรุ่นอายุ 11 - 19 ปี ที่ศึกษาในโรงเรียนซึ่งเป็นตัวแทน 13 จังหวัด จาก 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (Thai version of Patient Health Questionnaire for Adolescents; PHQ - A) พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน PHQ - A ≥ 10) ร้อยละ 17.5 และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (คะแนน PHQ - A = 5 - 9 คะแนน) ร้อยละ 49.8 พบวัยรุ่นที่มีความคิดอยากตาย ร้อยละ 20.5 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.1 และเคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.4 จากวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายทั้งหมด ร้อยละ 22.5 มีวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 2.2 ทั้งนี้ วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.8 เท่า (OR = 9.8; 95% CI. 8.4 - 11.5)[8]

จากสภาพความเป็นจริง พบว่า เด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต และเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีอยู่ในทุกโรงเรียนและทุกชุมชน แต่จะพบได้มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับว่า มีระบบการคัดครองที่มีประสิทธิภาพหรือไม่ ที่จะสามารถค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหา เพื่อนำมาดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและทันท่วงที ปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนที่พบได้บ่อย สามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มปัญหา ได้แก่ 1) ปัญหาการเรียน เช่น สมาธิสั้น ออทิสติก ความบกพร่องทางการเรียนรู้ ความบกพร่องทางสติปัญญา เรียนรู้ช้า ขาดแรงจูงใจในการเรียน 2) ปัญหาพฤติกรรม เช่น ทะเลาะวิวาท ก้าวร้าว ดื้อต่อต้าน รังแกผู้อื่น โกหก ลักขโมย ติดเกม 3) ปัญหาทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า กลัวการไปโรงเรียน 4) ปัญหาการปรับตัว เช่น เข้ากับเพื่อนไม่ได้[9] เมื่อเด็กเข้าสู่วัยรุ่นจะมีอารมณ์ใหม่เกิดขึ้นหลายอารมณ์ เช่น เหงา เศร้า สับสน อารมณ์เหล่านี้ส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่วนตัว และพฤติกรรมทางสังคมที่สร้างความกังวลให้กับผู้ใหญ่ เช่น ใจร้อน อารมณ์รุนแรง มี ความอดทนต่ำ อีกทั้งยังต้องการความรักที่กว้างขวางจากกลุ่มเพื่อนและเพื่อนต่างเพศอีกด้วย รวมทั้งความต้องการสร้างเอกลักษณ์และการยอมรับ การถูกคาดหวังจากสังคมรอบตัวหลายด้าน ความต้องการให้คนรอบข้างเห็นคุณค่าและยอมรับ ที่สำคัญกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก จนนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาดได้[2] ในการศึกษาด้านการได้รับการสอนในชั้นเรียนเกี่ยวกับสุขภาพจิต พบว่า นักเรียนเกือบครึ่ง (ร้อยละ 46.1) ระบุว่าได้รับการสอนในชั้นเรียนเกี่ยวกับอาการที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และนักเรียนยังได้รับการสอนในชั้นเรียนเกี่ยวกับการจัดการเมื่อพบว่าเพื่อนคิดจะฆ่าตัวตายที่ ร้อยละ 35 และนักเรียนกว่าครึ่งได้รับการสอนในชั้นเรียนเกี่ยวกับการจัดการความเครียด (ร้อยละ 51.7)[10]

ในด้านการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น บางครั้งอาจทำให้พวกเขาเกิดความสับสน ในช่วงนี้หากพ่อแม่ไม่ยอมรับ ใช้อำนาจเคร่งครัดมากเกินไป หรือทอดทิ้งให้เขารู้สึกว่าต้องแก้ปัญหาเองลำพัง วัยรุ่นจะเกิดความเครียดและสับสนในบทบาททางสังคม นอกจากนี้ อาการทางร่างกายที่ตอบสนองต่อความเครียดรุนแรงยังส่งผลกับปัญหาสุขภาพในระยาว ไม่ว่าจะเป็นภาวะความดันโลหิตสูง ระบบลำไส้และทางเดินอาหารแปรปรวน โรคอ้วนจากความอยากอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลมากเกินไป ดังนั้น หากพวกเขามีการเปลี่ยนผ่านชีวิตช่วงวัยรุ่นที่ดี คือการได้รับความรัก ความภาคภูมิใจ และการสอนวินัยเชิงบวกอย่างเต็มที่ จะช่วยเสริมสร้างฐานจิตใจให้แข็งแรง ฝ่าฟันวิกฤตที่อาจจะอยู่ไปอีกพักใหญ่ได้อย่างดี[2] เด็กที่มีสุขภาพจิตดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตในครอบครัว โรงเรียน และสังคม ให้ประสบความสำเร็จและมีความสุข เด็กวัยเรียนเป็นวัยแห่งการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ พฤติกรรม คุณธรรมการปรับตัว และการเรียนรู้ในด้านต่าง ๆ เพื่อออกสู่สังคมนอกบ้าน หากเด็กมีปัญหาสุขภาพจิต ย่อมส่งผลกระทบต่อการพัฒนา

ในทุกด้านข้างต้น รวมถึงผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาต่ำกว่าการออกจากระบบโรงเรียน และภาวะว่างงานในอนาคต[9]

การดูแลที่สำคัญ คือ เพื่อน ครอบครัว หรือครู ช่วยกันสังเกตและเฝ้าระวังผู้มีประวัติโรคซึมเศร้า ผู้ที่มีปัญหาในชีวิต ผู้ที่มีอาการด้านอื่นๆ เช่น นอนไม่หลับ กินไม่ได้ และเมื่อรู้สึกว่าคนใกล้ชิดมีปัญหา[6] ผู้ที่ดูแลเด็กมักจะมีความรักเด็กเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว แต่ความรักเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอและไม่ยั่งยืน ถ้าไม่มีความเข้าใจ และไม่สามารถรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิตที่เด็กมี และลงมือแก้ไขปัญหาตั้งแต่แรกเริ่ม ตั้งแต่ปัญหายังไม่รุนแรง ขณะเดียวกันหากผู้ที่ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตเด็ก ก็จะยิ่งมีประโยชน์ในการช่วยเหลือเด็กได้เร็วและทันท่วงที ช่วยประคับประคองให้เด็กมีสภาพจิตใจที่ดี เติบโตอย่างมีคุณภาพ และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การเรียนรู้ และทำความเข้าใจเรื่องการคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก สามารถช่วยส่งเสริมศักยภาพนี้ได้[9] จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรเร่งดำเนินการและแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน และจะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทางด้าน สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อเร่งแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่จะส่งผลรุนแรงตามมา และการดูแลช่วยเหลือโรงเรียน ในด้านต่างๆ[7] ในปัจจุบันได้มีการผลักดันโรคจิตเวชต่างๆอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานของการรักษาผู้ป่วยทั้งบัตรทอง ประกันสังคม และข้าราชการ การรักษาด้วยยาครอบคลุมในสิทธิประโยชน์ การเพิ่มงบประมาณดูแลสุขภาพจิตเพื่อนำมาพัฒนาโครงการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจิตเวชทุกกลุ่มวัย ด้วยการสร้างการรับรู้ให้ทุกคนตระหนักและคัดกรองสุขภาพจิตตัวเองในเบื้องต้น ตั้งแต่ชุมชน ติดตั้งระบบให้ความช่วยเหลือสุขภาพจิตในช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิต ได้แก่ ความร่วมมือกับโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เพื่อให้มีเพื่อนช่วยสอดส่องดูผู้ที่เข้าข่ายเกิดภาวะซึมเศร้าและเข้าให้ความช่วยเหลือสุขภาพจิต อีกประการคือ สร้างความตระหนักและความรอบรู้ทางสุขภาพจิต[6]

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

2. เพื่อเฝ้าระวังอาการที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษา อายุ 12 ปีขึ้นไป ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในพื้นที่รับผิดชอบเขตเทศบาลตำบลหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษา อายุ 12 ปีขึ้นไป ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในพื้นที่รับผิดชอบ เขตเทศบาลตำบลหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม คำนวณ G* power[11] ได้จำนวน 199 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แยกตามระดับชั้นและสัดส่วนประชากรแต่ละชั้นเรียน กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา อายุ 12 ปีขึ้นไป ในโรงเรียนมัธยมศึกษา เขตเทศบาลเมืองหลังสวน 2) มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร คือ เกิดการเจ็บป่วยในช่วงขณะศึกษาข้อมูล จนไม่สามารถร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสำเร็จรูป คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A)[12] และ เครื่องมือเฝ้าระวังอาการที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นไทย (9S)[13] ของ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน วิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะเวลาดำเนินการ

ระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ.2568 – เดือนกันยายน พ.ศ.2568

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยทำการขอหนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 064 /2568

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.26 เพศชาย ร้อยละ 48.74 ส่วนใหญ่อายุ 17 ปี ร้อยละ 25.63 รองลงมา คือ อายุ 15 ปี ร้อยละ 22.11 กำลังศึกษาระดับชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 3 ถึง มัธยมศึกษาปีที่ 6 โดยมัธยมศึกษาปีที่ 3, 5 และ 6 มีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 25.13 ส่วนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 24.61 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี อาการที่พบมากที่สุดคือ รู้สึกหงุดหงิด ซึมเศร้า หรือสิ้นหวัง ส่วนใหญ่ มีอาการบางวัน ร้อยละ 52.26 รองลงมาคือ รู้สึกเหนื่อยล้าหรือไม่ค่อยมีพลัง มีอาการบางวัน ร้อยละ 49.75 และ รู้สึกเบื่อ ไม่ค่อยสนใจหรือไม่เพลิดเพลิน เวลาทำสิ่งต่างๆ ส่วนใหญ่มีอาการบางวัน ร้อยละ 46.23 ส่วนความรู้สึกที่มีอาการแทบทุกวัน ส่วนใหญ่คือ นอนหลับยาก รู้สึกง่วงทั้งวัน หรือนอนมากเกินไป ร้อยละ 5.53 มีอาการมากกว่า 7 วัน ร้อยละ 13.07 และมีอาการบางวัน ร้อยละ 42.71 และความรู้สึก รู้สึกเหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีพลัง มีอาการแทบทุกวัน ร้อยละ 2.01 มีอาการมากกว่า 7 วัน ร้อยละ 14.07 และมีอาการบางวัน ร้อยละ 49.75

การประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตามเกณฑ์แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 54.78 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 33.67 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 8.54 มีภาวะซึมเศร้ามาก ร้อยละ 2.51 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.50

ร้อยละความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิเสธข้อคำถาม ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายหรือไม่ ร้อยละ 92.97 และตอบว่าใช่ ร้อยละ 8.54 ส่วนข้อคำถามว่า ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีช่วงไหนที่คุณมีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจังหรือไม่ ส่วนใหญ่ปฏิเสธ ร้อยละ 91.46 และตอบว่าใช่ ร้อยละ 7.03

กลุ่มอาการที่ต้องเฝ้าระวังอาการที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นไทย พบว่าข้อคำถามว่า เครียดหงุดหงิดง่าย ว่าใช่ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 31.66 รองลงมาคือข้อคำถามว่า ไม่อยากไปโรงเรียน ร้อยละ 30.15 และข้อคำถามว่า มีอาการใจลอย ร้อยละ 29.65 ส่วนข้อที่ตอบปฏิเสธว่าไม่มี ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.44 คือข้อคำถามว่า รอคอยไม่ได้ และรองลงมาคือ ข้อคำถามว่า ไม่มีเพื่อนสนิท ร้อยละ 86.43 ในการสังเกตและเฝ้าระวังอาการ ตามกลุ่มอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างถูกจัดอยู่ในกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล ร้อยละ 50.25 และไม่มีอาการ ร้อยละ 49.75 ส่วนกลุ่มพฤติกรรมสมาธิสั้น พบร้อยละ 45.73 และไม่มีอาการ ร้อยละ 52.27 กลุ่มอาการกลั่นแกล้งรังแก ได้แก่ การแกล้งเพื่อนและถูกเพื่อนแกล้ง ส่วนใหญ่

ไม่มีปัญหาร้อยละ 90.95 มีปัญหา ร้อยละ 9.05 ข้อคำถามว่า ไม่มีเพื่อนสนิท ส่วนใหญ่ ตอบปฏิเสธ ร้อยละ 86.43 ส่วนน้อย ร้อยละ 13.57

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.26 เพศชาย ร้อยละ 48.74 ส่วนใหญ่อายุ 17 ปี ร้อยละ 25.63 รองลงมา คืออายุ 15 ปี ร้อยละ 22.11 กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ถึง มัธยมศึกษาปีที่ 6 โดยมัธยมศึกษาปีที่ 3, 5 และ 6 มีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 25.13 ส่วนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 24.61 ซึ่งมีสัดส่วนเพศชายและเพศหญิงค่อนข้างใกล้เคียงกัน โดยมีเพศหญิงมากกว่าเล็กน้อย สัดส่วนที่สมดุลนี้บ่งชี้ว่าผลการศึกษาจะไม่เอนเอียงไปทางเพศใดเพศหนึ่งมากเกินไป ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้มีความน่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้กับนักเรียนในกลุ่มอายุนี้ได้ในวงกว้าง การกระจายของอายุและระดับชั้นที่หลากหลายนี้แสดงให้เห็นว่าการศึกษาครอบคลุมช่วงเวลาสำคัญของการพัฒนาของวัยรุ่นและช่วงชีวิตในโรงเรียนมัธยม ผลลัพธ์ที่ได้จึงสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบพฤติกรรมหรือแนวโน้มต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการเปลี่ยนผ่านจากช่วงต้นไปสู่ช่วงปลายของชีวิตในโรงเรียนมัธยม ซึ่งเป็นช่วงวัยที่กำลังเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[14] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 53 เพศชาย ร้อยละ 47 อายุเฉลี่ย 14 ปี การศึกษา[15] พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.3 มีอายุเฉลี่ย 13.94 ปี (M=13.94, SD=0.93) และการศึกษา[16] พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.8 เป็นเพศหญิง ช่วงอายุที่ศึกษาคือ 12 - 19 ปี (Mean = 14.9, S.D.=1.8)

การประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยแยกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการที่พบมากที่สุด คือ รู้สึกหงุดหงิด ซึมเศร้า หรือสิ้นหวัง ส่วนใหญ่พบว่า มีอาการบางวัน ร้อยละ 52.26 อาการเหล่านี้เป็นแสดงถึงภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และสามารถนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ ได้ เช่น การใช้สารเสพติด หรือการแสดงออกที่ก้าวร้าว รองลงมาคือ รู้สึกเหนื่อยล้าหรือไม่ค่อยมีพลัง ส่วนใหญ่มีอาการบางวัน ร้อยละ 49.75 ซึ่งอาการอ่อนเพลียและขาดแรงเป็นอาการทางกายที่พบบ่อยในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และมักถูกมองข้ามหรือเข้าใจผิดว่าเป็นเพียงความเหนื่อยล้าทั่วไป แต่แท้จริงแล้วเป็นอาการที่เชื่อมโยงกับภาวะทางอารมณ์และจิตใจ ส่วนอาการรู้สึกเบื่อ ไม่ค่อยสนใจหรือไม่เพลิดเพลิน เวลาทำสิ่งต่างๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการบางวัน ร้อยละ 46.23 ซึ่งภาวะนี้ เป็นหนึ่งในอาการที่สำคัญของโรคซึมเศร้า บ่งบอกถึงการสูญเสียความสามารถในการรู้สึกมีความสุขหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมที่เคยชอบ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะเปราะบางทางอารมณ์ในระดับที่สูง โดยอาการเหล่านี้เป็นอาการหลักตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า แม้ว่าข้อมูลจะระบุว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นเพียงบางวัน ซึ่งไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าทางคลินิก ที่ต้องมีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แต่การที่มีกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งถึงกว่าครึ่งหนึ่งเผชิญกับอาการเหล่านี้ ก็เป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญถึงภาวะสุขภาพจิตที่น่ากังวล และสอดคล้องกับแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้น การเฝ้าระวังและป้องกันในกลุ่มเยาวชนมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น โดยปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุของอาการเหล่านี้มีความซับซ้อน เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือโรงเรียน ความกดดันทางการเรียน การถูกรังแก หรือการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากเกินไป การแก้ไขปัญหาจึงไม่ควรจำกัดอยู่แค่การรักษา แต่ต้องมุ่งเน้นไปที่การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี และการเสริมสร้างทักษะการรับมือกับความเครียดให้กับวัยรุ่น

ส่วนความรู้สึกที่มีอาการแทบทุกวัน ส่วนใหญ่คือ อาการนอนหลับยาก รู้สึกง่วงทั้งวัน หรือนอนมากเกินไป อาการนี้เป็นหนึ่งในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ซึ่งสัดส่วนผู้ที่มีอาการนี้รวมกันสูงถึง ร้อยละ 61.31 (มีอาการแทบทุกวัน ร้อยละ 5.53, มีอาการมากกว่า 7 วัน ร้อยละ 13.07 และมีอาการบางวัน ร้อยละ 42.71) จึงบ่งชี้ว่า ปัญหาการนอนเป็นอาการส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างนี้ ส่วนในด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าหรือไม่ค่อยมีพลัง อาการนี้มีความชุกสูงเป็นอันดับสองในกลุ่มตัวอย่าง โดยมีผู้ที่มีอาการนี้รวมกันถึง ร้อยละ 65.83 (มีอาการแทบทุกวัน ร้อยละ 2.01 มีอาการมากกว่า 7 วัน ร้อยละ 14.07 และ มีอาการบางวัน ร้อยละ 49.75) อาการอ่อนแรงและเหนื่อยล้าจากภาวะซึมเศร้าจะแตกต่างจากความเหนื่อยล้าทั่วไป โดยจะรู้สึกเฉื่อยชา และมีระดับพลังงานที่ต่ำกว่าปกติอย่างเห็นได้ชัด ข้อมูลระบุว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านการนอนหลับและความเหนื่อยล้าในระดับที่น่าเป็นห่วง ถือเป็นการตอกย้ำถึงปัญหาเชิงลึกด้านสุขภาพจิต ที่นอกเหนือจากอาการทางอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจน ผลการศึกษานี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากอาการทางกายเหล่านี้มักถูกมองข้ามหรือเข้าใจผิดว่าเป็นเพียงความเหนื่อยล้าจากการเรียนหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน แต่ในทางคลินิก อาการเหล่านี้เป็นสัญญาณเตือนที่ชัดเจนของภาวะซึมเศร้า การที่มีวัยรุ่นจำนวนมากประสบกับทั้งปัญหาด้านอารมณ์ (หงุดหงิด, เศร้า) และปัญหาด้านกาย (นอนไม่หลับ , เหนื่อยล้า) พร้อมกัน เป็นภาพสะท้อนของภาวะสุขภาพจิตที่เปราะบางในกลุ่มตัวอย่างนี้ และแม้ว่าผู้ที่มีอาการแทบทุกวัน จะมีสัดส่วนไม่สูงมากนัก แต่จำนวนผู้ที่มีอาการบางวัน หรือมากกว่า 7 วัน รวมกันแล้วคิดเป็นสัดส่วนที่สูงมาก แสดงให้เห็นว่ากลุ่มวัยรุ่นเหล่านี้อาจอยู่ในภาวะกึ่งอาการซึมเศร้า ซึ่งยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเต็มรูปแบบ แต่มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะที่รุนแรงขึ้นในอนาคตหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

การประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 54.78 ถือเป็นสัญญาณที่ดีว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ อย่างไรก็ตาม ตัวเลขที่น่าเป็นห่วงและควรได้รับการวิเคราะห์เชิงลึกคือสัดส่วนของผู้ที่มีอาการในระดับต่าง ๆ จากข้อมูลที่ระบุ สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้าในระดับต่าง ๆ คิดเป็นสัดส่วนรวมกันถึง ร้อยละ 45.22 โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 33.67 ตัวเลขนี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่ามีกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นจำนวนมากที่อยู่ในภาวะ กึ่งอาการซึมเศร้า ซึ่งแม้ว่าจะยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าเต็มรูปแบบ แต่ก็เป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาอาการไปสู่ความรุนแรงมากขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม การมีอาการในระดับนี้มักบ่งชี้ถึงภาวะความเครียดและปัญหาในการปรับตัว ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่าวัยรุ่นในกลุ่มตัวอย่างมีอาการหงุดหงิด เบื่อหน่าย และเหนื่อยล้าในสัดส่วนที่สูง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ซึมเศร้ามาก ซึมเศร้ารุนแรง รุนแรง (ร้อยละ 8.54, 2.51 และ 0.50 ตามลำดับ) ตัวเลขนี้สะท้อนว่ามีวัยรุ่นจำนวนไม่น้อยที่กำลังเผชิญกับภาวะซึมเศร้าทางคลินิก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญอย่างเร่งด่วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[15] ที่พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 20.61 คะแนน (M = 20.61, SD = 9.89) ซึ่งมีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง การศึกษา[17] พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนนภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22) คิดเป็นร้อยละ 98.26 และมีภาวะซึมเศร้า (คะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่า หรือเท่ากับ 22) คิดเป็นร้อยละ 1.73 การศึกษา[18] พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 25.1 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ร้อยละ 43.7 ส่วน[19] พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ข่มเหงรังแกบนโลก

ไซเบอร์ จำนวน 210 ราย มีภาวะซึมเศร้า 76 ราย (ร้อยละ 36.2) การศึกษา[14] พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 14.6 การศึกษา[16] พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43.6 และการศึกษา[20] พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 1.78 (S.D. = 4.46) และพบว่า ตัวแปรที่มีอำนาจทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟันฝ่าอุปสรรค รองลงมาคือ การเสพติดเกมอินเทอร์เน็ต และ การอบรมเลี้ยงดูแบบมีเหตุผล ตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 27 ข้อมูล[2] พบว่าร้อยละ 28 ของเด็กและวัยรุ่นมีภาวะเครียดสูง ร้อยละ 32 มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ในขณะที่อีก ร้อยละ 22 เข้าสังคมลดลง ติดจอและเกมออนไลน์มากขึ้น มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งและความรุนแรงในครอบครัว จนนำไปสู่อัตราเสียงที่ตัวตาย โดยที่[8] พบวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน PHQ-A ≥ 10) ร้อยละ 17.5 และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5-9 คะแนน) ร้อยละ 49.8 โดยเขตสุขภาพที่พบวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5 (ร้อยละ 25.0) เขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยละ 24.0) และเขตสุขภาพที่ 13 (ร้อยละ 23.9)

การประเมินความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ปฏิเสธข้อคำถามว่า ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายหรือไม่ ร้อยละ 92.97 และตอบว่าใช่ (เคย) ร้อยละ 8.54 ส่วนข้อคำถามว่า ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีช่วงไหนที่คุณมีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจังหรือไม่ ส่วนใหญ่ปฏิเสธ ร้อยละ 91.46 และตอบว่าใช่ (เคยคิด) ร้อยละ 7.03 ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงอีกหนึ่งมิติที่น่ากังวลของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะปฏิเสธข้อคำถามเหล่านี้ แต่ตัวเลขที่พบก็เป็นสัญญาณอันตรายที่ไม่อาจมองข้ามได้ เพราะความคิดอยากตายหรือการลงมือทำร้ายตัวเองถือเป็นอาการสำคัญและเป็นสัญญาณเตือนที่ชัดเจนของภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[8] ที่พบว่า วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดอยากตาย ร้อยละ 20.5 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.1 และเคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.4 จากวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายทั้งหมด ร้อยละ 22.5 มีวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 2.2 ทั้งนี้ วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.8 เท่า (OR = 9.8; 95% CI. 8.4 - 11.5) และการศึกษา[4] พบว่า วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงสูงต่อการมีความคิดฆ่าตัวตาย (Mean = 7.08, S.D. = 4.91) กลุ่มตัวอย่างที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต คือมีปัญหากับนักเรียนอื่นและมีปัญหากับครู/อาจารย์ มีโอกาสมีความคิดฆ่าตัวตายมากเป็น 3.7 เท่า ของผู้ที่ไม่มีปัญหากับนักเรียนอื่น (OR = 3.65, CI = 1.53 - 8.73) และ 2.2 เท่าของผู้ที่ไม่มีปัญหากับครู/อาจารย์ (OR = 2.21, CI = 1.15 - 4.23) นอกจากนี้ ผู้ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามีโอกาสมีความคิดฆ่าตัวตายมากเป็น 2.4 เท่า ของผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (OR = 2.36, CI = 1.17 - 4.74) ส่วนการศึกษา[14] พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย (กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า) ร้อยละ 1.9 ส่วนกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.1 (OR 3.0, 95% CI 1.1 - 7.7, $p < 0.05$) และความรู้สึกมีคุณค่าใน ตัวเองต่ำ (OR 14.1, 95% CI 8.0 - 25.0, $p < 0.001$) โดย[16] พบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงที่มีโอกาสจะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 53.2 โดยเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสฆ่าตัวตายร้อยละ 14.4 ภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงที่มีโอกาสจะฆ่าตัวตายสูง 10.8 เท่า (ORadj = 10.8, 95% CI 5.9 - 19.9, $p < 0.001$) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ โรคประจำตัวของคนในครอบครัว (ORadj = 3.4, 95% CI 1.2 - 9.4, $p = 0.021$), เคยถูกใช้ความรุนแรงโดยเพื่อน (ORadj = 2.4, 95% CI 1.3 - 4.5, $p = 0.008$) และ โดยคนในครอบครัว

(ORadj = 2.4, 95% CI1.2 - 4.8, p = 0.012) และระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยผู้ที่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ามีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง (ORadj = 57.3, 95% CI 12.4 - 265.8, p< 0.001) และผู้ที่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ามีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงเช่นกัน (ORadj = 5.1, 95% CI 2.0 - 13.4, p = 0.001) และนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงที่มีโอกาสจะฆ่าตัวตายสูง 10.8 เท่า (ORadj = 10.8, 95% CI 5.9 - 19.9, p< 0.001) ซึ่ง[2] ให้ข้อมูลว่า การฆ่าตัวตายยังเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิตของวัยรุ่น ข้อมูลจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้กรมสุขภาพจิต บอกว่า เด็กและวัยรุ่น 10 - 19 ปีกว่า 10,000 คน ได้โทรเข้าสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อขอรับคำปรึกษา ปัญหาสุขภาพจิตสำหรับวัยรุ่นที่พบมากที่สุดคือความเครียด วิตกกังวล ปัญหาความรักและภาวะซึมเศร้า โดย[21] ให้ความเห็นว่า การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในยุคปัจจุบัน จากข้อมูลพบว่าสาเหตุการตายในวัยรุ่นในลำดับต้นๆ มาจากการฆ่าตัวตาย วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาการในแต่ละด้านที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ในขณะเดียวกันวัยรุ่นถือเป็นวัยที่เปราะบาง ต้องเผชิญกับปัญหาหลากหลายที่อยู่รอบตัว ทำให้บางครั้งวัยรุ่นเลือกที่จะจัดการปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย ผลกระทบจากการฆ่าตัวตายส่งผลต่อตัววัยรุ่น ครอบครัว สถานศึกษา และสังคมรอบตัววัยรุ่นรายดังกล่าว นำมาซึ่งความสูญเสียที่มีมูลค่ามหาศาล สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นทั้งด้านชีวภาพ จิตใจและสังคมวิทยา มีความจำเพาะแตกต่างจากวัยอื่น ข้อมูลจากรายงานของประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีความแตกต่างกันในบางส่วน ขึ้นอยู่กับรูปแบบสังคม วัฒนธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นเป็นเรื่องที่หน่วยงานระดับนานาชาติให้ความสำคัญและกล่าวถึงอย่างมาก

ด้านการเฝ้าระวังอาการที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นไทย เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความอ่อนไหวทางอารมณ์สูง ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ หากไม่สามารถจัดการอารมณ์ได้ ในการศึกษาพบว่า อาการที่พบมากที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ อาการเครียดหงุดหงิดง่าย พบส่วนใหญ่ ร้อยละ 31.66 ซึ่งอาการนี้ อาจแสดงออกผ่านพฤติกรรมที่คนรอบข้างสามารถสังเกตได้ โดยอาการหงุดหงิดง่าย เป็นหนึ่งในสัญญาณเตือนที่สำคัญของโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น และมักจะมาพร้อมกับความรู้สึกไม่สบายใจหรืออารมณ์แปรปรวน รองลงมาคือ อาการไม่อยากไปโรงเรียน ร้อยละ 30.15 ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วน เพราะเป็นพฤติกรรมที่อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความเครียดจากแรงกดดันด้านการเรียน การเผชิญกับการกลั่นแกล้งหรือความรุนแรงในโรงเรียน หรือปัญหาความสัมพันธ์กับครูและเพื่อน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และมีอาการใจลอย ร้อยละ 29.65 สะท้อนถึงปัญหาด้านสมาธิ ซึ่งเป็นหนึ่งในอาการหลักของภาวะซึมเศร้าเช่นกัน และส่งผลกระทบโดยตรงต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาด้วย ส่วนอาการที่พบส่วนน้อย คือ การรอคอยไม่ได้ พบว่ามีอาการ ร้อยละ 11.56 ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.44 ไม่มีอาการซึ่ง แสดงถึงความอดทน บ่งบอกว่าปัญหาพฤติกรรมในกลุ่มนี้อาจไม่ได้มาจากความหุนหันพลันแล่นหรือการขาดการควบคุมตนเองเป็นหลัก ซึ่งแตกต่างจากโรคทางพฤติกรรมบางชนิด ซึ่งมีผลสำรวจของ Mental Health Check In[22] พบว่า ประชาชนไทยมีแนวโน้ม ที่จะมีความเครียดสูงขึ้น โดยระดับความเครียดสูงกว่าประชากรทั่วไป 4 เท่า ผลจากความเครียดทำให้วัยรุ่นและเยาวชนแสดงพฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรงมากขึ้น โดยมีสาเหตุมาจากความขัดใจเรื่องความรัก ความเครียดเรื่องการเรียน ค่าใช้จ่ายที่ไม่เพียงพอ การใช้เวลาในสิ่งที่ประชาชนและเยาวชน

สนใจกฎับกฎลุ่มตำหนิฎ่าหมกมุ่น นำไปสู่ความฎัดแฎ้งและกลายเป็นความฎุนแรงในที่สุด ขณะที่ผลการฎิเคราะห์ปัจฎัยความเครียดของเยาวชนคนฎุ่นใหม่ (อายุ 15 – 24 ปี) โดยใฎ้แบบสำรวจเยาวชนจำนวน 19,034 ตัวอฎ่าง จากศูนย์ความฎู้และนโยบายเด็กและครอบครัว เพื่อทำความเฎ้าใจปัจฎัยและการรับมือกับความเครียดของเยาวชนพบฎ่า เยาวชนมีความเครียดตลอดเวลาเนื่องจากการศึกษาและการทำ งานมากที่สุดในระดับ 3.1 คะแนน (คะแนนความเครียด 0 – 5 คะแนน) โดยสฎวงกฎัยเด็กที่หลายคนคิดฎ่าไม่น่าจะต้องมีภาระหน้าที่อะไรที่ทำให้เครียด แต่เด็กก็มีความเครียดเฉพาะกฎัยของตัวเองที่ผู้ใหญ่หลายคนมองข้าม หรือไม่เฎ้าใจ เพราะลืมประสบการณ์กฎัยเด็กของตนเองไปแล้ว หรือเป็นเพราะสฎคมมีเปลี่ยนไป ความคิด สภาพแวดล้อม ค่านิยมต่าง ๆ ล้วนเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย และในขณะเดียวกัน เด็กก็อาจไม่เข้าใจในความเครียดของผู้ใหญ่เพราะยังไม่เคยผ่านประสบการณ์บางอย่าง[23] ในการสังเกตและเฝ้าระวังอาการ ตามกลุ่มอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างถูกจัดอยู่ในกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล ร้อยละ 50.25 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงและใกล้เคียงกับนักเรียนที่ไม่มีอาการ ร้อยละ 49.75 ตัวเลขนี้สะท้อนว่าปัญหาความเครียด หงุดหงิดง่าย ท้อแท้เบื่อหน่าย ไม่อยากไปโรงเรียนเป็นเรื่องปกติที่นักเรียนส่วนใหญ่เผชิญอยู่ อาจเป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆ เช่น การเรียน การสอบ หรือความสัมพันธ์ในครอบครัวและกับเพื่อน ส่วนกลุ่มพฤติกรรมสมาธิสั้น พบร้อยละ 45.73 และไม่มีอาการ ร้อยละ 52.27 ชี้ให้เห็นว่าปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้น ซึ่งได้แก่ พฤติกรรม ชนเกินไป ใจลอยและรอคอยไม่ได้ เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในกลุ่มตัวอย่างนี้ ส่วนกลุ่มอาการกลั่นแกล้งรังแก ได้แก่ การแกล้งเพื่อนและถูกเพื่อนแกล้ง ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา ร้อยละ 90.95 แต่พบว่ามีปัญหานี้ ร้อยละ 9.05 ซึ่งถือว่ามีจำนวนค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ตัวเลขนี้แสดงว่าการเป็นผู้กระทำความรุนแรงในกลุ่มตัวอย่างนี้ไม่ใช่ปัญหาที่มากนักที่มีพฤติกรรมนี้ แต่ก็ยังถือว่าเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ เพราะพฤติกรรมการกลั่นแกล้งส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสุขภาพจิตของทั้งผู้กระทำและผู้ถูกกระทำ แม้ตัวเลขจะน้อยเมื่อเทียบกับปัญหาสมาธิสั้นหรือความเครียด แต่ความรุนแรงของผลกระทบนั้นไม่อาจมองข้ามได้ โดยข้อคำถามว่า ไม่มีเพื่อนสนิท มีกลุ่มตัวอย่างตอบไม่มีเพื่อนสนิท ส่วนน้อย ร้อยละ 13.57 โดยส่วนใหญ่ ตอบปฏิเสธ ร้อยละ 86.43 โดยการมีเพื่อนสนิทแสดงถึงความสัมพันธ์กับเพื่อน ในการที่วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังมีเพื่อนสนิทแสดงให้เห็นว่าปัญหาที่พวกเขากำลังเผชิญอยู่ อาจไม่ได้เกิดจากการถูกโดดเดี่ยวหรือขาดการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนฝูงเป็นหลัก ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนสามารถทำหน้าที่เป็นเกราะป้องกันและเป็นแหล่งช่วยเหลือทางสังคมที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโครงการที่มุ่งเน้นการให้คำปรึกษาแบบ "เพื่อนช่วยเพื่อน" ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้รับความนิยม ส่วนปัญหาความเหงา การขาดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด หรือการเข้ากับเพื่อนไม่ได้ อาจเป็นปัญหาที่สำคัญ อาจสามารถนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยวในระยะยาวได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[18] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความฉลาดทางสังคมภาพรวมในระดับปานกลาง มีความผูกพันในครอบครัวในระดับปานกลางและดี ร้อยละ 71.9 และ28.1 มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนในระดับปานกลางและดี ร้อยละ 55.1 และ 44.9 ตามลำดับ การศึกษา[14] พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสนิท มากกว่า 2 คน ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 89.9 มีเพื่อนสนิท 1 – 2 คน ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ9.7 และมีเพื่อนสนิท ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 0.4 โดยที่ความสัมพันธ์กับเพื่อนราบรื่น ในกลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 96.8 ส่วนในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 92.0 ซึ่ง[24] พบว่า วัยเด็กและเยาวชนมีปัญหาสุขภาพจิตที่น่ากังวลหลายเรื่อง โดยเฉพาะความเครียด ซึ่งมีสาเหตุหลักจากการเรียนและความคาดหวังด้านการทำงานในอนาคต สถานะทางการเงินของครอบครัว

นอกจากนี้ การกลั่นแกล้งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีปัจจัยที่มีระดับความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า กับ กลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล ($r = .572$, $p < .001$) และภาวะซึมเศร้า กับ ความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย . ($r = .456$, $p < .001$) ส่วนปัจจัยที่มีความความสัมพันธ์ระดับต่ำ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า กับ กลุ่มพฤติกรรมสมาธิสั้น ($r = .355$, $p < .001$) ภาวะซึมเศร้า กับ กลุ่มการกลั่นแกล้งรังแกและปัญหาการเข้าสังคม ($r = .166$, $p < 0.05$) เพศ กับ ภาวะซึมเศร้าและ เพศ กับ กลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล ($r = .159$, $p < 0.05$) เท่ากัน ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา[25] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ ความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง (adjusted OR =1.97, 95% CI = 1.09-3.57) รายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ (adjusted OR = 2.15, 95% CI = 1.18-3.92) มีประวัติเคยถูกคุกคามทางเพศ (adjusted OR = 6.65, 95% CI = 1.66-26.65) จำนวนเพื่อนสนิทน้อยกว่า 2 คน (adjusted OR = 3.98, 95% CI = 2.09-7.59) และความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป (adjusted OR = 7.70, 95% CI = 4.52-13.12) สรุปว่า[26] วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายและส่งผลกระทบทางลบต่อวัยรุ่น ครอบครัว และสังคม การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งจำเป็นและเร่งด่วน ซึ่งแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพ คือ การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตที่ เพื่อให้วัยรุ่นมีความหวัง มีแหล่งให้ความช่วยเหลือ มีความรู้สึกเห็นคุณค่า ในตนเอง มีจิตใจมั่นคง และมีความภาคภูมิใน การแก้ปัญหาด้วยตนเองในทางที่ถูกต้อง เหมาะสม นำไปสู่การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ที่มีประสิทธิภาพ และไม่เกิดโรคซึมเศร้าที่จะนำไปสู่การเกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีมาตรการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตและการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะชีวิต การสร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน และการฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้สามารถคัดกรองและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น จะช่วยลดความเสี่ยงที่อาการจะพัฒนาไปสู่ระดับที่รุนแรงขึ้น

2. ควรขับเคลื่อนการสร้างความเข้าใจและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาลวิชาชีพ ครู และผู้ปกครอง สามารถออกแบบและดำเนินมาตรการเชิงรุกเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงจุดมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.ณัฏฐภัณฑ์สัณฑ์ ศรีวิชัย, มัจฉรีย์ คู่วิวัฒน์ชัย. นักเรียนนักศึกษาและความรอบรู้สุขภาพจิต. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. 2564; 29(2): 37-65.

2.อนันต์ โลหะพัฒนะบำรุง. สภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่ในวัยรุ่น (ตอนที่ 1). วารสารเพื่อเยาวชนของมูลนิธิเสริมสร้างเอกลักษณ์ของชาติ. 2565: 13(47); 63-76.

3. สมบุญ จารุเกษมทวี. ปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในวัยรุ่น. 2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/mental-heath-in-teenager/

4.สุธิดา พลพิพัฒน์พงศ์, นุจรี ไชยมงคล, ดวงใจ วัฒนสินธุ์. ความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561; 26(1): 40 – 49 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/153296/111722

5.นันทยา คงประพันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกรณีศึกษา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิวารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2563: 5 (11); 302 - 315

6.กลุ่มสื่อสารและประชาสัมพันธ์ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. ชวนรู้เท่าทันเสี่ยงสัญญาณเตือนโรคซึมเศร้า. 2567. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31922

7.สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิทยากร หลักสูตร “โรงเรียนสุขใจ ปลอดภัยโรคซึมเศร้า” สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ครูและบุคลากรทางการศึกษา.2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.camri.go.th/th/knowledge/ebook/ebook-158

8.วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563; 28(2): 136-149.

9.ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน,คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. 2560. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 31 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh-elibrary.org/items/show/312 2560.

10.เนตี้ ภู่ประสม. สถานการณ์ภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/th/research-person/download?id=104012&mid=35022&mkey=m_document&lang=th&did=24069

11.Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A.. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007; 39: 175-191.

12.สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 31 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ict.dmh.go.th/

13.สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.แบบสังเกตอาการ 9S. 2567.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://necam.go.th/wp-content/uploads/2024/12/9S-122767.pdf

14.จรรยพร เจียมเจริญกุล, นิดา ลิ้มสุวรรณ. ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2558; 60(4): 253-263

15.อัญชลี จีรัตน์. ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกระรานทางไซเบอร์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ปีการศึกษา 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2022/TU_2022_6114030049_15457_23439.pdf

16.วราวรรณ สุทธิประภา, พัชรี ด้วงคำ. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาเขตอำเภอเมืองเพชรบูรณ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2567; 8(1): 1 -16

17.กฤษณา นาสูงชน, ธัญสินี แสงเมือง, กิ่งผกา พรหมพิทักษ์กุล. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร.วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2567; 8(3): 1 - 14

18.ณัฐพงษ์ โพธิบุตร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2565; 1(1): 104 – 116

19.เกวลี ชัยสุวรรณรักษ์, พลิศรา ธรรมโชติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ที่มีประสบการณ์ข่มเหงรังแกบนโลกไซเบอร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2563; 65(2): 191 - 204 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/65-2/65-2-08_Kewalee.pdf

20.อุษณี อินทสุวรรณ, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, ชนัดดา แนบเกสร. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น.วารสารกรมการแพทย์. 2562; 44(4) ; 125-131 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ19 พฤษภาคม2568]. เข้าถึงได้จาก: https://search.tci-thailand.org/article.html?b3BlbkFydGljbGUmaWQ9NTkyMDI2

21.สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข, สุพร อภินันทเวช. การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในประเทศไทย : อุบัติการณ์ สาเหตุ และการป้องกัน. เวชบันทึกศิริราช. 2563; 13(1): [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/article/view/240041/163973

22.กรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิตชวนคนไทยตระหนักถึงความเครียดของเยาวชน.2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/news-dmh/view. asp?id=31769

23.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพคนไทย. : ความเครียด ภัยเงียบของสังคมไทย. 2567. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealthreport.com/file_book/Thaihealth%20report%202567.pdf

24.สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.). ภาวะสังคมไทยไตรมาสหนึ่ง ปี 2567.วารสารข่าวสภาพัฒน์. 2567. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: www.nesdc.go.th

25.วิลาสินี สุราวรรณ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564; 66(4): 403- 416 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/66-4/66-4-04_Wilasinee.pdf

26. สมดี อนันต์ปฏิเวธ, ธัญญารักษ์ แสงบุญไทย, สุกัญญา แก่นงูเหลือม. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น : การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2565; 14(2): 389 - 398

การพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนาคู
Development of Patient Triage Quality in the Emergency Department at Nakhu Hospital.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

บุญญาพร สุรสาย[1]
Bunyaporn Surasai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในจุดคัดแยกโรงพยาบาลนาคู ทำการวิจัยใน พยาบาลวิชาชีพ จำนวนทั้งสิ้น 11 คน และผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2567 - กุมภาพันธ์ 2568 เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังการพัฒนาระบบ การคัดแยกผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = 0.0001 อัตราการปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลคัดแยก คิดเป็นร้อยละ 95.46 อัตราการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยของพยาบาลคัดแยก คิดเป็นร้อยละ 94.60 และส่วนใหญ่มีการคัดแยกผู้ป่วยเป็นระดับความรุนแรงมากกว่าปกติ (Over triage) คิดเป็นร้อยละ 60.07 ระยะเวลารอคอยพบแพทย์ระหว่างการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ P-value = 0.0001 ระยะเวลาทั้งหมดที่อยู่ในแผนกอุบัติฉุกเฉิน ก่อนและระหว่างมีการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน และไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะรอตรวจ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน, 3C-DALI

Abstract

This study aimed to improve the quality of emergency patient triage practices and evaluate the outcomes of emergency patient care at the triage point at Nakhon Ratchasima Hospital. The study included 11 registered nurses and patients receiving services at the Emergency Department. The study was conducted between November 2014 and February 2015. Data were collected from questionnaires and medical records. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, and mean.

The study results revealed that professional nurses' satisfaction after the development of the patient triage system was high, significantly higher than before the development, with a P-value of 0.0001. Triage nurses' adherence to patient triage procedures was 95.46%. Triage nurses' accuracy in triage according to patient severity was 94.60%. The majority of patients were triaged to a higher severity level (overtriage), at 60.07%. The average waiting time to see a doctor during the development was significantly lower than before the development, with a P-value of 0.0001. The total time spent in the emergency department before and during the development of the patient triage system was not significantly different, and no incidents occurred while waiting for examination.

Keywords: Model development, Emergency patient triage practice, 3C-DALI

บทนำ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้มีประกาศให้การตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วน 5 ระดับ emergency severity index (ESI)[1] เน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนักหรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วน[2] สถานการณ์ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยตรวจรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่าปี พ.ศ 2563

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

จำนวน 15,853 ราย ปี พ.ศ.2564 จำนวน 48,025 ราย และปี พ.ศ. 2565 จำนวน 17,927 ราย[3] การคัดแยกผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจะเพิ่มคุณภาพของการบริการ ลดระยะเวลาการรอคอย และระยะเวลาการอยู่ในห้องฉุกเฉินทั้งหมด โรงพยาบาลนาคูเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงมีพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งหมด 11 คน ไม่มีพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน มีจุดคัดแยกบริเวณด้านหน้าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและมีพยาบาลประจำ 1 คนซึ่งบางวันที่จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ บุคลากรในแผนกมีแนวทางการคัดแยกไม่เหมือนกัน เนื่องจากยังไม่มีแนวทางการคัดแยกที่ชัดเจน จากข้อมูลการลงรายงานในแผนกพบจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเฉลี่ยวันละ 150 คน แยกตามผลัดเวรดังนี้ เวรเช้าเฉลี่ย 100 คน เวรบ่ายเฉลี่ย 40 คนและเวรดึกเฉลี่ย 10 คน โดยผู้ป่วยที่มารับบริการมีทั้งผู้ป่วยที่มาล้างแผลตามนัด มาฉีดยาตามนัด ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกฉินและผู้ที่ประสบอุบัติเหตุ รวมทั้งผู้ป่วยมาตามนัดที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องนอนรถเข็นนอน[4] นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมาด้วยอาการไม่เฉพาะเจาะจง เช่น เหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดแน่นท้อง ผู้ป่วยวัณโรคมาด้วยอาการเป็นไข้ หายใจไม่อิ่มแต่ไม่บอกประวัติการอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคได้รับเข้าสังเกตุอาการในห้องฉุกเฉินแล้วมาซักประวัติเพิ่มเติมและตรวจเสมหะผลเป็นวัณโรค เป็นต้น ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคนำมาซึ่งความล่าช้าในการรักษา การแพร่กระจายเชื้อ การนอนโรงพยาบาลหรือการส่งต่อผู้ป่วยจากความเสี่ยงที่พบดังกล่าวจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนาคู

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง[5] (วงล้อของการเรียนรู้และพัฒนา: Baldrige Framework (3C-DALI[6,7,8] มาประยุกต์ใช้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก

C ตัวแรกคือ Core Values & Concepts เป็นหลักการคุณภาพที่ทุกคนยอมรับการในการวิจัยครั้งนี้หมายถึงตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วน 5 ระดับ emergency severity index (ESI)

C ตัวที่สองคือ Context บริบท เป็นสถานการณ์เฉพาะหรือโลกที่เป็นจริงของโรงพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้หมายถึง ระบบการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลนาคูที่มีบุคลากรไม่เพียงพอตลอด24 ชม.และแนวทางการคัดแยกที่หลากหลายการปฏิบัติ

C ตัวที่สามคือ Criteria หรือมาตรฐานที่ใช้เป็นเข็มทิศเดินทางและเป็นเกณฑ์ประเมินองค์ประกอบที่จำเป็นในการวิจัยครั้งนี้หมายถึงตัวชี้วัดจำเป็นในการคัดแยกผู้ป่วย เช่น จำนวนผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจหลุดเข้าไปนั่งรอในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอก จำนวนผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) หลุดเข้าไปนั่งรอในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นต้น

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการและพัฒนารูปแบบการ

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การออกแบบ (Design) การปฏิบัติ (Action) การเรียนรู้ (Learning)และพัฒนา(Improve)) เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแผนการปฏิบัติการเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ

เก็บข้อมูลโดยวิธีการ ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลคัดแยก ประเมินการปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลคัดแยก ประเมินการ

คัดแยกผู้ป่วยถูกต้องตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยของพยาบาลคัดแยก ระยะเวลารอคอยพบแพทย์ระหว่างการพัฒนา ดำเนินการตั้งแต่เดือนธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังการพัฒนาระบบ การคัดแยกผู้ป่วยอยู่ในระดับมากและมีความพึงพอใจมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = 0.0001 อัตราการปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลคัดแยก คิดเป็นร้อยละ 95.46 อัตราการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยของพยาบาลคัดแยก คิดเป็นร้อยละ 94.60 และส่วนใหญ่มีการคัดแยกผู้ป่วยเป็นระดับความรุนแรงมากกว่าปกติ (Over triage) คิดเป็นร้อยละ 60.07 ระยะเวลารอคอยพบแพทย์ระหว่างการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ P-value = 0.0001 ระยะเวลาทั้งหมดที่อยู่ในแผนกอุบัติฉุกเฉินก่อนและระหว่างมีการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน และไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะรอตรวจ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบปัญหาการคัดแยกผู้ป่วย ได้แก่

1.พยาบาลวิชาชีพมีจำนวนไม่เพียงพอ เนื่องจากเวรเช้าในเวลาราชการมีภาระงานสูงจากการคิดภาระพบว่าเดือนกันยายน 2566 มีภาระงาน 148.61% และเดือนตุลาคม 2566 ภาระงาน 149.49%[9] ซึ่งเกินเกณฑ์ 95-115% ที่กองการพยาบาลกำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ ประเสริฐสังข์ และคณะ [10] ที่พบว่าอัตรากำลังพยาบาลในช่วงผู้ป่วยแออัดไม่เพียงพอทำให้ประเมินอาการผู้ป่วยไม่ครอบคลุมนอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขกำหนดศักยภาพห้องฉุกเฉินตามระดับศักยภาพสถานพยาบาลโรงพยาบาลนาคูอยู่ในระดับ F3 ต้องมีพยาบาลวิชาชีพตามกรอบ 12-15[3] ปัจจุบันมีพยาบาลวิชาชีพ 11 คนซึ่งเป็นขั้นต่ำของกรอบอัตรากำลัง

2.ความสามารถในการคัดแยกของพยาบาลวิชาชีพต่างกัน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 3 ปี จะมีการคัดแยกได้ถูกต้องมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 3 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Soontorn et al.[11] กล่าวว่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคัดแยกที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพา วีระคำ และคณะ[12] พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พบได้บ่อยได้แก่ ความแตกต่างของประสบการณ์ในการทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่นเดียวกับการศึกษาของพรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ[13] พบว่าบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดแยกมีความรู้และประสบการณ์แตกต่างกันมีผลต่อคุณภาพการคัดแยก เช่นกันอาจกล่าวได้ว่าความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดแยก มีส่วนช่วยให้การคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้อง และปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

ในการจัดอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาลควรมองถึงภาระงานและตัวชี้วัดประกอบการพิจารณาและการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลควรพัฒนาให้ตรงกับการปฏิบัติงานเพื่อต่อยอดให้เกิดความเชี่ยวชาญในบุคลากรนั่นๆรวมทั้งควรนำแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยไปใช้ในหน่วยงานอื่นๆเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2552). พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
2. World Health Organization. Emergency Triage Assessment and Treatment (ETAT): Manual for Participants. Geneva: WHO Press; 2015.
3. สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. (13 กันยายน 2566). รายงานสถิติการแพทย์ฉุกเฉินปี2565. เข้าถึงได้จาก https://ws.niems.go.th/ITEMS_DWH
4. ยุวเรศ สิทธิชาญบัญชา.การทบทวนความสอดคล้องและประสิทธิผลของการคัดแยกผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล 2550; 7: 23-30.
5. Deming, W. Edwards - ผู้บุกเบิกด้านการจัดการคุณภาพ ซึ่งเสนอแนวคิดเช่นวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) เพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบ
6. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide" โดย American College of Emergency Physicians
7. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance" โดย Gerald J. Langley et al.
8. The Healthcare Quality Book: Vision, Strategy, and Tools" โดย Maulik Joshi et al.
9. งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช.(2566) รายงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช. โรงพยาบาลนาคู, 2566
10. อุไรวรรณ ประเสริฐสังข์ และคณะ. (2567) การพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุขปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (2024): พฤษภาคม - สิงหาคม 2567
11. Soontorn et al. (2018). Factors Influencing the Accuracy of Triage by Registered Nurses in Trauma Patients. Pacific Rim International Journal of Nursing Research Vol. 22 No. 2 (2018): April-June 2018
12. พิมพา วีระคำ, คัคนนันท์ วิริยาภรณ์ประภาส, ศิริพร จักรอ้อม, พิชญุตม์ ภิญโญ. ประสิทธิผลของ การอบรมการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage ต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สาย. วารสารกรมการแพทย์ 2562; 44(5):70-74.
13. พรทิพย์ วชิรดิลก, ธีระ ศิริสมุด, สินีนุช ชัยสิทธิ์ และอนุชา เศรษฐเสถียร. (2559). การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย.วารสารสภาการพยาบาล. 31(2): 96-108.
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. (2559). รายงานเวชระเบียนผู้ป่วยปี 2559. เชียงราย: โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.
14. พรทิพย์ วชิรดิลก, ธีระ ศิริสมุด, สินีนุช ชัยสิทธิ์, อนุชา เศรษฐเสถียร. การคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล. 2559;31(2):96-108.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Patients with Sepsis : 2 Case Studies.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

พิกุลทอง พลนาคู[1]
Pikunthong Polnakhu[1]

บทคัดย่อ

การเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่แรกรับจนถึงส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การศึกษารายกรณีนี้เป็นการเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 ราย โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลจังหาร วันที่ 27 มีนาคม 2568 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 12 พฤษภาคม 2568 การเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สังเกต และเวชระเบียนใช้การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1ชายไทยอายุ 46 ปี 3วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูงหนาวสั่น ไอมีเสมหะ ปวดตามร่างกายแพทย์วินิจฉัยSepsis Ĉ Pneumonia,Hyponatremia,Hypokalemia,Anemia ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยสูงอายุ 69 ปีมีโรคประจำตัวเก๊าต์ และ CKD Stages 3 b ก่อนมาโรงพยาบาล 8 ชั่วโมง มีไข้สูง ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 5 ครั้ง ปวดท้อง อาเจียน 1 ครั้งหลังรับประทานขนมจีน แพทย์วินิจฉัย Sepsis Ĉ Acute Gastroenteritis ได้นำเครื่องมือประเมินผู้ป่วยได้แก่ SIRS, qSOFA, NEWS มาประเมินคัดกรองและค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกและดำเนินการ 6 Bundle of Care ได้แก่ การเก็บ H/C (Hemoculture), การให้ยาปฏิชีวนะ (ATB) ครอบคลุมเชื้อโรค,การให้สารน้ำ (IV fluid) อย่างเพียงพอ, การประเมิน MAPอย่างต่อเนื่อง, การติดตามระดับ Lactate และการเฝ้าระวังภาวะอวัยวะล้มเหลวโดยใช้ SOS Score หรือ NEWS ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการดูแลแบบ Septic shock มีภาวะ Hypotension แพทย์พิจารณาให้ยา Norepinephrine พยาบาลได้บริหารยาและเฝ้าระวังระบบไหลเวียน เช่น ติดตาม MAP ซึ่งพบว่า < 65 mmHg และมี BP ต่ำ อัตราการไหลของปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการจึงได้ส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ; การพยาบาล

Abstract

This Comparison of 2 case studies aimed to compare nursing care for patients with sepsis from admission to transfer to Roi Et Hospital. This approach would serve as a guideline for nursing care for patients with sepsis, aiming to improve the quality of nursing care. This case study compared two patients with sepsis. Case Study 1 studied the patient who presented to Changhan Hospital on March 27, 2025, and Case Study 2 studied the patient who presented to Changhan Hospital on May 12, 2025. Data were collected through interviews, observation, and medical records. The patient's health status was assessed using Gordon's 11 Health Models and Orem's Nursing Theory.

Main findings: Case Study 1 was a 46-year-old Thai male who presented to the hospital three days prior to his admission. High fever, chills, cough with sputum, body aches. The doctor diagnosed Sepsis Ĉ Pneumonia, Hyponatremia, Hypokalemia, Anemia. Case study patient 2, a 69-year-old Thai man with gout and CKD Stage 3 b. 8 hours before coming to the hospital, he had a high fever, 5 watery stools, abdominal pain, and 1 vomiting after eating Khanom Jeen. The doctor diagnosed Sepsis Ĉ Acute Gastroenteritis. The patient assessment tools, SIRS, qSOFA, NEWS, were used to screen and search for clinical risks and implemented 6 Bundle of Care, including collecting H/C (Hemoculture), administering antibiotics (ATB) that

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลจังหาร

cover pathogens, administering adequate IV fluids, continuous MAP assessment, monitoring lactate levels, and monitoring for organ failure using SOS Score or NEWS. It was found that the second case study patient was treated for septic shock and had hypotension. The doctor considered administering Norepinephrine. The nurse administered medication and monitored the circulatory system, such as monitoring blood pressure (MAP), which was found to be <65 mmHg, with a low blood pressure and urine flow rate of less than 0.5 ml/kg/hr. A physician visited the patient and referred them for treatment at Roi Et Hospital.

Keywords: Sepsis, Nursing

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นกลุ่มอาการที่เป็นผลจากการที่เนื้อเยื่อหรือเซลล์ถูกทำลายและได้รับบาดเจ็บอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลจากการติดเชื้อและกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่องทำให้เกิดภาวะติดเชื้อนำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple Organ Dysfunction) เช่น ระบบไหลเวียนเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท และระบบการแข็งตัวของเลือดเป็นต้น และหากอวัยวะล้มเหลวหลายระบบจะทำให้พบผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ถึงแม้ว่าในปัจจุบันความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าในการรักษาโรคติดเชื้อคือมียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น เทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วย การนำแนวทางการรักษา EGDT (Early Goal-Directed Therapy)[1] มาประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตดีขึ้นแต่อัตราตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงสูงอยู่ เนื่องจากการวินิจฉัยทำได้ยากเพราะผู้ป่วยมักมีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่เกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้มีไข้เป็นอาการนำ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดบางรายอาจมีเพียงอาการอ่อนเพลีย ถามตอบช้าลง รับประทานอาหารได้น้อย หรือนอนหลับมากขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่มีการทำงานของภาวะระบบภูมิคุ้มกันโรคลดลง ได้แก่ ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น มะเร็งระยะท้าย ตับแข็ง เบาหวาน และปอดอักเสบเรื้อรัง เมื่อเกิดการติดเชื้อจะลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดและเกิดภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ

สถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกจะพบเสียชีวิตราว 11 ล้านคนต่อปีหรือคิดเป็นร้อยละ 22.5 แต่ละปี อุบัติการณ์ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.9 เช่นเดียวกันกับอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 7.8 รายต่อ 1,000 คนต่อปี[2] ในประเทศไทยจากการรายงานตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ปีงบประมาณ 2566-2568 ร้อยละ 29.80 ,28.13 และ 27.24 ตามลำดับ จากจำนวนผู้เสียชีวิต 88,609 ราย, 89,992 รายและ 65,976 รายตามลำดับ (ข้อมูล HDC ณ 31 สิงหาคม 2568)[3] จังหวัดร้อยเอ็ดในปีงบประมาณ 2566-2568 พบอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ร้อยละ 29.36 , 28.46 และ 29.42 ตามลำดับ อำเภอจังหาร พบอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ปีงบประมาณ 2566-2568 ร้อยละ 4.65 , 0.00 และ 7.89 ตามลำดับ[4] จากปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลพบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีความล่าช้าในขั้นตอนการประเมินและการประเมินซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสียชีวิตในที่สุด และยังพบว่าแนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีอยู่เดิมยังไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและรายงานแพทย์ได้ทันเวลา ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้าเป็นปัจจัยสำคัญที่

ก่อให้เกิดการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากสภาพปัญหาที่พบว่าอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสูงเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2568 ถึงแม้ว่าจะได้นำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เช่น การรักษาแบบมุ่งเป้าในระยะ 6 ชั่วโมงแรก มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่กระบวนการคัดกรองเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องอย่างรวดเร็วนำไปสู่การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพครบถ้วนทุกด้านรวมถึงการประเมินเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ (Early warning signs) เพื่อดักจับได้รวดเร็ว ทันเวลาต่อความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ให้เข้าสู่ภาวะความดันโลหิตต่ำกว่าปกติหรือร่วมกับมีอวัยวะภายในล้มเหลวจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ และเป็นแนวทางการพยาบาลสำหรับบุคลากรพยาบาลมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับบริการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลโดยใช้แนวคิดและแบบแผนสุขภาพมาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลกรณีเปรียบเทียบโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลจังหาร โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 วันที่ 27 มีนาคม 2568 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 12 พฤษภาคม 2568

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 รายเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญ ตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย
3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์
6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน[5] และ ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม[6]
7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความ

เสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย ผลศึกษาพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ไข้สูง หนาวสั่น ไอมีเสมหะ ปวดตามร่างกาย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ไข้สูง มีถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 5 ครั้งอาเจียน 1 ครั้ง ปวดท้องเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 8 ชั่วโมง แพทย์ตรวจวินิจฉัยโรค Sepsis ให้นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการตรวจ complete blood count พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีผลผิดปกติ WBC,RBC,Hct,Hb ต่ำกว่าปกติเป็นผลจากภาวะ Septic shock เกิดจากการติดเชื้อทำให้เซลล์เม็ดเลือดถูกทำลายไปอย่างรวดเร็วในระหว่างที่ต่อสู้กับเชื้อโรคผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูง หนาวสั่น ไอมีเสมหะ ในกรณี Hct และ Hb ต่ำทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง จึงทำให้การทำงานของไตบกพร่อง ทำให้มีการสร้างสาร Erythropoietin (อีริโทรโพอิติน) ซึ่งเป็นฮอร์โมนในร่างกายที่ผลิตขึ้นจากไต ทำหน้าที่ช่วยสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงที่มีส่วนสำคัญในการเพิ่มระดับฮีโมโกลบินจึงทำให้ผู้ป่วยซีด ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พบ WBC,Neutrophil สูง Lymphocyte ต่ำกว่าปกติบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อ ซึ่งร่างกายตอบสนองโดยการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วและจับกินเชื้อโรคโดยตรง พยายามสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคทำให้ร่างกายต่อสู้กับการติดเชื้อได้ยากขึ้นจึงมีอาการรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีค่า Lactate สูงกว่าปกติ บ่งชี้ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยค่า Lactate เป็น Maker ของสภาวะที่เซลล์ขาดออกซิเจน (Cellular hypoxia) ภายใต้สภาวะ Anaerobic จะได้ผลิตภัณฑ์สุดท้ายคือ lactate รวมถึงการกำจัดออกของไตและตับลดลงก็จะทำให้มีการคั่งค้างมากยิ่งขึ้น[7]

ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พบค่า BUN และ Cr สูงกว่าปกติบ่งชี้ถึงการมีภาวะแทรกซ้อนของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จนทำให้การทำงานของไตล้มเหลวมีภาวะของเสียคั่งในร่างกายจากไตสูญเสียหน้าที่ในการกรองและผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ซึ่งมีโรคประจำตัว CKD Stage 3b ร่วมด้วยจึงทำให้ไตถูกทำลายอย่างรุนแรงและการทำงานของไตลดลงอย่างมากนำไปสู่การสะสมของสารพิษและของเหลวในร่างกาย ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 พบ K, Na, Cl ต่ำกว่าปกติมีต้นเหตุมาจากต่อมหมวกไตลดการทำงานลง ทำให้มีผลต่อเนื่องจนผลิตฮอร์โมนแอลโดสเตอโรน (Aldosterone) ได้ลดน้อยลง เมื่อฮอร์โมนแอลโดสเตอโรนลดน้อยก็จะไปบังคับไตให้ดูดกลับโซเดียมไม่ได้เต็มที่ จึงทำให้โซเดียม(Na)ในเลือดลดต่ำลงรวมถึงคลอไรด์(Cl)ด้วยในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 5 ครั้ง และผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบมีค่าGlobulin สูง คือโปรตีนสำคัญของ Total protein ชนิดหนึ่งที่ลอยได้ในกระแสเลือดที่ถูกผลิตขึ้นจากตับและมีปริมาณมากกว่าโปรตีนชนิดอื่นเป็นสารภูมิต้านทานที่ช่วยทำลายจุลชีพก่อโรค ถ้าพบค่า Globulin สูงขึ้นผิดปกติก็ย่อมบ่งชี้ได้ว่าในขณะนั้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายกำลังอยู่ในสภาวะระดมพลเพื่อการต่อสู้ทำลายล้างกับจุลชีพก่อโรคที่กำลังล่วงล้ำเข้าสู่ร่างกายให้หมดไปส่งผลให้ Total Bilirubin, Direct Bilirubin, SGOT,SGPT, ALP สูงขึ้น

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนสุขภาพที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรง ชอบดื่มสุราทุกวันและสูบบุหรี่ด้วย ครั้งนี้มีอาการไข้สูง ไอมีเสมหะ ปวดตามร่างกายจึงตัดสินใจมาตรวจที่	ผู้ป่วยรับทราบเรื่องสุขภาพของตนเองว่ามีโรคประจำตัวเช่น CKD stage 3b,Gout มาพบแพทย์ตามนัดและรับยาต่อเนื่องที่

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	โรงพยาบาล เมื่อแพทย์บอกว่ามีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดรู้สึกตกใจเนื่องจากยังไม่ทราบเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีการปฏิบัติตัว	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เมื่อวานรับประทานขนมจีนแล้วมีอาการปวดท้อง ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 5 ครั้ง อาเจียน 1 ครั้งมีไข้สูงร่วมด้วย จึงมาตรวจที่โรงพยาบาลเมื่อแพทย์บอกว่ามีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดจึงสงสัยและกลัวว่าจะรักษาไม่หาย
แบบแผนสุขภาพที่ 2 อาหารและการเผาผลาญอาหาร	โดยปกติรับประทานอาหาร 3 มื้อตรงเวลาชอบทานข้าวเหนียวและอาหารพื้นบ้าน ผลไม้ตามฤดูกาลชอบดื่มสุรากับเพื่อนบ้านทุกวัน ดื่มน้ำวันละ 6-7 แก้ว น้ำหนัก 65 กิโลกรัมส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI 23.875 อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน/อ้วน	โดยปกติรับประทานอาหาร 3 มื้อตรงเวลาชอบทานข้าวเหนียวและอาหารพื้นบ้าน วันนี้อาเจียน 1 ครั้ง ดื่มน้ำวันละ 7-8 แก้ว น้ำหนัก 67 กิโลกรัมส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI 23.183 อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน/อ้วน
แบบแผนสุขภาพที่ 3 การขับถ่าย	การขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ลักษณะอุจจาระสีเหลืองปกตินานๆครั้งถึงท้องผูก ปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้งต่อวัน ปัสสาวะกลางคืนเฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อวัน ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองปกติ ไม่มีกลิ่น ปริมาณเฉลี่ย 100-200 ซีซีต่อครั้งปัสสาวะได้สะดวกไม่มีอาการเจ็บปวดขณะปัสสาวะหรือปัสสาวะไม่สุดหรือปัสสาวะกระปริดกระปรอยขณะเจ็บป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะออก 1,300 ซีซี	ปกติถ่ายอุจจาระวันละ 1ครั้ง วันนี้ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 5 ครั้งปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้งต่อวัน ปัสสาวะบ่อยกลางคืนเฉลี่ย 2-3 ครั้งต่อวัน ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองปกติ ไม่มีกลิ่นปริมาณเฉลี่ย 100-200 ซีซีต่อครั้งมีอาการเจ็บปวดขณะปัสสาวะหรือปัสสาวะไม่สุดหรือปัสสาวะกระปริดกระปรอยเป็นบางครั้งขณะเจ็บป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะไม่ออก
แบบแผนสุขภาพที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองสามารถปลูกผักสวนครัว หาปลา ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ขณะเจ็บป่วยรู้สึกปวดตามร่างกายแต่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง	ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเช่นทำงานบ้าน ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ขณะเจ็บป่วยรู้สึกอ่อนเพลียแต่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง
แบบแผนสุขภาพที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีวันละ 6 ชั่วโมงชอบตื่นมาปัสสาวะกลางคืน ไม่ชอบนอนกลางวันช่วงป่วยมีอาการไอบ่อย นอนไม่ค่อยหลับ ไม่มีประวัติใช้ยานอนหลับ	ผู้ป่วยนอนหลับไม่สนิทวันละ 6-7 ชั่วโมงชอบตื่นมาปัสสาวะกลางคืน นอนกลางวันหลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง ไม่มีประวัติใช้ยานอนหลับ
แบบแผนสุขภาพที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	ผู้ป่วยมีภาวการณ์รับรู้ที่ดี รู้สติดี ถามตอบรู้เรื่องสื่อสารเป็นภาษาท้องถิ่นให้ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองได้ สามารถตัดสินใจเองได้	ผู้ป่วยมีภาวการณ์รับรู้ที่ดี รู้สติดี ถามตอบรู้เรื่อง สื่อสารเป็นภาษาท้องถิ่น ให้ประวัติการเจ็บป่วยด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจเองได้
แบบแผนสุขภาพที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยของตนเองเพราะรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้นเป็นคนคิดมาก โกรธง่ายหายเร็ววิตกกังวลกลัวว่าจะได้ใช้เครื่องช่วยหายใจเพราะมีอาการหายใจหอบตื้นๆมากขึ้น	ผู้ป่วยยอมรับว่ามีโรคประจำตัว ต้องมีการปฏิบัติตัวเฉพาะโรค เช่น CKD stage 3b,Gout มีภรรยาคอยดูแลตลอด เป็นคนเครียดง่าย โกรธง่ายหายเร็ว,มีสีหน้าวิตกกังวลกลัวว่าจะไม่หาย
แบบแผนสุขภาพที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	ผู้ป่วยแสดงบทบาทต่อผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม สัมพันธภาพในครอบครัวและเพื่อนบ้านปกติดี	เป็นหัวหน้าครอบครัวมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คนภรรยา ตัวเองสัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ไม่มีทะเลาะกัน ผู้ป่วยชอบเข้าสังคม ชอบร่วมกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ และเป็น อสม.

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนสุขภาพที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อวัยวะเพศปกติ สังเกตผู้ป่วยมีการแสดงออกตรงตามเพศ และเหมาะสม	ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อวัยวะเพศปกติ สังเกตผู้ป่วยมีการแสดงออกตรงตามเพศ และเหมาะสม
แบบแผนสุขภาพที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	ผู้ป่วยเป็นที่รักใคร่ของคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาภรรยาเมื่อก่อนเวลาเครียดชอบสูบบุหรี่/ดื่มสุราและระบายกับเพื่อนๆขณะเจ็บป่วย มีสีหน้าวิตกกังวลและเครียดต้องได้ใส่ท่อช่วยหายใจส่งต่อรพ.ร้อยเอ็ด คะแนนวิตกกังวล 10 คะแนน	ผู้ป่วยเป็นที่รักใคร่ของคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาภรรยา มีสีหน้าวิตกกังวลและเครียด เกรงว่าจะอาการทรุดหนัก คะแนนวิตกกังวล 10 คะแนน
แบบแผนสุขภาพที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ	มีความเชื่อในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันไม่เคยใช้ยาสมุนไพร นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามเทศกาลต่างๆ	มีความเชื่อในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน เคยใช้ยาสมุนไพรลูกกลอนรักษาอาการปวดข้อ นับถือศาสนาพุทธชอบการทำพิธีกรรมต่างๆ ทำบุญตามเทศกาลต่างๆ

จากตารางที่ 1 การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้สูงซึ่งเป็นอาการแสดงที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อ แต่มีประวัติที่เป็นสาเหตุเสี่ยงในการติดเชื้อที่ต่างกัน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ประวัติเสี่ยงด้านการติดเชื้อที่ปอด ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีประวัติเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุและมีโรคไตวาย ประกอบกับอายุมากแล้วภูมิต้านทานโรคต่ำ ติดเชื้อง่ายขึ้น ได้นำไปกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพเหมือนกัน มีจำนวน 4 แบบแผน (แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง,แบบแผนที่ 2อาหารและการเผาผลาญอาหาร,แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย,แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด) พยาบาลต้องมีการประเมินแบบแผนสุขภาพผู้ป่วยให้ครอบคลุมนำกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยจึงนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ 6 ข้อ ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูง
3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Norepinephrine (ผู้ป่วยรายที่ 2)
4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์
5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เนื่องจากกลัวการเจ็บป่วยในระยะวิกฤตและขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
6. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ (ผู้ป่วยรายที่ 1)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะที่สงสัยหรือยืนยันว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมีลักษณะของ SIRS 4 ข้อส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการ Severe sepsis และเข้าสู่ภาวะ Septic shock มีภาวะ Organ dysfunction เกิด Hypotension ในผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 2 พบประเมิน qSOFA ได้ 2 ข้อ จากการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ National Early Warning Score (NEWS) ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 NEWS = 6 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 NEWS = 8 จากการประเมินผู้ป่วยด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และใช้แบบประเมินต่างๆดังที่กล่าวมาข้างต้น จะช่วยให้วินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ส่งผลต่อการรักษาและการพยาบาลได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรักษาและปฏิบัติการพยาบาลตาม Sepsis Bundle Protocol

แนวทางปฏิบัติ	เป้าหมาย	การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ	
		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1. Oxygen Supplement 1.1 keep O2 sat ≥ 95% 1.2 เปิดเส้น 2 เส้น ≥18 peripheral line 1.3 Retained foley's Catheter	-เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	-ได้รับ Ringer Acetate 0.38g/100ml load 1,000 ml then 100 ml/hr เวลา 15.20 น. -ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อที่ตึกผู้ป่วยใน เวลา 17.20 น. -Retain foley's cath -On Oxygen cannula 3 LPM	-ได้รับ 0.9%NSS load 1,500 ml เวลา 07.50 น. -ได้รับ Ringer Acetate 0.38 g/100ml load 1,000 ml then 100 ml/hr เวลา 08.30 น. -DTX stat 137 mg/dl -Retain foley's cath -On Oxygen cannula 3LPM -ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อที่ตึกผู้ป่วยในเวลา 08.30 น.
2.Crystalloid 30 ml/kg/hr หรือ 1,500 ml	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำป้องกันเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง -เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะช็อกภายใน 1 ชั่วโมง	-ได้รับการ Load Ringer Acetate 0.38 g/100ml load 1,000 ml Total 1,500 ml ภายใน 1 ชั่วโมง -ได้รับการ U/S : IVC เพื่อประเมินความเพียงพอของการให้สารน้ำเพียงพอ (U/S: IVC collapsibility index 40 % max 1.37 cm, min 0.81cm) เวลา 16.44 น. -ทำ U/S: IVC collapsibility index 40 % max 1.01 cm, min 0.64 cm) เวลา 20.15 น.	-ได้รับ 0.9%NSS load 1,500 ml และ - ได้รับ Ringer Acetate 0.38 g/100 ml load 1,000 ml Total 2,500 ml ภายใน 1 ชั่วโมง - ได้รับการ U/S : IVC เพื่อประเมินความเพียงพอของการให้สารน้ำเพียงพอ (U/S: IVC collapsibility index 40 % max 2.10 cm,min 1.70 cm) เวลา 09.20 น.
3.Take H/C 2 specimens Lactate ครั้งที่ 1-2	-เพื่อส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อภายใน 1 ชั่วโมง	-ที่ ER เวลา 16.20,16.25 น. ส่ง H/C X 2 spp. -ผล Lactate ครั้งที่ 1= 2.0 mmol/L ครั้งที่ 2= 5.70 mmol/L	-ที่ ER เวลา 08.00,08.05 น. ส่ง H/C X 2 spp. -ผล Lactate ครั้งที่ 1 = 3.65 mmol/L ครั้งที่ 2 = 5.40 mmol/L
4. Start antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงหลัง Take H/C และ Culture อื่นๆ	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง หลังวินิจฉัย	- ที่ ER เวลา 16.30 น. ได้รับ Ceftriaxone 2 gm iv stat then OD (10 นาที หลังวินิจฉัย) และส่ง H/C -เวลา 19.35 น เพิ่ม ATB เป็น Roxithromycin (150 mg) 1 เม็ด ทันที	- ที่ ER เวลา 08.31 น.ได้รับ Ceftriaxone 2 gm iv stat then OD (12 นาทีหลังวินิจฉัย)
5. Start Norepinephrine (0.02-1 mcg/kg/min) Keep MAP≥65 mmHg	-เพื่อให้ผู้ป่วยมีปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆอย่างเพียงพอ ค่า MAP ปกติภายใน 1 ชั่วโมง	- ไม่ได้รับยา Norepinephrine	-เวลา 09.20 น.ได้รับ Norepinephrine 4 gm+5%DW 250 ml IV 30 ml/hr เพิ่มทีละ 5 ml/hr ทุก 5 นาที Keep MAP ≥65 mmHg -เวลา 11.20 น.เพิ่มขนาดยา Maxdose 30 mcg/min MAP =57.33 mmHg BP=78/47 mmHg
6. Refer ข้อบ่งชี้คือ - ใส่ ET Tube/ Respiratory failure	-เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพ้นจากภาวะหายใจล้มเหลว	-ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการ Refer คือ เวลา 19.40 น. ผู้ป่วยหายใจหอบตื้นๆ หายใจ 40 ครั้ง/นาที	-ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการ Referคือ เวลา 13.00 น. ผู้ป่วยเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม หายใจ 22 ครั้ง/นาที

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรักษาและปฏิบัติการพยาบาลตาม Sepsis Bundle Protocol

แนวทางปฏิบัติ	เป้าหมาย	การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ	
		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
- MAP≤65 mmHg /High dose Norepinephrine - AKI need RRT - Serum Lactate≥ 4 mmol/L - การผ่าตัดกำจัดแหล่งติดเชื้อ		-On ETT No 7.5 -Serum Lactate 5.70 เพิ่มขึ้นจาก 2.00 mmol/L ขณะนำส่ง รพ.ร้อยเอ็ด MAP=93.33 mmHg BP=144/68 mmHg	-On Oxygen cannula 3 LPM -Serum Lactate 5.40 เพิ่มขึ้นจาก 3.65 mmol/L -ได้รับยา Norepinephrine 4 : 250 ตั้งแต่เวลา 09.20 น.จน maxdose 30 mcg/min MAP อยู่ระหว่าง 48 - 63.33 mmHg ขณะนำส่ง รพ.ร้อยเอ็ด MAP=57.33 mmHg BP=78/47 mmHg
7. Admit **ข้อบ่งชี้ คือ** - Urine ≥ 0.5 ml/kg/hr (3 hr) - Lactate clearance≥10-30% in 3 hr -Lactate อยู่ในค่าปกติ ≤2mmol/L	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง เหมาะสม และปลอดภัย	ผู้ป่วย Admit ด้วยโรค Pneumonia Ĉ Sepsis ตั้งแต่แรกรับที่ ER - Lactate 5.70 mmol/L - Urine ออก 1,300 ml	ผู้ป่วย Admit ด้วยโรค Acute Gastroenteritis มีภาวะ Septic shock ตั้งแต่แรกรับที่ ER -Urine output ไม่ออกเลย -Lactate 5.40 mmol/L

จากตารางที่ 2 การรักษาและปฏิบัติการพยาบาลตาม Sepsis Bundle Protocol ของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว (ภายใน 1 ชั่วโมง) โดยดำเนินการ 6 Bundle of Care ได้แก่ การเก็บ H/C (Hemoculture), การให้ยาปฏิชีวนะ (ATB) ครอบคลุมเชื้อโรค,การให้สารน้ำ (IV fluid) อย่างเพียงพอ, การประเมิน MAPอย่างต่อเนื่อง, การติดตามระดับ Lactate และการเฝ้าระวังภาวะอวัยวะล้มเหลวโดยใช้ SOS Score หรือ NEWS ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการดูแลแบบ Septic shock มีภาวะ Hypotension แพทย์พิจารณาให้ยา Norepinephrine พยาบาลได้บริหารยาและเฝ้าระวังระบบไหลเวียน เช่น ติดตาม MAP ซึ่งพบว่า < 65 mmHg และมี BP ต่ำ อัตราการไหลของปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการจึงได้ส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลต้องใช้ทักษะความรู้ในการแยกภาวะ infection, inflammation, Sepsis โดยสามารถบอกความหมายได้ ประเมินอาการ SIRS ได้ มีความรู้เรื่อง Severe Sepsis และ Septic shock ได้ซึ่งจะนำมาสู่การค้นหาผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะ Sepsis ได้อย่างรวดเร็วและเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ลดความผิดพลาดและล่าช้า

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผนสุขภาพ	ชายไทย 46ปี อาชีพทำนาดื่มสุราทุกวันมีประวัติไข้สูง หนาวสั่น ไอมีเสมหะ ปวดตามร่างกายไปรักษาที่	ชายไทย 69 ปีมีโรคประจำตัว CKD stage 3b ,Goutเมื่อวานกินขนมจีนแล้วถ่ายอุจจาระเป็น	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้สูงซึ่งเป็นอาการแสดงที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อ

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	คลินิกอาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล ขณะเจ็บป่วยเข้าใจและยอมรับว่าตนเองมีการติดเชื้อในร่างกายทำให้มีไข้สูง ไอญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	น้ำ 5 ครั้ง อาเจียน 1 ครั้ง มีไข้สูง ปวดท้อง จึงมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยยอมรับว่ามีการติดเชื้อปนเปื้อนมากับอาหารที่กินทำให้ขาดน้ำจากการถ่ายอุจจาระและอาเจียนมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	การติดเชื้อแต่มีประวัติที่เป็นสาเหตุเสี่ยงในการติดเชื้อที่ต่างกัน รายที่ 1 ประวัติเสี่ยงด้านระบบทางเดินหายใจ รายที่ 2 มีประวัติเสี่ยงด้านอาหารและผู้สูงอายุ มีโรคไตวายด้วย[7]
2.พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง	ที่ ER เวลา 15.20 น. มีไข้สูง 39.8°C, E4V5M6 BP=128/76mmHg ,P=111 /min ,RR=22/min, MAP 93.33mmHg ,O2sat 97% NEWS=6 คะแนน ฟังปอดพบ Crepitation both lung ผล CXR infiltration LULพบค่า CBC ผิดปกติดังนี้ Hct 24%,Hb 8.4g/dL,WBC 4,000 cell/mm3 , PLT 48,000 cell/mm3,RBC 2.80 cell/mm3 ,Na 128.5 mmol/L,K 3.38 mmol/L, Cl 95.7mmol/L, Albumin 2.8g/dL,Globulin 3.6 g/dL,Total bililubin 2.2mg/dL,Direct bililubin 1.0 mg/dL,SGOT 169 U/L,SGPT 127 U/L,ALP 177 U/L, Urine blood 2+ Lactate ครั้งที่ 1 2.0 mmol/L ครั้งที่ 2 5.70 mmol/L แพทย์วินิจฉัย Sepsis with Pneumonia,Hyponatraemia, Hypokalaemia,Anemia	ที่ ER เวลา 07.50 น. มีไข้สูง 38.7°C, E4V5M6 BP=70/37 mmHg ,P=109 /min ,RR=24/min, MAP 48.00 mmHg ,O2sat 95% NEWS=8 คะแนน,DTX 137mg/dL ผล CXR normal พบค่า CBC ผิดปกติดังนี้ WBC 21,090 cell/mm3 ,Neutrophil 87 %,Lymphocyte 6 %,BUN 29 mg/dL,Cr 1.58 mg/dL,eGFR 44 ml/min,Total protein 9.0 g/dL,Globulin 4.6 g/dL,SGOT 43 U/L,ALP 115 U/L, Urine WBC 10-20 /HPF Lactate ครั้งที่ 1 3.65 mmol/L ครั้งที่ 2 =5.40 mmol/L แพทย์วินิจฉัย Sepsis with Acute Gastroenteritis	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดต่างกันผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เกิดจากปอดอักเสบผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เกิดจากลำไส้อักเสบจากพยาธิสภาพเมื่อจุลชีพก่อโรคเข้าสู่ร่างกายเกิดการติดเชื้อรุนแรงในร่างกายทำให้อวัยวะต่างๆทำงานผิดปกติ เมื่อเนื้อเยื่อมีการปรับตัวพยายามดึงเอาออกซิเจนจากเลือดซึ่งมีอยู่น้อยจากฮีโมโกลบินและพลาสมาให้มากขึ้นร่างกายปรับตัวโดยการเปลี่ยนไปใช้การเผาผลาญที่ไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolism) แทนทำให้เกิดภาวะ Lactic acidosis ระดับ Lactate ในเลือดสูงขึ้นมีการรั่วซึมของสารน้ำออกนอกหลอดเลือดทำให้เกิด Hypotension
3.แผนการรักษา	-Load Ringer Acetate 0.38 g/100 ml load 1,000 ml IV then 100 ml/hr Total 1,500 ml ภายใน 1 ชั่วโมง -Admit ตึกผู้ป่วยใน -Retain foley's cath -On Oxygen cannula 3 LPM -เจาะ H/C 2 ขวด -เจาะCBC,BUN,Cr,Electrolyte -เจาะ Lactate -CXR,EKG -ตรวจ SARS,Influenza AและB	-0.9%NSS load 1,500 ml และ Ringer Acetate 0.38 g/100ml load 1,000 ml then 100 ml/hr Total 2,500 ml -Admit ตึกผู้ป่วยใน -DTX stat 137 mg/dl -Retain foley's cath -On Oxygen cannula 3 LPM -เจาะ H/C 2 ขวด -เจาะCBC,BUN,Cr,Electrolyte -เจาะ Lactate -CXR,EKG	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาตามแผน Sepsis Protocol โดยชั่วโมงที่ 0 Screening Tool มีการประเมิน SIRS ได้ 4 ข้อทั้ง 2 ราย ,ประเมิน qSOFA ผู้ป่วยรายที่ 1 พบ 1 ข้อ ผู้ป่วยรายที่ 2 พบ 2 ข้อ,ประเมิน NEWS พบผู้ป่วยรายที่ 1=6 , ผู้ป่วยรายที่ 2=8 ทำให้สามารถ Early detect ภาวะ sepsis ได้ตั้งแต่แรก ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับ Volume resuscitation ตามชนิด Ringer acetate เป็น balanced

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	-Ceftriaxone 2 gm IV OD (10 นาทีหลังจากวินิจฉัย) -Roxithromycin (150 mg) 1 เม็ดทันที -EKCL 30 ml po x 1 dose -Ultrasound IVC: Max 1.37 cm,Min 0.81 cm เวลา 19.40 น.ผู้ป่วยไข้ลดลง 36.5 °C, หายใจ 40 /min, ชีพจร 120 /min BP 138/68 mmHg MAP 91.33 mmHg แพทย์ On ETT ส่งต่อ รพ.ร้อยเอ็ด	-Ceftriaxone 2 gm IV OD(12 นาทีหลังวินิจฉัย) -Norepinephrine 4 gm+5%DW 250 ml IV 30 ml/hr เพิ่มทีละ 5 ml/hr ทุก 5 นาที Keep MAP ≥65 mmHg -Ultrasound IVC: Max 2.10 cm,Min 1.70 cm เวลา 13.00 น.เพิ่มขนาดยา Maxdose 30 mcg/min ผู้ป่วย MAP =57.33 mmHg BP=78/47 mmHg ผู้ป่วยเหนื่อยหอบ,ปัสสาวะไม่ออก แพทย์พิจารณาส่งต่อ รพ.ร้อยเอ็ด	crystalloids เมื่อได้สารน้ำครบได้ทำการประเมิน Fluid responsiveness โดยการทำ Ultrasound IVC ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับยา Antibiotic หลังการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง กรณีผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตคือ Norepinephrine 4:250 titrate up every 5 minutes จน maxdose ค่า MAP <65 mmHg และพบ BP 78/47 mmHg , ปัสสาวะไม่ออก ติดตามระดับ Lactate สูงขึ้นแพทย์พิจารณาส่งต่อ รพ.ร้อยเอ็ดในกรณีผู้ป่วยรายที่ 1 พบหายใจหอบ 40 ครั้งระดับ Lactate สูงขึ้นแพทย์พิจารณาใส่ท่อ ETT ส่งต่อ รพ.ร้อยเอ็ด
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1.ผู้ป่วยมีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด 2.ไม่สุขสบายเนื่องจากไข้สูง 3.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 4.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เนื่องจากกลัวการเจ็บป่วยในระยะวิกฤตและขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 5.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ	1.ผู้ป่วยมีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด 2.ไม่สุขสบายเนื่องจากไข้สูง 3.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Norepinephrine 4.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 5.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เนื่องจากกลัวการเจ็บป่วยในระยะวิกฤตและขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและเข้าสู่ภาวะช็อกทั้ง 2 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจังหารด้วยภาวะติดเชื้อในร่างกายที่มีภาวะแทรกซ้อนในระบบสำคัญของชีวิตที่ต่างกันในการให้การพยาบาลจะมีทั้งข้อที่เหมือนกันและแตกต่างกันข้อที่เหมือนกันคือ ผู้ป่วยมีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด ,ไม่สุขสบายเนื่องจากไข้สูง ,มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ,ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เนื่องจากกลัวการเจ็บป่วยในระยะวิกฤตและขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อที่แตกต่างก็คือผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ในผู้ป่วยรายที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Norepinephrine ดังนั้น พยาบาลจึงได้นำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม สิ่งสำคัญคือพยาบาลต้องให้ความสนใจในปัญหาผู้ป่วย ต้องให้ข้อมูล

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			ที่ถูกต้องอธิบายจนผู้ป่วยและญาติเข้าใจคลายความวิตกกังวลจะเห็นได้ว่าจากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยได้ประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน 11 แบบแผนและทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มนำไปสู่การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อให้การพยาบาลอย่างรวดเร็วและมีความปลอดภัย

จากตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบตามประเด็นต่างๆเช่น แบบแผนสุขภาพผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีแบบแผนสุขภาพที่เสี่ยงชอบดื่มสุราทุกวัน ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว สำหรับพยาธิสภาพการเกิดโรคมีความแตกต่างกันและแผนการรักษาพบว่าใช้แผนการรักษาตาม Sepsis protocol ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย จึงทำให้ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วย Progress ไปจนถึงภาวะ Septic shock การล้มเหลวของระบบหายใจและการล้มเหลวของระบบไหลเวียน (Respiratory failure and Circulatory failure) ทำให้ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต (Norepinephrine) ผลการศึกษาปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถนำมาวางแผนปฏิบัติการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกันตั้งแต่ระยะแรกรับในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนกระทั่งย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย เพราะฉะนั้นกิจกรรมการพยาบาลในระยะวิกฤตที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย พยาบาลในทุกหน่วยงานจำเป็นต้องมีความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษาเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัย และความรู้วิชาการที่ทันสมัย นำไปปรับใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

สรุปและอภิปรายผล

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษาทั้ง 2 รายในครั้งนี้ มีการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโดยปฏิบัติตาม CPG Sepsis fast tract เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตามนโยบาย service plan ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ซึ่งมีทั้งภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว ตั้งแต่การใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย (SIRS,qSOFA) และเมื่อประเมินเข้าเกณฑ์พิจารณารายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำเมื่อมีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อในกระแสเลือดและให้การช่วยเหลือภายใน 1 ชั่วโมงจะช่วยให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น รวมทั้งการประเมินและติดตามโดยใช้ S0S score ,NEWS การรายงานแพทย์ต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันท่วงที[8] เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte) ทดแทนอย่างเพียงพอ ,การให้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด เพื่อเพิ่มความดันโลหิต ,การส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ, การได้รับยาปฏิชีวนะที่รวดเร็ว เพื่อให้พ้นระยะช็อกอย่างรวดเร็ว สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้

พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจในการใช้ Protocol severe sepsis และ Septic shock มีความรู้ ความสามารถ ทักษะในการประเมินผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การประเมินซ้ำ ให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยพร้อมทั้งความสามารถในการประเมินภาวะฉุกเฉิน อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อรายงานแพทย์และให้การพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน มีความรู้ความสามารถในการใช้ยาและการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง และการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลต้องมีความรู้เรื่องการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ SIRS,qSOFA,SOS score,NEWS และเข้าใจแนวทางการใช้ Protocol Severe sepsis และ Septic shock

2. กำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย Sepsis/Septic shock ที่ชัดเจนมีระบบการประเมินและเฝ้าระวังการปฏิบัติตามแนวทางให้ได้มาตรฐานเป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กรเพื่อให้ได้มาตรฐานในการพยาบาลและสอดคล้องนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

3. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis/Septic shock และผนวกเข้าโปรแกรมการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่/รับย้าย และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากรระหว่างประจำการ (On the job Training)

4. ควรมีการจัดกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีม PCT เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มพูน ความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพและสร้างความตระหนักในการเฝ้าระวังความเสี่ยง (Clinical risk)

5. พัฒนาระบบการนิเทศทางคลินิก/นิเทศรายโรคเพื่อติดตามการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย Sepsis/septic shock เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ ปราศจากความเสี่ยง

6. พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs)

7. ควรมีการจัดระบบผู้จัดการรายกรณีรายโรค (Case manager) เพื่อให้การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล มีการนิเทศติดตามรวบรวมตัวชี้วัด มีการนำมาวิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไขพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1.ทัศนี รอดภัย.(2566).การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก.วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร,4(1),56-67.

2.มงคล สุริเมือง, ศรีสุดา อัศวพลังกูล. ลักษณะและผลกระทบของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลทั่วไป : https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2565

3. KPI กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ปีงบประมาณ 2566-2568 : https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=2011&kpi_year=2568

4.โรงพยาบาลจังหาร.HDC ร้อยเอ็ด 2568 https://hdc.moph.go.th/ret/public/standard-report detail/00366a85bd3c2b6932a228df29137252

5.Gordon, M. (1982). Nursing diagnosis: Process and Application. McGraw-Hill.

6.Orem D.E.(2001).Nursing : Concepts and Practice (6thed).St.Louis,MO:Mosby.

7.สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.(2558). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock (ฉบับร่าง).: http://www.ayhosp.go.th/ayh/HA/miniconf/5.pdf

8.นนทรัตน์ จำเริญวงค์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์.(2563). การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้,7(3),319-329.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

ผลการใช้กระบวนการต่อรองราคายาในกระบวนการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Results of using the drug price negotiation process in the drug selection process of Kalasin Hospital.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

ตนุภัทร จำนงค์ศรี[1]
Tanupat Chamnongsri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากระบวนการต่อรองราคายาในขั้นตอนการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1. เพื่อลดราคาต้นทุนมูลค่าการจัดซื้อยาใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2. เพื่อเปรียบเทียบมูลค่าการจัดซื้อยาใหม่ ก่อนและหลังเพิ่มกระบวนการต่อรองราคา 3. เพื่อพัฒนาแนวทางในการต่อรองราคายาที่มีประสิทธิภาพ คัดยาที่ได้รับการพิจารณาให้บรรจุเข้าบัญชียาโรงพยาบาลใหม่ในปีงบประมาณ 2567 ตั้งแต่เดือน 1 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2568 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เปรียบเทียบมูลค่าการจัดซื้อยาใหม่ก่อนและหลังเพิ่มกระบวนการต่อรองราคา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย จำนวนยาใหม่ที่เสนอเข้าบัญชียาโรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 33 รายการ สามารถต่อรองลดราคาได้สำเร็จ 28 รายการ คิดเป็นร้อยละ 84.85 มูลค่าต้นทุนการจัดซื้อก่อนการต่อรอง 8,784,375.79 บาท มูลค่าการจัดซื้อหลังการต่อรอง 7,890,581.71 บาท มูลค่าที่ประหยัดได้ 893,794.08 บาท(ลดลงร้อยละ 10.18) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p = 0.002$) จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบกลยุทธ์การต่อรองที่มีประสิทธิภาพ 1.การเตรียมข้อมูลราคาอ้างอิง 2.การแสดงปริมาณการสั่งซื้อ 3.การสร้างความสัมพันธ์ระยะยาว 4.การต่อรองแบบมีทางเลือก 5.ประเภทของยา

คำสำคัญ : การคัดเลือกยา การต่อรองราคา มูลค่าการจัดซื้อ

Abstract

This study of the drug price negotiation process during the drug selection process for inclusion in the Kalasin Hospital drug list had the following objectives: 1. To reduce the cost of new drug procurement at Kalasin Hospital; 2. To compare the value of new drug procurement before and after the price negotiation process was added; and 3. To develop an effective drug price negotiation approach. The study selected drugs for inclusion in the new hospital drug list for fiscal year 2024, from April 1, 2024, to January 31, 2025. This quasi-experimental research compared the value of new drug procurement before and after the price negotiation process was added. Descriptive statistics, including frequency and percentage, were used, as well as inferential statistics, including the independent t-test and content analysis.

The research results revealed that of the 33 new drugs proposed for inclusion in the hospital drug list, 28 of them were successfully discounted, representing 84.85%. The procurement cost before negotiation was 8,784,375.79 baht, the procurement cost after negotiation was 7,890,581.71 baht, and the savings were 893,794.08 baht (a 10.18% reduction). This difference was statistically significant ($p = 0.002$). Qualitative analysis revealed effective negotiation strategies: 1. Preparation of reference price data, 2. Displaying order quantities, 3. Building long-term relationships, 4. Negotiating options, and 5. Drug types.

Keywords: drug selection, price negotiation, procurement value

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 540 เตียง ให้บริการประชาชนในจังหวัดกาฬสินธุ์และจังหวัดใกล้เคียง ประสบปัญหาด้านการเงินการคลังเช่นเดียวกับโรงพยาบาลรัฐอื่นๆ ในประเทศไทย โดยมีสถานะทางการเงินอยู่ในระดับ 4 (มีความเสี่ยงทางการเงินสูง) ตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 เป็นต้นมา ทำให้มีความจำเป็นต้องปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะการบริหารจัดการด้านยา[1]

จากการทบทวนกระบวนการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในปีงบประมาณที่ผ่านมา พบว่ายังไม่มีกระบวนการต่อรองราคายาที่เป็นระบบ ทำให้โรงพยาบาลต้องจัดซื้อยาใหม่ในราคาที่บริษัทยาเสนอมาเบื้องต้น ซึ่งอาจไม่ใช่ราคาที่ต่ำที่สุดที่เป็นไปได้ การเพิ่มกระบวนการต่อรองราคายาในขั้นตอนการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาล จึงเป็นแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในการลดต้นทุนค่ายาของโรงพยาบาล โดยไม่กระทบต่อคุณภาพการรักษา[2]

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้กระบวนการต่อรองราคายาในกระบวนการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อประเมินประสิทธิผลของกระบวนการดังกล่าวในการลดราคาต้นทุนมูลค่าการจัดซื้อยาใหม่ และเพื่อพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และโรงพยาบาลอื่นๆ ในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อลดราคาต้นทุนมูลค่าการจัดซื้อยาใหม่ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อเปรียบเทียบมูลค่าการจัดซื้อยาใหม่ก่อนและหลังเพิ่มกระบวนการต่อรองราคาในกระบวนการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาล
3. เพื่อพัฒนาแนวทางในการต่อรองราคายาที่มีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยเปรียบเทียบมูลค่าการจัดซื้อยาใหม่ ราคาต้นทุนยาใหม่ ก่อนและหลังเพิ่มกระบวนการต่อรองราคาในกระบวนการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ รายการยาใหม่ที่เสนอพิจารณาให้บรรจุเข้าบัญชียาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในปีงบประมาณ 2567

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ รายการยาใหม่ทั้ง 33 รายการที่ได้รับการพิจารณาให้บรรจุเข้าบัญชียาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในปีงบประมาณ 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลราคายา ประกอบด้วย ชื่อยา (ชื่อสามัญและชื่อการค้า), รูปแบบ ความแรง และขนาดบรรจุ, บริษัทผู้ผลิตและผู้จำหน่าย, ราคาที่เสนอครั้งแรก (บาทต่อหน่วย), ราคาหลังการต่อรอง (บาทต่อหน่วย), ปริมาณการสั่งซื้อจริงตามช่วงเวลาที่ศึกษา, มูลค่าการจัดซื้อก่อนการต่อรอง (บาท), มูลค่าการจัดซื้อหลังการต่อรอง (บาท), ส่วนต่างมูลค่าการจัดซื้อ (บาท และร้อยละ)
2. แบบบันทึกกระบวนการต่อรองราคายา ประกอบด้วย ข้อมูลที่ใช้ในการต่อรองราคา กลยุทธ์ที่ใช้ในการต่อรอง ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการต่อรอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือน 1 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2568 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-intervention)

1.1 รวบรวมรายการยาใหม่ที่ได้รับการพิจารณาให้บรรจุเข้าบัญชียาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในปีงบประมาณ 2567

1.2 บันทึกราคายาที่บริษัทเสนอครั้งแรก

1.3 คำนวณมูลค่าการจัดซื้อยาใหม่ก่อนการต่อรองราคา โดยคูณราคายาต่อหน่วยกับปริมาณการสั่งซื้อจริง

2. การดำเนินการทดลอง (Intervention)

2.1 พัฒนากระบวนการต่อรองราคายา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีการต่อรองที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

2.2 รวบรวมข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการต่อรองราคา เช่น ราคาอ้างอิง ราคาที่โรงพยาบาลอื่นซื้อได้ ปริมาณการสั่งซื้อที่คาดการณ์

2.3 ดำเนินการต่อรองราคากับบริษัทยา โดยใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับแต่ละรายการยา

2.4 บันทึกกระบวนการต่อรองราคา ปัญหาและอุปสรรคที่พบ และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

3. การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-intervention)

3.1 บันทึกราคายาที่ต่อรองได้

3.2 คำนวณมูลค่าการจัดซื้อยาใหม่หลังการต่อรองราคา โดยคูณราคายาต่อหน่วยที่ต่อรองได้กับปริมาณการสั่งซื้อจริง

3.3 คำนวณส่วนต่างมูลค่าการจัดซื้อก่อนและหลังการต่อรอง ทั้งในรูปแบบของจำนวนเงิน (บาท) และร้อยละ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของยาใหม่ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าบัญชียาโรงพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ เปรียบเทียบราคายาต่อหน่วยก่อนและหลังการต่อรอง โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของการเปลี่ยนแปลง เปรียบเทียบมูลค่าการจัดซื้อยาใหม่ก่อนและหลังการต่อรองราคา โดยใช้ผลรวมและร้อยละของการเปลี่ยนแปลง วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการต่อรองราคายา โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน เช่น paired t-test

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์กระบวนการต่อรองราคายาที่มีประสิทธิภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการต่อรองราคายา โดยการจัดหมวดหมู่และสรุปประเด็นสำคัญ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการต่อรองราคายา โดยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ต่อรองราคาได้สำเร็จและไม่สำเร็จ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ COA061-2025, KLSH REC No.055/2025

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับรายการยาใหม่

ข้อมูลรายการยาใหม่ที่เสนอเข้าบัญชียาโรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 33 รายการ ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลจากการเสนอราคา ต่อรองราคา มูลค่าการสั่งซื้อ มูลค่าที่ประหยัดได้

รายการยา ลำดับที่	จำนวนสั่งซื้อ (หน่วย)	ทุนซื้อเดิมจากการยื่นใบเสนอราคาครั้งแรก (บาท)	มูลค่าการซื้อเดิมจากราคาในการเสนอราคาครั้งแรก(บาท)	ทุนซื้อใหม่จากการต่อรองราคาก่อนพิจารณายาเข้าบัญชี(บาท)	มูลค่าการสั่งซื้อใหม่จากการต่อรองราคาก่อนพิจารณายาเข้าบัญชี(บาท)	มูลค่าต้นทุนราคายาจัดซื้อที่ประหยัดได้(บาท)	ประเภทยา	กลุ่มยา
1	70	575.00	40,250.00	550.00	38,500.00	1,750.00	NED	วัคซีน
2	56,640	20.00	1,132,800.00	16.84	953,515.52	179,284.48	NED	ยาระบบประสาท
3	11,040	20.00	220,800.00	19.44	214,599.20	6,200.80	ED	ยาระบบประสาท
4	1,800	45.50	81,900.00	42.75	76,943.70	4,956.30	ED	ยาระบบทางเดินหายใจ
5	500	210.00	105,000.00	203.30	101,650.00	3,350.00	NED	ยาระบบตา
6	490	1250.00	612,500.00	1,246.55	610,809.50	1,690.50	ED	สารอาหารทางหลอดเลือดดำ
7	330	1230.50	406,065.00	1,230.50	406,065.00	0.00	ED	ระบบหัวใจและหลอดเลือด
8	4,000	5.00	20,000.00	4.49	17,976.00	2,024.00	NED	ยาระบบ ENT
9	45	7199.94	323,997.30	6,999.94	314,997.30	9,000.00	ED	ยาระบบทางเดินปัสสาวะ
10	4,500	30.00	135,000.00	24.61	110,745.00	24,255.00	ED	ยาระบบทางเดินปัสสาวะ
11	22,000	8.00	176,000.00	7.00	153,951.60	22,048.40	ED	ยาระบบทางเดินทางเดินปัสสาวะ
12	83	10957.87	909,503.21	10,957.87	909,503.21	0.00	NED	ยาระบบกระดูกและข้อ
13	13	11859.00	154,167.00	11,759.00	152,870.90	1,296.10	NED	ยาระบบกระดูกและข้อ
14	153,000	3.50	535,500.00	2.50	382,500.00	153,000.00	NED	ยาระบบกระดูกและข้อ
15	100	6450.00	645,000.00	6,420.00	642,000.00	3,000.00	NED	ยาระบบกระดูกและข้อ
16	20,000	8.50	170,000.00	6.65	133,000.00	37,000.00	NED	ยาระบบกระดูกและข้อ
17	150	900.00	135,000.00	856.00	128,400.00	6,600.00	NED	ยาระบบกระดูกและข้อ
18	1,440	80.00	115,200.00	80.00	115,200.00	0.00	NED	ยาจิตเวช
19	25,000	0.55	13,750.00	0.55	13,750.00	0.00	ED	ยาจิตเวช
20	2,205	5.00	11,025.00	4.25	9,362.50	1,662.50	NED	ยาจิตเวช
21	6,440	35.00	225,400.00	32.10	206,724.00	18,676.00	NED	ยาจิตเวช
22	4,508	47.16	212,597.28	45.16	203,581.28	9,016.00	NED	ยาจิตเวช
23	50,000	2.50	125,000.00	1.60	80,000.00	45,000.00	ED	ยาจิตเวช
24	140	1400.00	196,000.00	1,200.00	168,000.00	28,000.00	NED	ยาจิตเวช
25	33,500	1.60	53,600.00	1.60	53,600.00	0.00	ED	ระบบหัวใจและหลอดเลือด
26	5,600	75.00	420,000.00	73.53	411,736.00	8,264.00	NED	ระบบหัวใจและหลอดเลือด
27	1,400	145.00	203,000.00	143.38	200,732.00	2,268.00	NED	ยาระบบประสาท
28	250	175.00	43,750.00	160.50	40,125.00	3,625.00	NED	ยาระบบทางเดินอาหาร
29	17,000	32.00	544,000.00	28.99	492,949.00	51,051.00	NED	ระบบหัวใจและหลอดเลือด
30	4,050	24.00	97,200.00	21.67	87,750.00	9,450.00	ED	ยาระบบกระดูกและข้อ
31	220	385.55	84,821.00	300.00	66,000.00	18,821.00	ED	ระบบหัวใจและหลอดเลือด
32	16,500	10.70	176,550.00	7.13	117,645.00	58,905.00	NED	ยาระบบทางเดินอาหาร
33	30,600	15.00	459,000.00	9.00	275,400.00	183,600.00	NED	ระบบหัวใจและหลอดเลือด
		มูลค่าจัดซื้อก่อน	8,784,375.79	มูลค่าการจัดซื้อหลัง	7,890,581.71	893,794.08		

ผลการต่อรองราคายา: อัตราความสำเร็จในการต่อรองราคา

ตารางที่ 2 แสดงผลการต่อรองราคายาใหม่

ผลการต่อรอง	จำนวน (รายการ)	ร้อยละ
ต่อรองราคาสำเร็จ	28	84.85
ต่อรองราคาไม่สำเร็จ	5	15.15
รวม	**33**	**100.00**

จากตารางที่ 2 พบว่า จากรายการยาใหม่ทั้งหมด 33 รายการ สามารถต่อรองลดราคาได้สำเร็จ 28 รายการ คิดเป็นร้อยละ 84.85 และไม่สามารถต่อรองลดราคาได้ 5 รายการ คิดเป็นร้อยละ 15.15

มูลค่าการจัดซื้อรวม

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบมูลค่าการจัดซื้อยาใหม่

รายการ	มูลค่า (บาท)	ร้อยละ
มูลค่าการจัดซื้อก่อนการต่อรอง	8,784,375.79	100.00
มูลค่าการจัดซื้อหลังการต่อรอง	7,890,581.71	89.82
มูลค่าที่ประหยัดได้	**893,794.08**	**10.18**

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

ผลการทดสอบแสดงให้เห็นว่า มูลค่าการจัดซื้อยาใหม่หลังการต่อรองราคามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากก่อนการต่อรองราคา ($p = 0.002$)

การวิเคราะห์มูลค่าการประหยัดตามกลุ่มยา

ตารางที่ 4 แสดงมูลค่าการประหยัดจำแนกตามกลุ่มยา

กลุ่มยา	จำนวนรายการ	มูลค่าประหยัด (บาท)	ร้อยละของการประหยัดรวม
ยาระบบกระดูกและข้อ	7	198,751.40	22.24
ยาระบบประสาท	3	185,485.28	20.75
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	5	183,600.00	20.54
ยาจิตเวช	7	106,334.50	11.90
ยาระบบทางเดินปัสสาวะ	3	55,303.40	6.19
อื่นๆ	8	164,319.50	18.38
รวม	**33**	**893,794.08**	**100.00**

จากตารางพบว่า กลุ่มยาที่สามารถต่อรองราคาได้มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ยาระบบกระดูกและข้อ ยาระบบประสาทและยาระบบหัวใจและหลอดเลือด ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการต่อรองราคา

จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบกลยุทธ์การต่อรองที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้:

1. การเตรียมข้อมูลราคาอ้างอิง ใช้ข้อมูลราคายาจากโรงพยาบาลอื่นและราคาตลาด

2. การแสดงปริมาณการสั่งซื้อ เน้นปริมาณการสั่งซื้อที่มากเพื่อต่อรองส่วนลด

3. การสร้างความสัมพันธ์ระยะยาว เน้นการร่วมมือระยะยาวกับผู้จำหน่าย

4. การต่อรองแบบมีทางเลือก เตรียมทางเลือกยาทดแทนในกลุ่มเดียวกัน

5. ประเภทของยา ยา ED มักมีการแข่งขันสูงกว่าและผู้ผลิตหลายราย ทำให้มีพื้นที่ในการต่อรองมากกว่า การแข่งขันด้านราคาที่รุนแรงกว่า

ข้อจำกัดและปัญหาที่พบในการต่อรอง รายการยาที่ไม่สามารถต่อรองราคาได้ มีลักษณะ

ดังนี้: 1. ยาที่มีผู้จำหน่ายเพียงรายเดียว (Monopoly) 2. ยาที่มีใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย ปริมาณการสั่งซื้อน้อย 3. ยาที่ราคาต่อหน่วยต่ำอยู่แล้ว

อุปสรรคในการต่อรอง 1. ข้อจำกัดเวลาในการเจรจา 2. นโยบายราคาที่แข็งกร้าวของบางบริษัท 3. ความซับซ้อนของกระบวนการอนุมัติภายในบริษัท

สรุป

การศึกษาวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่ากระบวนการต่อรองราคายาในขั้นตอนการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการลดต้นทุนการจัดซื้อยาของโรงพยาบาล โดยสามารถลดต้นทุนได้ร้อยละ 10.18 หรือ 893,794.08 บาทต่อปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยไม่กระทบต่อคุณภาพการรักษา

ความสำเร็จของกระบวนการนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ประเภทของยา, ราคาต่อหน่วย, การเตรียมข้อมูลอ้างอิง, และทักษะการต่อรองของบุคลากร การมีกลยุทธ์ที่เหมาะสมและการเตรียมตัวอย่างดีเป็นกุญแจสำคัญต่อความสำเร็จ ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่ได้จำกัดเพียงการประหยัดงบประมาณเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ, การพัฒนาทักษะบุคลากร, และการสร้างแนวทางปฏิบัติที่ดีสำหรับวิชาชีพเภสัชกรรม

กระบวนการที่พัฒนาขึ้นมีอัตราความสำเร็จในการต่อรองราคาสูงถึงร้อยละ 84.85 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการนำไปใช้งานจริง ผลการวิจัยนี้ไม่เพียงแต่มีความหมายต่อการปรับปรุงสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แต่ยังเป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ในประเทศไทย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งบประมาณด้านยาของระบบสาธารณสุขโดยรวม การศึกษานี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการนำกระบวนการต่อรองราคายาไปใช้ในโรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งในประเทศไทย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขและสร้างความยั่งยืนทางการเงินให้แก่ระบบสาธารณสุข ในยุคที่ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพอย่างการต่อรองราคายาจึงเป็นสิ่งจำเป็นและควรได้รับการส่งเสริมอย่างจริงจัง เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพในราคาที่เหมาะสมและยั่งยืน ความสำเร็จของกระบวนการนี้เป็นผลมาจากการผสมผสานระหว่างหลักการทางวิชาการ การเตรียมข้อมูลที่ดี และทักษะการเจรจาที่เหมาะสม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรเภสัชกรรมในด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ การศึกษานี้จึงมีส่วนสำคัญในการยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติงานของวิชาชีพเภสัชกรรมและการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพและความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กระบวนการต่อรองราคายามีประสิทธิภาพสูง โดยสามารถต่อรองลดราคาได้สำเร็จ 28 รายการจาก 33 รายการ คิดเป็นอัตราความสำเร็จร้อยละ 84.85 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมากและแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของกระบวนการต่อรองในการลดต้นทุนยา และสามารถลดมูลค่าการจัดซื้อรวมได้ 893,794.08 บาท หรือร้อยละ 10.18 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Federico et al.[1] ที่พบว่าการต่อรองราคายาในโรงพยาบาลสามารถลดต้นทุนได้ร้อยละ 8-15 อัตราและสอดคล้องกับงานวิจัยของ เหม่ยเสียน พงศ์วิไลรัตน์[2] และ สปสช.[3] ใช้การต่อรองราคายาและการจัดซื้อร่วมกันย่อมส่งผลดีต่อการลดมูลค่ายาได้ ช่วยให้เกิดการประหยัดงบประมาณในการจัดซื้อยา ความสำเร็จในการต่อรองที่สูงนี้ เป็นผลมาจากการเตรียมความพร้อมที่ดีของทีมเจรจา การมีข้อมูลราคาอ้างอิงที่เพียงพอ และการใช้กลยุทธ์การต่อรองที่หลากหลายตาม

ลักษณะของแต่ละรายการยา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการวางแผนและการเตรียมข้อมูลก่อนการเจรจา

ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดของ WHO.[4] ที่กล่าวว่า การต่อรองราคาเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดต้นทุนการจัดซื้อในองค์กรด้านสาธารณสุข ผลการศึกษานี้ สามารถช่วยการประหยัดงบประมาณต้นทุนการจัดซื้อลงได้ร้อยละ 10.18 ถือเป็นผลสำเร็จที่มีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับการศึกษาของ Zheng Zhu[5] ที่พบว่าการต่อรองราคายาสามารถลดต้นทุนยาและเพิ่มการเข้าถึงยาได้

สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นว่า ยา ED มักมีการแข่งขันสูงกว่าและผู้ผลิตหลายราย ทำให้มีพื้นที่ในการต่อรองมากกว่า การแข่งขันด้านราคาที่รุนแรงกว่า ในขณะที่ยา NED อาจมีผู้ผลิตจำกัดหรือเป็นยาใหม่ที่ยังได้รับการคุ้มครองสิทธิบัตร รัฐบาลมักจะมีการควบคุมราคายา ED มากกว่า ทำให้มีพื้นที่ในการต่อรองที่จำกัดกว่า ในขณะที่ยา NED มักจะมีราคาสูงกว่าและมีพื้นที่ในการต่อรองมากกว่า

รายการยาที่ไม่สามารถต่อรองได้ 5 รายการ (ร้อยละ 15.15) มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ 1) ยาที่มีผู้จำหน่ายเพียงรายเดียว สะท้อนปัญหา Market Monopoly ที่ลดอำนาจต่อรองของผู้ซื้อ 2) ยาที่มีใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย ปริมาณการสั่งซื้อน้อย ขาดอำนาจต่อรองจากปริมาณ 3) ยาที่ราคาต่อหน่วยต่ำอยู่แล้ว มี Profit Margin จำกัดสำหรับการลดราคา

การประหยัดงบประมาณได้ 893,794.08 บาทต่อปี แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการลดต้นทุนของโรงพยาบาล นอกจากนี้ หากสามารถนำกระบวนการนี้ไปใช้กับยาเดิมที่มีอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล อาจสามารถประหยัดงบประมาณได้มากขึ้น ช่วยเพิ่มเสถียรภาพทางการเงินของโรงพยาบาล โดยเฉพาะในด้าน 1) การเพิ่มสภาพคล่องทางการเงิน งบประมาณที่ประหยัดได้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาบริการอื่น 2) การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ได้ยาคุณภาพเดิมในราคาที่ต่ำกว่า 3) การสร้างแนวทางปฏิบัติที่ยั่งยืน พัฒนาเป็นกระบวนการมาตรฐานในการจัดซื้อยา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. การขยายกระบวนการต่อรองไปยังยาเดิม-ควรนำกระบวนการนี้ไปใช้กับการทบทวนราคายาที่มีอยู่ในบัญชีแล้ว

2. การพัฒนาระบบข้อมูลราคาอ้างอิง สร้างฐานข้อมูลราคายาจากแหล่งต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการต่อรอง

3. การจัดตั้งทีมต่อรองเฉพาะ พัฒนาบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะด้านการต่อรองเพื่อเพิ่มประสิทธิผล

4. การจัดซื้อร่วม ควรพิจารณาการจัดซื้อร่วมกับโรงพยาบาลอื่นเพื่อเพิ่มอำนาจต่อรอง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลเปรียบเทียบประสิทธิผลของกระบวนการต่อรองในโรงพยาบาลขนาดและระดับที่แตกต่างกัน

2. การศึกษาปัจจัยเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับทักษะและคุณลักษณะของผู้ต่อรองที่มีผลต่อความสำเร็จ

3. การศึกษาผลกระทบต่อตลาดยา วิเคราะห์ผลกระทบของการต่อรองราคาต่อโครงสร้างตลาดยาและการแข่งขัน

แนวทางในการพัฒนาการต่อรองราคายาที่มีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล เพื่อให้กระบวนการต่อรองราคามีความยั่งยืน จำเป็นต้องมีการพัฒนาในหลายด้าน

1. การสร้างทีมงานที่เข้มแข็ง ต้องมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีทักษะการเจรจาอย่างต่อเนื่อง

2. ระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลราคายาให้ครบถ้วนและทันสมัย

3. การสร้างเครือข่าย ต้องมีการสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนข้อมูลราคากับโรงพยาบาลอื่น

4. การพัฒนานโยบาย ต้องมีการปรับปรุงนโยบายและระเบียบให้รองรับกระบวนการต่อรอง

ข้อจำกัดของการวิจัย

ข้อจำกัดด้านรูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรภายนอกที่อาจมีผลต่อราคายา เช่น การเปลี่ยนแปลงของตลาดยาในช่วงเวลาศึกษา

ข้อจำกัดด้านขอบเขตการศึกษา

การศึกษาดำเนินการเพียงโรงพยาบาลเดียว ทำให้การสรุปผลไปยังโรงพยาบาลอื่นต้องทำด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีขนาดและบริบทที่แตกต่าง

เอกสารอ้างอิง

1.Federico V., Michaela T., Gianluca A. et al.(2019). Determinants of price negotiations for new drugs. The experience of the Italian Medicines Agency. Health Policy, 2019 Jun;123(6):595-600.

2.เหม่ยเสียน พงศ์วิไลรัตน์.(2023). การบริหารเวชภัณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพ. เชียงรายเวชสาร. 2023;15(2):53-65.

3.ผลต่อรองราคายารวมระดับประเทศ ปี 2562 ของ สปสช. [อินเตอร์เน็ต] 2568 [สืบค้นเมื่อ 31 มีนาคม 2568]; สืบค้นจาก :https://www.hfocus.org/content/2019/04/17019

4.WHO. (2021). WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies. Geneva: World Health Organization.

5.Zhu, Z., Zhang, J., Xu, Z. et al.(2025). Impacts of National Reimbursement Drug Price Negotiation on drug accessibility, utilization, and cost in China: a systematic review. Int J Equity Health 24, 36 (2025). https://doi.org/10.1186/s12939-025-02390-w

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

พฤติกรรมบริการของพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก
Nurses' Service Behavior in the Outpatient Department, Thasongyang Hospital, Tak Province.

(Received: September 16,2025 ; Revised: September 28,2025 ; Accepted: September 29,2025)

เถลิงศักดิ์ บุญบำเรอ[1] สมใจ ศิระกมล[2] ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์[3]
Thaloengsak Boonbamroe[1] Somjai Sirakamon[2] Thitinut Akkadechanunt[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงสำรวจเพื่อศึกษาพฤติกรรมบริการของพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวกจากกลุ่มประชากรผู้ป่วยที่มารับบริการและมีอายุ 20 ปีขึ้นไป ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 441 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามพฤติกรรมบริการของพยาบาลที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดการตอบสนองด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) และ 2) แนวคำถามสัมภาษณ์สำหรับการสนทนากลุ่ม ข้อมูลพฤติกรรมบริการของพยาบาลถูกวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มถูกนำมาวิเคราะห์โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า 1) พฤติกรรมบริการของพยาบาลโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี 2) จากการสนทนากลุ่มชี้ให้เห็นถึงปัญหาเชิงพฤติกรรมหลายประการที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ได้แก่ การใช้คำพูด น้ำเสียง และกิริยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาในด้านการเคารพในศักดิ์ศรี ปัญหาการดูแลเอาใจใส่ที่ไม่เหมาะสมหรือล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยต้องรอนาน และปัญหาการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน
คำสำคัญ : พฤติกรรมบริการของพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ABSTRACT

This descriptive survey research aimed to examine the service behavior of nurses in the outpatient department of Thasongyang Hospital, Tak Province. A convenience sampling method was used to select 441 patients aged 20 years and above who received services at the hospital. The research instruments consisted of: 1) a nurses' service behavior questionnaire developed based on the World Health Organization (WHO) health responsiveness framework, and 2) an interview guide for focus group discussions. Data on nurses' service behavior were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentages, means, and standard deviations. Data from focus group discussions were analyzed through data categorization.

The study findings revealed that: 1) the overall nurses' service behavior and all sub-dimensions were at a good level, and 2) focus group discussions identified several behavioral issues that required improvement, particularly those related to nurse-patient interactions, including inappropriate use of words, tone of voice, and gestures, which reflected problems in respecting patient dignity; inadequate or delayed care and attention that resulted in prolonged patient waiting times; and unclear communication.
Keywords: Nurse service behavior, Outpatient department, Problems and recommendations

บทนำ

โรงพยาบาลเป็นองค์กรด้านสุขภาพที่มีพันธกิจหลักในการให้บริการที่มีคุณภาพ เข้าถึงได้ และ

[1] นักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[2] ผู้เขียนหลักรองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อีเมล: somjai.sira@cmu.ac.th
[3] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรอย่างเท่าเทียม แม้อยู่ภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและแรงกดดันจากความคาดหวังของผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและกลยุทธ์ด้านคุณภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อรองรับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างครอบคลุม[2] โดยเฉพาะบริการพยาบาลซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ มีบทบาทโดยตรงต่อการฟื้นฟู ดูแล และส่งเสริมสุขภาพของผู้ใช้บริการ

ภายใต้ความเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและบริบททางสังคม พยาบาลจึงต้องพัฒนารูปแบบการบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา[3] พฤติกรรมบริการของพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงการดูแลเอาใจใส่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สามารถสร้างทัศนคติเชิงบวก ความพึงพอใจ และความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพของผู้ใช้บริการได้อย่างมีนัยสำคัญ[4,5] ซึ่งกำหนดองค์ประกอบ 8 ด้าน ได้แก่ การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นส่วนตัว การรักษาความลับ การเอื้อสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม สิทธิในการเลือก การสื่อสาร และการเอาใจใส่ ในทางกลับกันหากพฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่ความไม่พอใจ ความไม่ไว้วางใจ และส่งผลต่อการใช้บริการในอนาคต รวมถึงการบอกต่อในเชิงลบที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ขององค์กร[6,7]

การศึกษาทั้งในและต่างประเทศพบว่าพฤติกรรมบริการของพยาบาลสามารถประเมินได้อย่างเป็นระบบโดยใช้กรอบแนวคิดด้านการตอบสนองของ WHO[5] เช่น งานวิจัยของ Zhou et al.[8] ในประเทศจีน พบว่าผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกรับรู้ด้านการรักษาความลับและการเอาใจใส่อยู่ในระดับต่ำ ขณะที่ Marzieh et al.[9] ในอิหร่าน พบว่าผู้ป่วยและพยาบาลประเมินพฤติกรรมการบริการในลักษณะใกล้เคียงกัน โดยให้คะแนนสูงสุดในด้านการเคารพศักดิ์ศรีและการรักษาความลับตามลำดับ ส่วน Iyad et al.[10] รายงานว่า การสนับสนุนทางสังคมและการเคารพศักดิ์ศรีเป็นองค์ประกอบที่ได้รับการตอบสนองในระดับสูงที่สุด

ในบริบทของประเทศไทย การศึกษาหลายฉบับได้นำกรอบแนวคิดของ WHO มาใช้ในการประเมินพฤติกรรมบริการของพยาบาล เช่น ทศพร ทองย้อย และแก้วใจ แสนพาน[1] ที่พบว่าผู้รับบริการประเมินพฤติกรรมของพยาบาลในระดับดีมาก เช่นเดียวกับอัคพิน สุริวรรณ์[2] ที่ศึกษาที่โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร และพบระดับคะแนนที่ใกล้เคียงกัน

โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก เป็นโรงพยาบาลชุมชนชายแดนขนาด 60 เตียง มีบทบาทในการดูแลสุขภาพทั้งประชาชนไทยและชาวต่างชาติ โดยมีเป้าหมายในการให้บริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม สถิติการร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการของพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกกลับเพิ่มขึ้นจาก 24 ครั้งในปี 2566 เป็น 32 ครั้งในปี 2567 โดยมีลักษณะการร้องเรียนเกี่ยวกับการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม การขาดความเอาใจใส่ และการไม่ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน[11,12] แม้โรงพยาบาลจะมีการจัดอบรมด้านพฤติกรรมบริการเป็นประจำ แต่ปัญหายังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงสะท้อนถึงความจำเป็นในการศึกษาสถานการณ์อย่างลึกซึ้ง

แม้จะมีการศึกษาเรื่องพฤติกรรมบริการของพยาบาลในประเทศไทยแล้วหลายฉบับ แต่ส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือในเขตเมือง ซึ่งอาจไม่สะท้อนบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ชายแดนอย่างโรงพยาบาลท่าสองยาง ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมบริการของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลดังกล่าว โดยอาศัยกรอบแนวคิดด้านการตอบสนองด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกเป็นแนวทางในการประเมิน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงคุณภาพการบริการให้สอดคล้องกับ

ความคาดหวังและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการในอนาคต

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมบริการของพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงสำรวจ (descriptive survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ ประชากรคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ท่าสองยาง จังหวัดตาก

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย จำนวน 441 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร่ยามาเน่ (Taro Yamane) สำหรับการสุ่มตัวอย่าง เป็นการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) โดยผู้ศึกษาแจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยทุกรายที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสำหรับการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นผู้ป่วยที่ได้เข้าใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก จำนวน 16 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) มารับบริการ โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการลงทะเบียนเข้าระบบถึงรับยาครบทุกขั้นตอน 3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสาร อ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ 4) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย 5) เคยเข้ารับบริการอย่างน้อย 1 ครั้งก่อนการเก็บข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงที่ทรุดลงขณะรอรับบริการ 2) กลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่นผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยเครื่องมือ 2 รายการ ได้แก่

1) แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา และการเข้ารับบริการก่อนการเข้ารับบริการครั้งนี้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมบริการของพยาบาล ซึ่งผู้ศึกษาทำการดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมบริการของพยาบาลของอังคณา ธัญวัฒน์สวัสดิ์[13] ที่ได้พัฒนาตามกรอบแนวคิดการตอบสนองด้านสุขภาพของ WHO[6] ข้อคำถามประกอบด้วยองค์ประกอบ 8 ด้าน จำนวน 23 ข้อ

2) แนวคำถามสัมภาษณ์สำหรับการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสภาพปัญหาและข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของพยาบาล ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ท่าสองยาง จังหวัดตาก ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างตามกรอบแนวคิดการตอบสนองด้านสุขภาพของ WHO[6] มีจำนวน 16 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามพฤติกรรมบริการพยาบาล

1.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในด้านการบริหารการพยาบาล 2 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไปที่มีความรู้ด้านการบริหาร

จัดการทรัพยากรบุคคล 2 ท่านและหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก 1 ท่าน และได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.89

1.2 ความเชื่อมั่น (reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาค แอลฟ่า (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.98

2. การตรวจสอบคุณภาพของแนวคำถามสัมภาษณ์ ผู้ศึกษานำแนวคำถามที่ต้องใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อศึกษาปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของพยาบาล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบในด้าน ความชัดเจน (clarity) ความเหมาะสม (appropriateness) และการจัดลำดับของข้อคำถามในการสัมภาษณ์ (sequence the question) หลังจากนั้นผู้ศึกษาจึงนำไปปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำแบบสอบถามไปใช้จริง

การรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ระหว่างวันที่ 27 มกราคม 2568 ถึง 21 กุมภาพันธ์ 2568 โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด โดยการซักถามอาการทั่วไป ในกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการครบทุกขั้นตอน และกำลังเข้าสู่ขั้นตอนการรับยา โดยผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบใบนำทางของผู้ป่วยที่ได้จากระบบการลงทะเบียนเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมีอายุของผู้ป่วยปรากฏอยู่ในส่วนหัวของใบนำทาง และเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัยในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ถามตอบและเข้าใจภาษาไทย จากนั้นอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม ตอบข้อสงสัยต่างๆ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ และให้กลุ่มตัวอย่างทำการคืนแบบสอบถามที่ตอบแล้วเสร็จลงในกล่องรับแบบสอบถามที่ตั้งไว้บริเวณด้านข้างโต๊ะพยาบาล จุดให้คำแนะนำหลังตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนการจัดการสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้นำการสนทนากลุ่มด้วยตนเองและมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คนทำหน้าที่จดบันทึกการสนทนาและอำนวยความสะดวกในการจัดการสนทนากลุ่ม โดยดำเนินการสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 กลุ่มๆ ละ 8 คน ในห้องประชุมปิดที่ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน และใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพฤติกรรมบริการของพยาบาลโดยการแจกแจงความถี่ คำนวณ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มวิเคราะห์โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (study code: 2567-EXP087) และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าสองยาง

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน เพศชายร้อยละ 49.90 เพศหญิง ร้อยละ 50.10 ส่วนมากมีอายุในช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 48.98 ส่วนมากมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 37.41 และประกอบอาชีพ เกษตรกร/ประมง ร้อยละ 21.09 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไป เท่ากับร้อยละ 20.64 มากกว่าครึ่งใช้สิทธิการรักษาเป็นหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 53.74 และก่อนเข้ารับบริการครั้งนี้ ผู้ป่วยทุกรายเคยเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมาก่อนร้อยละ 100

2. ระดับการรับรู้พฤติกรรมบริการของพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมบริการของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=3.69, SD=0.88) เมื่อพิจารณาข้อมูลรายด้าน พบว่าทุกด้านมีการรับรู้ถึงพฤติกรรมบริการของพยาบาลอยู่ในระดับดีเช่นกัน ($\bar{X}$=3.51-3.93, SD=0.79-0.98)

3. ผลจากการสนทนากลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างประสบปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแสดงออก หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการของพยาบาลได้แก่ พฤติกรรมในด้านการเคารพในศักดิ์ศรี เช่น การใช้คำพูด น้ำเสียง และกิริยาที่ไม่เหมาะสมของพยาบาล พฤติกรรมในด้านการได้รับการดูแลเอาใจใส่ซึ่งยังไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสม หรือล่าช้า ผู้ป่วยต้องรอนาน และพฤติกรรมในด้านการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน นอกจากนี้ยังประสบปัญหาในด้านการอำนวยความสะดวกด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พื้นที่โรงพยาบาลคับแคบแออัด ป้ายบอกจุดบริการที่ไม่ชัดเจนและพื้นที่บริการไม่ค่อยสะอาด จากประเด็นปัญหาดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะ คือ พยาบาลควรควบคุมหรือปรับอารมณ์ให้เหมาะสมสม่ำเสมอ ควรให้บริการด้วยการแสดงความใส่ใจผู้ป่วยอย่างเต็มที่ สื่อสารอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย และบ่อยขึ้น โรงพยาบาลควรปรับระบบบริการให้รวดเร็วขึ้น จัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลให้เพียงพอ และควรจัดทำป้ายบอกจุดบริการที่ชัดเจน ควรจัดให้มีมาตรการดูแลความสะอาดที่ดีและทั่วถึง จำกัดจำนวนญาติที่ดูแลผู้ป่วยและให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการรักษาความสะอาด รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมบริการของพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ท่าสองยาง จังหวัดตาก โดยการสำรวจข้อคิดเห็นของผู้รับบริการจากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาอภิปรายผลการวิจัยตามคำถามของการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ระดับพฤติกรรมบริการของพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก จากผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมบริการของพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก ทั้งโดยรวม ($\bar{X}$=3.69, SD=0.88) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมบริการในด้านการเคารพในศักดิ์ศรี($\bar{X}$=3.93, SD=0.79) ด้านความเป็นเอกสิทธิ์($\bar{X}$=3.79, SD=0.85) ด้านการเก็บข้อมูลเป็นความลับ($\bar{X}$=3.69, SD=0.93) ด้านการอำนวยด้านสิ่งแวดล้อม($\bar{X}$=3.69, SD=0.89) ด้านการสนับสนุนทางด้านสังคม($\bar{X}$=3.51, SD=0.98) ด้านสิทธิการเลือก($\bar{X}$=3.75, SD=0.83) ด้านการสื่อสาร($\bar{X}$=3.77, SD=0.85)และด้านการได้รับการดูแลเอาใจใส่($\bar{X}$=3.60, SD=0.88) ดังแสดงในตารางที่ ซึ่งอธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก มีการรับรู้พฤติกรรมบริการของพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกในภาพรวมอยู่ในระดับดีแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ได้ถึงการตอบสนองด้านสุขภาพของพยาบาลในภาพรวมว่าเป็นวิธีการดูแลผู้รับบริการด้วยความเอาใจใส่ดูแล ในสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้พฤติกรรมบริการของพยาบาลในแต่ละด้านย่อยที่อยู่ในระดับดีเหมือนกันทุกด้านดังผลการวิจัยที่ปรากฏ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากเหตุผลและปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งผู้ศึกษาได้อภิปรายในส่วนต่อไป

การที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงพฤติกรรมบริการของพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ท่าสองยาง จังหวัดตาก ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดีอาจเป็นผลเนื่องมาจากหลากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้และทักษะทางวิชาการและการสื่อสารของพยาบาลซึ่งนับเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นต่อการให้บริการที่ดีรวมไปถึงการอบรมและพัฒนาวิชาชีพที่สามารถเพิ่มพฤติกรรมการบริการในเชิงบวก

ล้วนส่งผลดีต่อการให้บริการด้วยทั้งสิ้น[14] ซึ่งพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่ผ่านการศึกษาอบรมความรู้ในด้านวิชาชีพการพยาบาลในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าทั้งหมดจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก[11] นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ยังได้รับการอบรมในด้านการพัฒนาบุคลากรประจำปี ในหลักสูตรการให้บริการที่เป็นเลิศ (Excellent Service Behavior: ESB) ในบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานด่านหน้า ซึ่งเป็นหลักสูตรที่มุ่งเน้นการพัฒนาในด้านการจัดการบริการที่เป็นเลิศ และการก้าวไปสู่ความเป็นเลิศด้านบริการ[14] ซึ่งในหลักสูตรมักมีกิจกรรมเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมหรือทักษะการบริการ ทั้งด้านการสื่อสาร ท่าทาง การแสดงออก เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านบริการ[16] ผลการศึกษาดังกล่าว ยังอาจเป็นผลมาจาก *ปัจจัยด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพของพยาบาล* โดยหากพยาบาลมีความยึดมั่นในจรรยาบรรณจะส่งผลให้พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพ เอาใจใส่และรับผิดชอบ[17] รวมทั้งให้ความสำคัญต่อตัวผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี ตรงกันข้ามหากพยาบาลขาดจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย เช่น ไม่สนใจผู้ป่วย ขาดความเอื้ออาทร ก็จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทำให้ไม่ได้รับการบริการที่ดีจากพยาบาลผู้ให้บริการ[18] ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะเห็นได้ว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในหลายด้านที่สะท้อนถึงความมีจริยธรรมของพยาบาล เช่น ด้านการเคารพในศักดิ์ศรี ด้านความเป็นเอกสิทธิ์ ด้านการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และด้านการได้รับการดูแลเอาใจใส่ซึ่งผลการวิจัยพบว่าอยู่ในระดับดีทั้งสิ้น

นอกจากนี้ ผลการศึกษาดังกล่าวยังอาจเป็นผลมาจาก *ปัจจัยด้านองค์กร* โดยหากผู้นำส่งเสริมและสนับสนุนพนักงานให้มีพฤติกรรมเชิงบวกในการให้บริการ จะส่งผลให้มีบรรยากาศองค์กรที่ดีและสภาพแวดล้อมในการทำงานดีมีส่วนช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีความตั้งใจในการให้บริการแก่ผู้ป่วย[19] ซึ่งผู้บริหารระดับต้นและระดับกลางนอกจากจะมีบทบาทหน้าที่ที่จะต้องขับเคลื่อนงานด้านจริยธรรมแล้ว ยังต้องเป็นผู้ปรับพฤติกรรมผู้ใต้บังคับบัญชาและปรับสภาพแวดล้อมในการทำงานซึ่งจะส่งเสริมการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้แก่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้[20] ทั้งนี้พบว่าหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ท่าสองยาง จังหวัดตาก ซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมให้พยาบาลในหน่วยงานมีพฤติกรรมเชิงบวกในการให้บริการโดยการนิเทศ กำกับ ติดตามการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลใต้การบังคับบัญชาเป็นประจำ นอกจากนี้ ยังได้ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้รับการอบรมพัฒนาทักษะความรู้และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับงานผู้ป่วยนอกจำนวน 1 ครั้งต่อคนต่อปีโดยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายของการอบรมได้จากต้นสังกัด[12]

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ อัคพิน สุริวรรณ์[3] ที่ได้ศึกษาการรับรู้พฤติกรรมบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร และพบว่า การรับรู้พฤติกรรมบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=4.18, SD = 0.72) และทุกด้านอยู่ในระดับดี ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ยังคล้ายคลึงกับการศึกษาของ ทศพร ทองย้อย และแก้วใจ แสนพาน[2] ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมบริการของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการตึกพิเศษโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยใช้เครื่องมือของ WHO ประเมินพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางสุขภาพที่เหมาะสมและพบว่าการรับรู้พฤติกรรมบริการของพยาบาลของผู้ใช้บริการโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$=4.57, SD=0.55) ส่วนการรับรู้พฤติกรรมบริการรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่ทุกด้านอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน ($\bar{X}$=3.51-3.93, SD=0.79-0.98) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากพบว่าผลของการศึกษานี้มีการรับรู้พฤติกรรมบริการของพยาบาลของผู้ใช้บริการทั้งโดยรวมและรายด้าน ยังไม่ถึงระดับดีมากจึงยังแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมี

พฤติกรรมบางประการที่อาจยังเป็นปัญหาอุปสรรค หรือเป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในส่วนที่ 2 ซึ่งเป็นผลการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริการของพยาบาล โดยผู้ศึกษาจะอภิปรายในส่วนที่ 2 ต่อไป

ส่วนที่ 2 ปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก

ผลจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างประสบปัญหาพฤติกรรมบริการของพยาบาลหลายประการ ปัญหาหลักๆ เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแสดงออก หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ได้แก่ พฤติกรรมในด้านการเคารพในศักดิ์ศรี เช่น การใช้คำพูด น้ำเสียง และกิริยาที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมในด้านการได้รับการดูแลเอาใจใส่ซึ่งไม่เพียงพอหรือเหมาะสมหรือต้องรอนาน และพฤติกรรมในด้านการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ละเอียดเพียงพอ ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจากภาระงานที่มาก ทั้งงานประจำของแผนกผู้ป่วยนอก โดยพยาบาลต้องรับผิดชอบประจำจุดบริการ 3 จุด คือ จุดคัดกรอง จุดซักประวัติ และจุดแนะนำหลังตรวจ เฉพาะจุดคัดกรองซึ่งมีอัตรากำลังพยาบาลประจำจุดเพียง 1 คน ในขณะที่มีจำนวนผู้รับบริการผ่านจุดคัดกรอง ประมาณ 500-600 รายต่อวัน จุดซักประวัติมีอัตรากำลังพยาบาล 4 คน จำนวนผู้รับบริการ 200-350 รายต่อวัน ส่วนจุดแนะนำหลังตรวจมีอัตรากำลังพยาบาล 3 คน จำนวนผู้รับบริการ 300-500 รายต่อวัน โดยยังมีการให้บริการคลินิกพิเศษอื่น ๆ ควบคู่ไปด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริการของพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้คือการมีภาระงานที่มากในขณะที่อัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลทำให้พยาบาลประจำจุดบริการเกิดความเครียดและแสดงออกในแง่ของการบริการที่ไม่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนีย์ สิรินพมณี และคณะ[21] ที่ศึกษาในเรื่อง การรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในงาน การสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ และพบว่า การรับรู้ภาระงานมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการลดคุณค่าบุคคลอื่น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้จึงมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรควบคุมหรือปรับอารมณ์ให้เหมาะสมอย่างเสมอต้นเสมอปลาย ควรให้บริการด้วยใจและแสดงความใส่ใจผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่กล่าวถึงการให้บริการอย่างเอื้ออาทรมีความรักและความเมตตาเป็นที่ตั้ง ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีและมีคุณค่าต่อทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ[22]

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ยังได้นำเสนอปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริการในด้านการอำนวยความสะดวก ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัญหาหลักของด้านนี้คือการที่พื้นที่ของโรงพยาบาลคับแคบ แออัด และไม่สะอาดเท่าที่ควร บางจุดมีความสกปรกมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยและญาติมีจำนวนมากในขณะที่อาคารและพื้นที่ให้บริการมีจำกัดร่วมกับพฤติกรรมทิ้งสิ่งของไม่เป็นที่ของผู้ป่วยและญาติร่วมด้วย ซึ่งพบว่ามีข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการดูแลพื้นที่บริการแผนกผู้ป่วยนอกว่าควรมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้แม่บ้านทำความสะอาดพื้นที่ให้บ่อยขึ้นและมีการตรวจสอบจากพยาบาลที่อยู่ประจำจุดบริการแผนกผู้ป่วยนอกและบันทึกผลการตรวจสอบในสมุดตรวจรับงานตามช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งโดยมาตรการดังกล่าวอาจช่วยแก้ไขปัญหาพื้นที่อาคารสกปรกได้เนื่องจากมีการกระตุ้นการดูแลพื้นที่รับผิดชอบของแม่บ้านให้ทำความสะอาดอย่างต่อเนื่องโดยมีพยาบาลกำกับดูแล นอกจากนี้มีข้อเสนอแนะให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ออกหนังสือประกาศกฎระเบียบเกี่ยวกับการจำกัดจำนวนญาติที่มาส่งผู้ป่วยของทางโรงพยาบาลให้เหมาะสม เช่น ผู้ป่วย 1 คนญาติ 1 คน ซึ่งน่าจะช่วยทำให้ปัญหาดังกล่าวผ่อนคลายลงเนื่องจากพื้นที่ให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกคับแคบและแออัดเมื่อต้องรองรับผู้ป่วยและญาติ

จำนวนมาก ผู้ป่วยต้องรอนาน นอกจากนี้ยังมีข้อแนะนำให้มีการให้สุขศึกษาอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของอาคารสถานที่ในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งคาดว่าน่าจะช่วยบรรเทาหรือแก้ไขปัญหาเรื่องนี้ให้น้อยลงได้เนื่องจากผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ รับฟังการให้คำแนะนำถึงขั้นตอนการเข้ารับบริการแนะนำสถานที่รวมไปถึงการสื่อสารของทีมประชาสัมพันธ์ในเรื่องการรักษาความสะอาดของการใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมบริการพยาบาลในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัคพิน สุริวรรณ[3] ที่พบปัญหาเกี่ยวกับการรอเข้าห้องตรวจที่ต้องใช้เวลานาน รอเจาะเลือดนาน และเรียกชื่อช้า ซึ่งมีข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขได้แก่ จัดให้มีบริการที่เร็วขึ้น ให้มีป้ายไฟแสดงลำดับคิวการให้บริการและให้มีเครื่องเสียงเรียกผู้รอรับบริการ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากผลการศึกษาของรุ่งทิพย์ นิลพัท[23] ที่ศึกษาเรื่องคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการโรงพยาบาลเปาโล รังสิตและพบว่า มีการให้บริการที่เป็นไปตามระบบ มีขั้นตอน สถานที่กว้างขวางและมีป้ายสัญลักษณ์บอกทางที่ชัดเจน ทำให้ง่ายต่อการเข้าถึงจุดบริการ มีคุณภาพบริการที่ดีสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีการพัฒนาในด้านการอำนวยด้านสิ่งแวดล้อมที่ดีทั้งอาคารสถานที่ ความสะอาดและรวมไปถึงป้ายบอกทางต่างๆที่ชัดเจนผู้รับบริการเข้าใจง่าย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก สามารถใช้ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลสนับสนุนการวางแผนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมบริการของพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก

2. ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมบริการของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี แต่ยังไม่ถึงระดับดีมากทั้งในส่วนของภาพรวมและรายด้าน ดังนั้น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลจึงควรหากลยุทธ์หรือแนวทางในการปรับปรุงพฤติกรรมบริการของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการที่มีความเชื่อทางศาสนาได้ทำกิจกรรมหรือพิธีกรรมตามความเชื่อ หรือการได้รับการดูแลด้วยความเอาใจใส่จากพยาบาล การดูแลสถานที่มีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อยและเป็นสัดส่วน เป็นต้น เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาพฤติกรรมบริการในกลุ่มพนักงานช่วยเหลือคนไข้และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพอื่นๆที่ให้บริการด่านหน้าในแผนกอื่นๆ ของโรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก

2) ควรศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้พฤติกรรมบริการของพยาบาลในกลุ่มผู้รับบริการ กับความคาดหวังที่ได้รับ จากการเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก

3) ควรศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ท่าสองยาง จังหวัดตาก

เอกสารอ้างอิง

1. ทศพร ทองย้อย, แก้วใจ แสนพาน. พฤติกรรมบริการของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการตึกพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารพยาบาลศาสตร์สุขภาพ. 2566;46(3):87–100.
2. อัคพิน สุริวรรณ์. การรับรู้พฤติกรรมบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลอากาศอำนวยจังหวัดสกลนคร [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.

3. กองการพยาบาล. การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
4. Valentine NB, de Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJL, Evans DB. Health system responsiveness: Concepts, domains and operationalization. In: Murray CJL, Evans DB, editors. Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 573–96.
5. World Health Organization. WHO health and health system responsiveness survey. New York: H & HSR; 2001.
6. ทิพพ์รดา จาริ. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการกับความจงรักภักดีของผู้รับบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลหาดใหญ่ [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2563.
7. สุนันทา เกษมศรี, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริการที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2556;23(1):41–54.
8. Zhou W, Shuiyuan X, Caixia F, Yu Y, Dan W, Cheng H, Xiang L. Measuring the quality of mental health services from the patient perspective in China: psychometric evaluation of the Chinese version of the World Health Organization responsiveness performance questionnaire. Glob Health Action. 2022;15(1):1–10.
9. Marzieh J, Saeed K, Ahmadreza R, Maryam Y, Keyvan K. Comparison of patients' and nurses' viewpoints about responsiveness among a sample from public and private hospitals of Isfahan. Iran J Nurs Midwifery Res. 2011;16(4):273–7.
10. Iyad IS, Ebrahim J, Mostafa H, Abed ERSS, Ali AS. Nurses' perspectives on inpatient care responsiveness at the Gazan public hospitals. Ethiop J Health Sci. 2021;31(4):847–56.
11. งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าสองยาง. Service profile OPD 2566. ตาก: โรงพยาบาลท่าสองยาง; 2566.
12. งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าสองยาง. Service profile OPD 2567. ตาก: โรงพยาบาลท่าสองยาง; 2567.
13. อังคณา ธัญวัฒน์สวัสดิ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคตะวันออกประเทศไทย [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.
14. อมรา วงศ์แพทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะทางวิชาชีพกับพฤติกรรมการบริการของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;25(1):35–46.
15. สัมพันธ์ อินปาน, จักรี ไชยพินิจ. แนวทางการพัฒนาการบริการสู่ความเป็นเลิศของงานทะเบียนราษฎรและงานบัตรประจำตัวประชาชนของสำนักงานเขตดินแดง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562.
16. ชนาภา อิทธิอมรกุลชัย. บุคลิกภาพและความสามารถในการสื่อสาร: จากวัยเด็กสู่วัยทำงาน. วารสารวิชาการการตลาดและการจัดการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. 2566;10(2):209–14.
17. สภาการพยาบาล. แนวทางจรรยาบรรณของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล; 2562.
18. รัตนา ทองแจ่ม, สุวิน ทองปั้น, จรัส ลีกา. การพัฒนาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาขอนแก่น. 2564;8(4):201–13.
19. วิภา ศิริวรรณ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558;24(3):392–401.
20. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. กำลังคนภาครัฐข้าราชการพลเรือนสามัญ. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ก.พ.; 2563.
21. ทัศนีย์ สิรินพมณี, เมธาวี อุดมธรรมานุภาพ, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. การรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในงาน การสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพโดยมีอิทธิบาทสี่เป็นตัวแปรกำกับ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(2):58–71.
22. จินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร. การดูแลอย่างเอื้ออาทร: หัวใจสำคัญของการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. วารสารพยาบาล. 2556;62(2):1–10.
23. รุ่งทิพย์ นิลพัท. คุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการโรงพยาบาลเปาโลรังสิต [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2561.

ผลของการให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยผ่านสื่อออนไลน์สำหรับผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง จังหวัดตรัง

Effects of Oral Health Care Knowledge among Pre-school Children with Online Media for Parents in Khok Yang Child Development Center, Changwat Trang.

(Received: September 16,2025 ; Revised: September 28,2025 ; Accepted: September 29,2025)

ปนิตา พรหมพิทักษ์[1] ภัทราภรณ์ เต็งโรจน์นภาพร[2]
Panita Phromphithak[1] Pattaraporn Tengrothnapaporn[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนหลัง (One Group pretest-posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพ เด็กปฐมวัยผ่านสื่อออนไลน์สำหรับผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง จังหวัดตรัง และเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย ผ่านสื่อออนไลน์สำหรับ ผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบทดสอบ ความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินวิจัย เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยผ่านสื่อออนไลน์ระหว่างก่อน การให้ความรู้ และหลังการให้ความรู้ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และวิเคราะห์ หาค่าความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัย โดยแจกแจงข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังเข้าร่วมการให้ความรู้ 15.56±4.45และ21.20±2.02 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <. 001) โดยที่คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย หลังเข้าร่วมการให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น ส่วนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ ของการให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยรวมเท่ากับ 3.67±0.55 ซึ่งอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย, ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย, สื่อออนไลน์

Abstract

This study employed a quasi-experimental design, specifically a one-group pretest-posttest design, with the objectives of examining the effects of providing oral health care knowledge for preschool children through online media to parents at the Khok Yang Child Development Center, Trang Province, and assessing parents' satisfaction with the intervention.The sample consisted of 30 parents of preschool children enrolled at the center. Research instruments included a knowledge test on preschool children's oral health care and a satisfaction questionnaire regarding the implementation. Data were analyzed by comparing mean knowledge scores before and after the intervention using the Wilcoxon Signed Rank Test. In contrast, satisfaction was analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values.

The results showed that participants' mean knowledge scores significantly improved, from 15.56±4.45 before the intervention to 21.20±2.02 after the intervention, with a statistically significant difference at the 0.05 level (p < .001). The overall mean satisfaction score regarding the program was 3.67±0.55, indicating a high level of satisfaction.

Keywords: Village health volunteers, Self-oral health care behavior, Online Media

---

[1] นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทับใหม่ ตำบลบ้านเสด็จ อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี
[2] อาจารย์หัวหน้าหน่วยหลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
Corresponding Author: Pattaraporn Tengrothnapaporn E-mail address: Pattaraporn@scphtrang.ac.th

บทนำ

โรคฟันผุเป็นโรคที่พบมากที่สุดในเด็กปฐมวัย เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ส่งผล กระทบต่อคุณภาพชีวิต และผลกระทบของโรคฟันผุในเด็กสามารถส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากในอนาคตได้ การมีฟันน้ำนมผุ เด็กจะปวดฟัน เคี้ยวอาหารไม่ได้ ร่างกายจะได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการเจริญเติบโต อีกทั้งอาการปวดฟันยังส่งผลต่อการ นอนหลับและการเรียนรู้ สิ่งเหล่านี้ล้วนกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กตัวเล็ก ๆ สามารถขัดขวางพัฒนาการทางร่างกาย อารมณ์และสติปัญญาได้ นอกจากนี้เด็กที่มีฟันน้ำนมผุก็มักจะ พบว่าฟันแท้ผุไปด้วย เนื่องจากเด็กที่มีฟันผุจะมีเชื้อก่อโรคฟันผุในช่องปากมากกว่าปกติซึ่งจะส่งผลให้ฟันแท้ที่กำลังจะขึ้นใหม่นั้นเกิดฟันผุได้เช่นเดียวกัน[1]

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุหลักของอาการ เจ็บปวดและการสูญเสียฟัน คือโรคฟันผุ ซึ่งในเด็กอายุ 3 ปีและ 5 ปีที่ใช้เป็นตัวแทนในการ ติดตามการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมพบว่า เด็กอายุ 3 ปี เป็นขวบปีแรกที่มีฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ มีความชุกของฟันผุ ร้อยละ 52.9 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 2.8 ซี่/คน โดยความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปีพบสูงสุดในในภาคกลางร้อยละ 57.9 และภาคใต้ร้อยละ 57.0 ตามลำดับ และผลสภาวะสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กอายุ 5 ปีพบว่ามีฟันผุระยะเริ่มต้นร้อยละ 31.3 ความชุกในการ เกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมร้อยละ 75.6 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.5 ซี่/คน โดยพบสูงสุดในเขตภาคใต้และภาคเหนือ ร้อยละ 80.2 และ 78.3 ตามลำดับ[1]

จากสำรวจร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นตัวแทนกลุ่มอายุที่ใช้ในการตรวจฟันผุใน ฟันน้ำนมช่วงอายุ 3-5 ปี ย้อนหลัง 3 ปีพบว่าอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง มีค่าประสบการณ์การเกิด โรคฟันน้ำนมร้อยละ 39.09 51.1 และ 54.14 ตามลำดับ โดยในปี 2563 มีค่าประสบการณ์ การเกิดโรคฟันน้ำนมผุสูงที่สุดในจังหวัดตรัง[11]

จากรายงานการตรวจสภาวะช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พ.ศ. 2561-2563 พบว่าเด็กอายุ 3 ปีมีฟันผุร้อยละ 57.53 50.81 และ 53.33 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าโรคฟันผุจะมีแนวโน้มขึ้นลงอย่างไม่สม่ำเสมอ และสูงกว่าเกณฑ์ของกระทรวง สาธารณสุขและจังหวัดที่กำหนด คือ เด็กต้องปราศจากฟันผุร้อยละ 50 โดยปัญหาหลักในด้าน ช่องปาก คือ โรคฟันผุของเด็ก ซึ่งมักเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การทำความสะอาด ช่องปาก รวมไปถึงการดูแลเอาใจใส่ของผู้ปกครอง หากละเลยเป็นเวลานานก็จะเพิ่มความรุนแรง ของโรคมากขึ้น ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การติดเชื้อ และสร้างปัญหาการบดเคี้ยวอาหาร มีผลต่อน้ำหนัก การเจริญเติบโตและบุคลิกภาพของเด็ก ที่สำคัญคือส่งผลกระทบต่อการเรียน ทำให้เด็ก หยุดเรียน และปัญหาฟันผุนำไปสู่การสูญเสียฟันในวัยเด็กและอาจสะสมจนต้องสูญเสียฟันทั้งปากในวัยสูงอายุตามมา ดังนั้นการดูแลทันตสุขภาพ เด็กของผู้ปกครอง นั้นสำคัญต่อทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน เนื่องจากเด็กก่อนวัยเรียนนั้นยัง เป็นกลุ่มเด็กที่ต้องการการดูแลจากผู้ปกครอง[9]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำการให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพของเด็กปฐมวัยผ่านออนไลน์ (กลุ่มไลน์)แก่ผู้ปกครองของเด็ก ซึ่งได้นำเสนอเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพของเด็กปฐมวัย ซึ่งประกอบด้วยการดูแลสุขภาพช่องปาก โภชนาการและการบริโภคอาหาร และการทำ ความสะอาดช่องปากจากเหตุผลที่กล่าวมา ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาผลของการให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยผ่านสื่อออนไลน์สำหรับผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โคกยาง จังหวัดตรัง ที่จะใช้การจัดการเรียนรู้โดยวิธีสอนผ่าน

กลุ่มไลน์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครอง ดูแลทันตสุขภาพของเด็กปฐมวัยได้ถูกต้อง เป็นสื่อในการให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครองเป็น การปรับวิธีการถ่ายทอดความรู้ให้เหมาะสม ผู้ปกครองสามมารถนำความรู้จากข้อมูลต่าง ๆ ไปปรับใช้ในการพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับบุตรหลาน ซึ่งความรู้ที่ได้นั้นยังสามารถส่งเสริมสุขภาพและป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัยในหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ศูนย์พัฒนาเด็ก เล็ก โรงเรียน โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ ที่ปฏิบัติได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้การดูและทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย ผ่านสื่อออนไลน์ สำหรับผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง จังหวัดตรัง

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการให้ความรู้การดูและทันตสุขภาพเด็ก ปฐมวัยผ่านสื่อออนไลน์สำหรับผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง จังหวัดตรัง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูและทันตสุขภาพเด็ก ปฐมวัยผ่านสื่อออนไลน์สำหรับผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง จังหวัดตรัง ระหว่างก่อน และหลังเข้าร่วมการให้ความรู้

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการให้ความรู้การดูและทันตสุขภาพเด็ก ปฐมวัยผ่านสื่อออนไลน์สำหรับผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของการให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยผ่านสื่อออนไลน์สำหรับผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง จังหวัดตรังเป็นการศึกษารูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนหลัง (One Group pretest-posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองของนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โคกยาง จังหวัดตรัง ซึ่งได้มาโดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง คือ ผู้ปกครองของนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 50 คน โดยได้รับการให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถามแบบทดสอบ (Questionnaire) เพื่อใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพเป็นคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจหลังได้เข้าร่วมวิจัย และการดำเนินงานของวิจัยประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 29 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือ แบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยการตรวจสอบเครื่องมือในครั้งนี้พบว่า แบบสอบถามมีค่าดัชนี ความสอดคล้อง (IOC) ค่าที่ยอมรับได้มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้าน

หนองเหม้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้ โดยข้อคำถาม ที่ใช้นำมาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรวิเคราะห์ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำหนังสือเพื่อขอความร่วมมือในการทำการศึกษาถึงผู้บริหารและผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จัดอบรมผู้ช่วยวิจัยสำหรับช่วยในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้ช่วยผู้วิจัยเกิดความเข้าใจและทราบถึงรายละเอียดกิจกรรมต่าง ๆ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการขอความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ ที่ได้รับและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมให้เอกสารคำแนะนำและใบยินยอมเข้าร่วม โปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายวันเวลาในการดำเนินการวิจัย หลังจากได้รับการยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว ผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการรวบรวม ข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์และอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ กำหนดระดับความ เชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และช่วงเชื่อมั่นที่ระดับ ความเชื่อมั่น 95% CI ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานในการวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ, ศาสนา, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และความสัมพันธ์กับเด็ก ความพึงพอใจ โดยแสดงผลค่าร้อยละ ส่วนอายุ แสดงผลค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแล ทันตสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed Rank test ในการทดสอบเนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่รับรอง P062/2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมด 30 คน พบว่า ร้อยละ 93.0 เป็น เพศหญิง อายุเฉลี่ย 34.50 อายุน้อยที่สุด 21 ปี และอายุมากกที่สุด 58 ปี นับถือศาสนาพุทธมาก ที่สุด ร้อยละ 96.70 รองลงมาคือ นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 3.30 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.70 จบการศึกษามากที่สุด คือ ระดับชั้นประถมศึกษาและชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช ร้อยละ 26.70 เท่ากัน รองลงมาคือ อนุปริญญา/ปวส ร้อยละ 23.30 ประกอบอาชีพพ่อบ้าน-แม่บ้าน ร้อยละ 36.70 รองลงมาคือ เกษตรกรรม ร้อยละ 23.30 และมีความ ความสัมพันธ์เป็นบิดา-มารดา ร้อยละ 76.70 รองลงมาคือ ปู่-ย่า-ตา-ยาย ร้อยละ 16.70

2. ผลเปรียบเทียบความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย ก่อนการให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.00 ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.70 และระดับสูง ร้อยละ 23.30 และระดับความรู้เรื่องความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยหลัง การให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.30

3. ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังได้รับความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยผ่านสื่อออนไลน์สำหรับผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง จังหวัดตรัง หลังได้รับความรู้สูงกว่า ก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001

4. การประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง จะทำการประเมินหลังจากที่กลุ่ม ตัวอย่างได้รับความรู้ไป 1 สัปดาห์ ซึ่งผลจากการประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึง พอใจในข้อความน่าสนใจของกิจกรรมและสามารถนำความรู้จากกิจกรรมมาประยุกต์ใช้ในชีวิต ได้ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 รองลงมาคือ สามารถเข้าใจจุดประสงค์หลักของกิจกรรม คะแนน เฉลี่ยเท่ากับ 3.80 และขอที่มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมและสันทนาการ ความเหมาะสมของสถานที่และสถานที่มีความสะอาดเรียบร้อย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.57

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังหลังการให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยผ่านสื่อออนไลน์สำหรับ ผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง จังหวัดตรัง ซึ่งผลการทดสอบความรู้พบว่าค่าเฉลี่ย ความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยของกลุ่มตัวอย่างหลังให้ความรู้คะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 แสดงว่าการให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยผ่านสื่อออนไลน์สำหรับผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง จังหวัด ตรัง ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง 2 สัปดาห์ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นนั้นเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในการเรียนรู้และบวกกับการประยุกต์ใช้สื่อ ออนไลน์ให้เข้ากับการให้ความรู้ทำให้ง่ายต่อการเรียนรู้และการสื่อสารแก่ผู้ที่สนใจ สอดคล้อง การศึกษา เครือวัลย์ นิตย์คาหาญ[2] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมผู้ปกครอง และ ผู้ดูแลเด็กในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคาแก่นคูณ ตำบลม่วงหวาน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความตั้งใจและการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กสูงขึ้น และ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ลือจรรยา สมสวย[7] ได้ศึกษาโปรแกรมทันตสุขศึกษาสำหรับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง ความรู้เกี่ยวกับ ทันตสุขภาพการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพ และพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พัชญ์สิตา พงศธรภูริวัฒน์[5] ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ฟันผุของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่ากลุ่ม ทดลองมีความรู้เรื่องโรค ฟันผุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และณัฐวุฒิ หมันการ[4] ได้ศึกษาผลโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนผ่านสื่อ ออนไลน์ เพื่อส่งเสริมความรู้และทัศนคติด้านการจัดฟัน โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เรื่องการจัดฟันของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง พบว่า ภายหลัง จากให้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนผ่านสื่อออนไลน์เพื่อส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และแรง สนับสนุนทางสังคม คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังให้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนผ่านสื่อ ออนไลน์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพ และกลุ่มเป้าหมายอื่นได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การให้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยผ่านสื่อออนไลน์ มีผลให้กลุ่ม ตัวอย่างเกิดความรู้เพิ่มขึ้น สามารถเป็นกิจกรรมหนึ่งในการทบทวนความรู้และชี้ให้เห็นว่ากลุ่ม ตัวอย่ามีความสนใจและใส่ใจเนื้อหาเพื่อเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ซึ่งความรู้

เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนได้รับความรู้การดูแลทันตสุขภาพ เด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ และหลังได้รับความรู้การดูแลทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย อยู่ใน ระดับสูง ซึ่งมีเพียงบางประเด็นที่ควรเพิ่มเติมในการให้ความรู้ คือ การที่เด็กอมข้าวไว้ในปาก นาน ๆ เป็นสาเหตุทำให้เกิดฟันผุได้ และวิธีแปรงฟันให้เด็กที่ถูกวิธี คือ วิธีถูไปมาสั้น ๆ

2. ควรมีการนำความรู้การสอนการดูแลทันตสุขภาพไปใช้ในศูนย์พัฒนา เด็กเล็กต่าง ๆ มีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมและการสอน ให้ตรงตามความเหมาะสมกับการพัฒนา ความต้องการของเด็กในระดับชั้นต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาสภาวะทันตสุขภาพของเด็ก เช่น การตรวจสุขภาพ ช่องปาก การย้อมสีฟันเพื่อวัดคราบจุลินทรีย์ เพื่อดูพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก นำข้อมูลไปการสอนที่สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติและการปฏิบัติของนักเรียนได้

2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และการรับประทานอาหารของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพ ช่องปาก สามารถติดตามการประเมินความรู้ โดยมีการประเมินเป็นระยะ ๆ โดยนำข้อมูลที่ได้มา วิเคราะห์เปรียบเทียบ เพื่อศึกษาการให้ความสำคัญของการดูแลทันตสุขภาพของเด็กภายในศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กนั้น ๆ

3. ควรมีการวัดผลการประเมินความรู้ซ้ำเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือในผล ของการให้ความรู้มากยิ่งขึ้น

4. การวิจัยครั้งต่อไป เพื่อยืนยันผลของการให้ความรู้การดูแลทันต สุขภาพเด็กปฐมวัย ควรทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างหลาย ๆ กลุ่ม จะทำให้เห็นผลการทดลอง ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เช่น เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้เราได้ผลของการให้ความรู้ การสอนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโคกยาง จังหวัดตรัง และคุณครูพี่เลี้ยงทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงผู้ปกครองทุกคนที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วม การศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณ ผู้รู้ นักวิชาการ ผู้วิจัย ผู้เขียนตำราต่าง ๆ ที่ผู้ศึกษาได้หยิบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา มาอ้างอิง สนับสนุนการศึกษาเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2560). รายงานผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 8 กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560..

2. เครือวัลย์ นิตย์คำหาญ.(2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก บ้านคำแก่นคูณ ตำบลม่วงหวาน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.

3. ชลลดา ตันติกิตติชัย. อิทธิพลของการสื่อสารตลาดเพื่อสังคมผ่านสื่อออนไลน์ต่อการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ศิลปกรรมศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; ไม่ปรากฏปีพิมพ์.

4. ณัฐวุฒิ หมันการ.(2563). ผลของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนผ่านสื่อออนไลน์เพื่อส่งเสริมความรู้และทัศนคติด้านการจัดฟัน โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2563.

5. พัชญ์สิตา พงศธรภูริวัฒน์.(2555). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2555.

6. พิชชุดา น่วมนองบุญ.(2561). การพัฒนาแบบฝึกเสริมการอ่านภาษาอังกฤษที่เน้นการเรียนศัพท์ที่มีต่อความสามารถในการอ่านเพื่อความเข้าใจ โดยใช้การเรียนรู้แบบกิจกรรมเป็นฐาน (Activity-Based Learning) ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนนวลนรดิศวิทยาคม รัชมังคลาภิเษก [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.stou.ac.th/thai/grad_stdy/
7. ลือจรรยา สมสวย.(2554) โปรแกรมทันตสุขศึกษาสำหรับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล;
8. เมธินี คุปพิทยานันท์, สุพรรณี ศรีวิริยกุล.(2559). การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากประสู่สุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต.กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
9. วิชุตา คมขำ, คณะ.(2554). พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในเขตอำเภอสวี จังหวัดชุมพร. เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
10. ศศิธร ลิขิตทรัพย์.(2014). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมเป็นฐานโดยใช้เพลงพลเด็กร่วมกิจกรรมบูรณาการสื่อสารการเคลื่อนไหวเพื่อส่งเสริมความมีวินัยของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์. 2014;9(3):13-26.
11. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.(2563). ข้อมูลรายงาน HDC ปี พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th12. Green JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. J Am Dent Assoc. 1964;68:7-13.
12. Green JC, Vermillion JR. Oral hygiene index. 1964. อ้างถึงใน: สุขนันท์สินี เพชรสุวรรณ.(2559). ประสิทธิผลของโปรแกรมการแปรงฟันแบบฝึกปฏิบัติจริงสำหรับผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนช่วงอายุ 2-3 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.บ้านดง อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง [การค้นคว้าอิสระ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
13. Kwankham. 2007. อ้างถึงใน: ภัทรสุดา รอดอ้น.(2563). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาผ่านสื่อเฟซบุ๊กต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเทศบาล 1 สังขวิทย์ จังหวัดตรัง [การค้นคว้าอิสระ]. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพัฒนาระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of missed appointment tracking system for diabetic patients and hypertensive patients at Rongkham Hospital, Kalasin Province.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

จตุชัย จันทับ[1]
Chatuchai Jantub[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และศึกษาการพัฒนาระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2568 – เดือนสิงหาคม 2568 รวม 7 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 1,299 รายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,953 ราย ที่ได้รับการนัดมาที่โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2568 – เดือนสิงหาคม 2568 รวมทั้งสิ้นจำนวน 3,252 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ เหมาะสมมาก และไม่มีความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลัง พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินการ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีขึ้นกว่าก่อนการดำเนินการ นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีผู้ป่วยขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ

คำสำคัญ: ระบบการติดตามการขาดนัด ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This study was action research study. The objectives were to study the situation of missed appointment tracking among diabetic and hypertensive patients and to develop a missed appointment tracking system for diabetic and hypertensive patients at Rongkham Hospital, Kalasin Province. The study period was from February 2025 to August 2025, a total of seven months. The sample consisted of 1,299 diabetic patients and 1,953 hypertensive patients who had scheduled appointments at Rongkham Hospital, Kalasin Province, between February 2025 and August 2025, totaling 3,252 patients. Data were collected from medical records and questionnaires. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and dependent t-test.

The study results revealed that the overall and individual health behaviors of diabetic and hypertensive patients at Rongkham Hospital, Kalasin Province, after the implementation were at a very appropriate level. There were no differences in health behaviors between diabetic and hypertensive patients. Comparing the health

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร่องคำ

behaviors of diabetic and hypertensive patients at Rongkham Hospital, Kalasin Province, before and after the implementation, the overall and individual health behaviors were significantly different at the 0.05 level. After the implementation, the health behaviors of diabetic and hypertensive patients at Rongkham Hospital, Kalasin Province, improved compared to before the implementation. Furthermore, there were no missed appointments among diabetic and hypertensive patients at Rongkham Hospital, Kalasin Province, after the implementation.
Keywords: missed appointment tracking system, diabetic patients, hypertensive patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าโรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพ โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของฮอร์โมนอินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการรักษาและควบคุมอย่างเหมาะสมจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่ออวัยวะสำคัญต่างๆ เช่น ไต ตา หัวใจ และหลอดเลือด ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขในระยะยาว การจัดการโรคเบาหวานจึงจำเป็นต้องอาศัยการดูแลที่ต่อเนื่องและบูรณาการหลายด้าน เพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน[1]

นอกจากโรคเบาหวานแล้ว โรคความดันโลหิตสูงก็เป็นอีกหนึ่งโรคเรื้อรังที่พบมากในประชากรไทย โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) เรียกโรคนี้ว่าเป็น "ฆาตกรเงียบ" เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการในระยะแรก แต่ความดันโลหิตที่สูงอย่างต่อเนื่องจะทำลายหลอดเลือดทั่วร่างกาย นำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจวาย และภาวะไตวายเรื้อรัง[2] แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นหลัก การขาดความต่อเนื่องในการรักษาจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้การควบคุมโรคไม่ได้ผล และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา

การติดตามรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพ การนำแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง[3] มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดการจัดการระบบที่ครอบคลุม ทั้งการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการตนเอง การใช้ระบบข้อมูลทางคลินิก และการเชื่อมโยงกับทรัพยากรชุมชน การติดตามผู้ป่วยยังสามารถประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[4] เพื่อทำความเข้าใจถึงอุปสรรคและแรงจูงใจในการมาตามนัดของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)[5] มาใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมาตามนัดได้อย่างต่อเนื่อง

ในปัจจุบัน การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ได้มุ่งแค่การควบคุมระดับน้ำตาลด้วยยาเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ เบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) ซึ่งเป็นแนวคิดที่สมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA) ให้ความสำคัญ โดยภาวะนี้คือการที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติโดยไม่ต้องใช้ยา แนวทางหลักที่สำคัญคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้น โดยเฉพาะการลดน้ำหนักและการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด "3อ 2ส 1น" ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563)[6] ที่เป็นแนวทางปฏิบัติที่ง่ายและมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายนี้ได้ จะ

ช่วยลดภาระการใช้ยาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

แม้ว่าจะมีแนวทางและนโยบายที่ชัดเจนสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แต่จากสถานการณ์ในพื้นที่โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ายังมีปัญหาสำคัญคือ การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับพอใช้ และยังมีอัตราการขาดนัดที่ส่งผลกระทบต่อการควบคุมโรค ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกพบว่าปัญหาดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัยในตัวผู้ป่วยเอง เช่น การขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การลืมวันนัดเนื่องจากติดภารกิจในชีวิตประจำวัน และข้อจำกัดในการเดินทาง ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการติดตามการขาดนัดขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างสะดวกและต่อเนื่อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นและสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา การพัฒนาระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2568 – เดือนสิงหาคม 2568 รวม 7 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 1,299 รายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,953 ราย ที่ได้รับการนัดมาที่โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2568 – เดือนสิงหาคม 2568 รวมทั้งสิ้น จำนวน 3,252 ราย

3. ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2568 – เดือนสิงหาคม 2568 รวม 7 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์การติดตามการขาดนัด การกำหนดกิจกรรมและขั้นตอน การดำเนินการตามระบบการติดตามการขาดนัดและการสรุปผลการดำเนินการตามระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ประจำหมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ(ทุกวัน) เท่ากับ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบางครั้ง (4 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัตินานๆครั้ง (1 – 2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ทำเลย หมายถึง ไม่ทำเลย เท่ากับ 1 คะแนนมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)[7]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสม
2.61 – 3.40	มีพฤติกรรม อยู่ในระดับพอใช้
1.81 – 2.60	มีพฤติกรรม อยู่ในระดับต้องปรับปรุง
1.00 - 1.80	มีพฤติกรรม อยู่ในระดับไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .841

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา การพัฒนาระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การกำหนดกิจกรรมและขั้นตอนของระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการตามระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลการดำเนินการตามระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาการพัฒนาระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

1. พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ (Independent t - test)

ตัวแปร	DM		HT		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	2.72	0.44	2.73	0.44	3,250	-.148	.882	-.03354	.02884
ออกกำลัง	2.72	0.67	2.73	0.67	3,250	-.207	.836	-.05275	.04267
เครียด	2.63	0.52	2.63	0.51	3,250	-.068	.946	-.03740	.03490
กินยา	2.78	0.53	2.78	0.52	3,250	-0.163	.870	-.04061	.03437
นอน	2.65	0.40	2.65	0.41	3,250	-0.68	.946	-.02967	.02769
รวม	2.70	0.36	2.70	0.35	3,250	-0.196	.845	-.02808	.02298

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน ไม่มีความแตกต่าง

2. การพัฒนาระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (CPG DM HT 2567 จังหวัดกาฬสินธุ์)

ผลการศึกษา พบว่า จังหวัดกาฬสินธุ์ได้กำหนดแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (CPG DM HT 2567) เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับทุกระดับบริการในจังหวัด โดยแนวทางดังกล่าวครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง การยืนยันการวินิจฉัย การประเมินความเสี่ยงด้วย Diabetes Risk Score และ Thai CVD Risk Score ตลอดจนการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยาที่เหมาะสม ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจะได้รับการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 1–2 ครั้ง เพื่อประเมินระดับ HbA1C การทำงานของไต การตรวจจอประสาทตา และการตรวจเท้า ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว อีกทั้งยังส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคและลดการขาดนัดของผู้ป่วย

2.2 เบาหวานระยะสงบ (DM Remission)

ผลการศึกษา พบว่า แนวทางเวชปฏิบัติได้ให้ความสำคัญกับการจัดการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะสงบ (*Diabetes Remission*) โดยกำหนดเกณฑ์ว่าผู้ป่วยที่เคยได้รับยาลดระดับน้ำตาลและหยุดยาอย่างน้อย 3 เดือน หรือผู้ที่ไม่เคยได้รับยาลดระดับน้ำตาลเลยนานอย่างน้อย 6 เดือน แต่มีค่า HbA1C < 6.5% จะถือว่าเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ การดำเนินงานใช้แนวคิด “3อ 2ส 1น” ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลอารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยมีการจัดโปรแกรมดูแลทั้งแบบพื้นฐานและแบบเข้มงวดซึ่งมุ่งเน้นการลดน้ำหนักตัวลงมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตั้งต้น การดำเนินงานมีทีมสหวิชาชีพเข้ามามีบทบาทสำคัญในการวางแผนให้ความรู้ และติดตามผล ทั้งการตรวจ CBG เป็นประจำ การส่งข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ และการตรวจติดตามที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามแนวทางสามารถเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบได้ตามเกณฑ์

2.3 การติดตามผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลร่องคำได้พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยเน้นการลดอัตราการขาดนัดของผู้ป่วย มาตรการสำคัญที่ดำเนินการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการติดตามและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย การแจ้งเตือนล่วงหน้าผ่านโทรศัพท์หรือกลุ่มไลน์ การจัดบริการส่งมอบยาผ่าน อสม. หรือ รพ.สต. การเปิดนัดพิเศษและการเลื่อนนัดตามความเหมาะสม ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความสำคัญของการมาตามนัดและการใช้ยาต่อเนื่อง นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังมีการบันทึกข้อมูลการขาดนัด วิเคราะห์หาสาเหตุ และพัฒนามาตรการแก้ไขอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการเข้ารับบริการ ลดปัญหาการขาดนัด และสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ยกเว้น ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับเหมาะสม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล
ร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ (Independent t - test)

ตัวแปร	DM		HT		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	4.35	0.32	4.35	0.31	3,250	0.074	0.941	-.02172	.02344
ออกกำลัง	4.17	0.40	4.16	0.40	3,250	0.037	0.971	-.02803	.02910
เครียด	4.54	0.42	4.53	0.42	3,250	0.082	0.934	-.02843	.03093
กินยา	4.39	0.34	4.38	0.33	3,250	0.005	0.996	-.02430	.02443
นอน	4.28	0.20	4.27	0.21	3,250	-0.020	0.984	-.01465	.01435
รวม	4.35	0.24	4.34	0.23	3,250	0.058	0.954	-.01672	.01775

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน ไม่มีความแตกต่าง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล
ร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ) Dependent t - test(

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	2.73	0.44	4.35	0.32	3,251	-168.273	.000	-1.64607	-1.60816
ออกกำลัง	2.73	0.67	4.17	0.40	3,251	-103.468	.000	-1.47226	-1.41750
เครียด	2.63	0.51	4.54	0.42	3,251	-161.805	.000	-1.93000	-1.88378
กินยา	2.78	0.53	4.39	0.34	3,251	-142.149	.000	-1.62645	-1.58219
นอน	2.65	0.40	4.28	0.20	3,251	-201.912	.000	-1.64532	-1.61367

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
รวม	2.70	0.36	4.34	0.24	3,251	-211.231	.000	-1.65779	-1.62729

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินการ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีขึ้นกว่าก่อนการดำเนินการ

5. สถานการณ์การขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ ผลการศึกษาพบว่า หลังจากโรงพยาบาลร่องคำได้พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สถานการณ์การขาดนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับมารับบริการตามนัดได้ครบถ้วน จากเดิมที่มีอัตราการขาดนัดต่อเนื่อง พบว่าหลังการดำเนินการ ไม่พบผู้ป่วยขาดนัดเลย (คิดเป็นร้อยละ 0) ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แสดงให้เห็นว่าระบบติดตามดังกล่าวมีประสิทธิภาพสูงในการลดการขาดนัด และช่วยเสริมสร้างความต่อเนื่องในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาและการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์การขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ สาเหตุหลักนั้นมาจากปัญหาด้านส่วนตัวและด้านการปฏิบัติการ ซึ่งรวมถึงปัญหาการเดินทางไปโรงพยาบาล ภาระงานหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคของตนเอง ผลการวิเคราะห์ยังชี้ให้เห็นว่า การขาดการติดตามผลอย่างต่อเนื่องและการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหานี้ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลได้ใช้มาตรการต่างๆ เช่น การส่งมอบยาผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการสร้างช่องทางการสื่อสารกับผู้ป่วย

สอดคล้องกันกับการศึกษาของกัญญา พฤฒิสืบ[8] ที่ระบุว่าการขาดนัดเป็นผลมาจากปัจจัยด้านบุคคลและโครงสร้างการบริการ เช่น ระยะทางที่ไกลและ รายได้ที่ต่ำ ซึ่งสะท้อนถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสอดคล้องกับปฐวี สาระติ [9] ที่ระบุว่าปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยคือ การขาดนัดรับยา และการทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งหน่วยบริการมีการติดตามไม่ครอบคลุม และสอดคล้องกับสายรุ้ง แซ่อึ้ง[10] ที่ระบุว่าปัญหาการขาดนัดเกิดจากการขาดความเชื่อมโยงของข้อมูลและการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง แต่หลังจากพัฒนาระบบการสื่อสารและเพิ่มศักยภาพบุคลากรแล้ว อัตราการขาดนัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับกติยา นิธรรม[11] ที่ระบุว่าผู้ป่วยขาดนัดเนื่องจาก ลืมวันนัด และ มียาเหลืออยู่ ซึ่งหลังจากพัฒนาระบบนัดรายกลุ่มแล้ว ผู้ป่วยสามารถมาตามนัดได้ถึงร้อยละ 100 และสอดคล้องกับปรีดา สุทธิประภา (2568)[12] ที่ระบุว่าการขาดนัดของผู้ป่วยเป็นผลมาจาก ข้อจำกัดในการเดินทาง และการขาดการรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอ และ

สอดคล้องกับจรรยา โยตะศรี[13] ที่ระบุว่าการใช้โปรแกรมติดตามทาง โมบายแอปพลิเคชัน มีส่วนช่วยให้กลุ่มทดลองมาพบแพทย์ตามนัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน

โดยพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้

สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประนอม กาญจนวณิชย[14] ที่ระบุว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยการรับรู้ถึงประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วันเพ็ญ บุญรัตน์[15] ที่ระบุว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กติยา นิธรรม[11] ที่ระบุว่าหลังจากพัฒนาระบบนัดรายกลุ่มแล้ว ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการติดตามผู้ป่วยโดยประยุกต์จากแนวคิด การจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของ ศุภาวดี พันธ์หนองโพน[16] ที่เน้นการดูแลแบบครบวงจรและบูรณาการ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ตามแนวคิดของ สายรุ้ง แซ่อึ้ง[10] และ นิภา สุทธิพันธ์[17] ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และไม่มีความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลัง พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินการ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีขึ้นกว่าก่อนการดำเนินการ นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีผู้ป่วยขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ กติยา นิธรรม[11] ที่พบว่าหลังจากพัฒนาระบบนัดรายกลุ่มแล้ว ผู้ป่วยมาตามนัดครบทุกคน หรือร้อยละ 100 และงานวิจัยของ จรรยา โยตะศรี [13] ที่พบว่าการใช้โมบายแอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดมากกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ เหมาะสมมาก และไม่มีความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลัง พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินการ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีขึ้นกว่าก่อนการดำเนินการ นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีผู้ป่วยขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ

จึงควรส่งเสริมให้นำการพัฒนาระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการติดตามผู้ป่วยมาใช้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนาระบบการติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในระยะยาวเพื่อให้เกิดความหลากหลายและเกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานฉบับปรับปรุง 2566. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ.
2. สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงฉบับปรับปรุง. สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
3. Wagner, E. H. (1998). The Chronic Care Model: What is it, and does it work? The Permanente Journal, 2(3), 7-10.
4. Hochbaum, G. M., Rosenstock, I. M., & Kegeles, S. S. (1950s). The health belief model.
5. Gibson, S. B. (1991). Empowerment: Concepts and perspectives. Journal of Community Health, 15(2), 85-94.
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางปฏิบัติ 3อ 2ส 1น เพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชน. กรมอนามัย.
7. Best, J. W. (1991). Research in education. Prentice Hall.
8. กัญญา พฤฒิสืบ. (2564). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 21(3), 45-56.
9. ปฐวี สาระติ. (2568). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: ความท้าทายและแนวทางการพัฒนา. วารสารวิจัยระบบสุขภาพ, 15(1), 78-90.
10. สายรุ้ง แซ่อึ้ง. (2568). การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการสื่อสารเพื่อลดอัตราการขาดนัดของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานพยาบาลปฐมภูมิ. วารสารการบริหารจัดการสุขภาพ, 11(3), 25-40.
11. กติยา นิธรรม. (2568). การพัฒนาระบบนัดหมายและติดตามผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบรายกลุ่มในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: กรณีศึกษาตำบลแห่งหนึ่ง. วารสารการพยาบาลชุมชน, 31(2), 12-25.
12. ปรีดา สุทธิประภา. (2568). ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการขาดนัดของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: กรณีศึกษาในพื้นที่ชนบท. วารสารการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก, 22(1), 33-45.
13. จรรยา โยตะศรี. (2567). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมติดตามทางโมบายแอปพลิเคชันตามแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวานรนิวาส. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสู่ชุมชน, 2(4), 45-59.
14. ประนอม กาญจนวณิชย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 36(2), 20-33.
15. วันเพ็ญ บุญรัตน์. (2568). อิทธิพลของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ. วารสารการพยาบาลศาสตร์, 18(1), 50-65.
16. ศุภาวดี พันธ์หนองโพน. (2563). การประยุกต์ใช้ Chronic Care Model ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(4), 89-102.
17. นิภา สุทธิพันธ์. (2568). การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน: แนวคิดและบทบาทของทีมสุขภาพ. วารสารเวชศาสตร์ครอบครัว, 21(2), 15-30.

การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทโธ

Development of a care system for pregnant women at risk of premature birth in the antenatal care department of Luang Por Koon Parisuttho Hospital.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

พรพิรุณ อำนวยผล[1]
Phonphirun Amnuayphon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทโธ โดยใช้กรอบแนวคิด D-M-E-T-H-O-D ร่วมกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และการให้ความรู้เชิงสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 28–36 สัปดาห์ 6 วัน จำนวน 25 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และพยาบาล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดเพิ่มขึ้นจาก 34.2 สัปดาห์ เป็น 36.0 สัปดาห์ อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง ความรู้เฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจาก 6.1 คะแนน เป็น 8.7 คะแนน หลังเข้าร่วมโครงการ หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อระบบในระดับสูง (ร้อยละ 88.0) และพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับสูง (ร้อยละ 96.0)

คำสำคัญ: การคลอดก่อนกำหนด, หญิงตั้งครรภ์, ระบบการดูแล, D-M-E-T-H-O-D

Abstract

This research was action Research aimed at developing a care system for pregnant women at risk of preterm labor at Luang Pho Khun Parisuttho Hospital. The D-M-E-T-H-O-D framework was applied together with follow-up telephone calls and structured health education. The sample consisted of 25 pregnant women with gestational ages between 28 and 36 weeks and 6 days, purposively selected. The research instruments included a general information record form, a knowledge assessment form, and satisfaction questionnaires for both pregnant women and nurses. Content validity was confirmed, and reliability yielded a Cronbach's alpha coefficient of 0.83. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Results showed that the mean gestational age at delivery increased from 34.2 weeks to 36.0 weeks, and the rate of readmission decreased. The average knowledge score increased from 6.1 to 8.7 points after participation. Pregnant women reported high satisfaction with the system (88.0%), and nurses reported high satisfaction (96.0%).

Keywords: Preterm birth, Pregnant women, Care system, D-M-E-T-H-O-D

บทนำ

จากการทบทวนวิเคราะห์สภาพการณ์ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยโรงพยาบาลด่านขุนทดจากข้อมูลมารดาที่คลอดบุตรน้ำหนักน้อยของปีงบประมาณ 2561 ซึ่งมีทารกเกิดมีชีพ 552 ราย มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมจำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.5 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยงการใช้ยาและสารเสพติด เช่นการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ไม่พบว่ามารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนัก มีการสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา ซึ่งมารดามักไม่ให้ข้อมูลเรื่องการใช้สารเสพติดตามความเป็นจริง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทโธ

การติดเชื้อ น้ำคร่ำ ติดเชื้อที่รก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้ออวัยวะสืบพันธ์ หัดเยอรมัน เริม Periodontal ยังไม่ได้มีการเก็บข้อมูลสถิติการติดเชื้อเหล่านี้ ปัจจัยด้านสังคมและคุณลักษณะประชากร อายุมารดา มีทารกที่เกิดจากมารดาอายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 15.68 มารดาวัยรุ่นร้อยละ 28.12

อาชีพ พบมากที่สุดคือ อาชีพแม่บ้าน เกษตรกร และรับจ้างทั่วไปอาชีพ[1,2]

ปัจจัยด้านสูติกรรม ลำดับการตั้งครรภ์ ร้อยละ 45.45 เป็นการตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 54.54 ตั้งครรภ์ที่สองขึ้นไป อายุครรภ์ พบเป็นการตั้งครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (คลอดก่อนกำหนด) ร้อยละ 50 ปัจจัยด้านโภชนาการ มารดา ร้อยละ 50 มีส่วนสูง น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ และ ร้อยละ 50 ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ สรุปได้ว่าปัจจัยการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของโรงพยาบาลด่านขุนทด ดังนี้ ด้านอายุของมารดา มีทารกที่เกิดจากมารดาอายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 15.68 มารดาวัยรุ่นร้อยละ 28.12 และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยทั้งหมดจากอายุมารดา พบว่ามารดาวัยรุ่นมีสัดส่วนการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ 2 เท่า ด้านอาชีพของมารดา พบมากที่สุดคือ อาชีพแม่บ้าน เกษตรกร และรับจ้างทั่วไป ด้านการศึกษา ร้อยละ 45.45 เป็นการตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 54.54 ตั้งครรภ์ที่สองขึ้นไป ด้านอายุครรภ์ พบเป็นการตั้งครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ถึง ร้อยละ 50 ส่วนปัจจัยด้านโภชนาการมีมารดา ร้อยละ 50 ที่มีส่วนสูง น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ปัจจัยที่ยังไม่ได้เก็บข้อมูล คือ ปัจจัยด้านการติดเชื้อ และยังขาดการประเมินความรู้และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ ระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยปี 2546-2560 ประเมินความเครียดและการใช้สารเสพติด ใ ห้ความรู้มารดาเรื่องอาหารและการพักผ่อนของหญิงตั้งครรภ์ การประเมินติดตามน้ำหนักมารดาที่เพิ่มขึ้นขณะรับบริการฝากครรภ์ทุกราย[3]

กรณีมารดาน้ำหนักไม่เพิ่มตามเกณฑ์ พยาบาลสอบถามเพื่อประเมินการรับประทานอาหารและการพักผ่อนของมารดา หากพบว่ามีการรับประทานอาหารและการพักผ่อนไม่เหมาะสม พยาบาลแนะนำและให้คำปรึกษาเรื่องอาหารและการพักผ่อนของหญิงตั้งครรภ์ น้ำหนักไม่เพิ่มตามเกณฑ์ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ในการตั้งครรภ์ช่วงไตรมาสที่ 1 น้ำหนักไม่เพิ่มติดต่อกัน 2 สัปดาห์ในช่วงไตรมาสที่ 2 และน้ำหนักไม่เพิ่ม 1 สัปดาห์ในช่วงไตรมาสที่ 3 ส่งมารดาพบแพทย์เพื่อประเมินหาสาเหตุของการที่มารดาน้ำหนักไม่เพิ่มตามเกณฑ์ ประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และตรวจสุขภาพทารกในครรภ์เพิ่มเติม ด้วยการตรวจอัลตร้าซาวด์หรือตรวจคลื่นหัวใจเด็ก ผลลัพธ์การดำเนินงาน มีมารดา ร้อยละ 80 ของมารดาทั้งหมดที่ได้รับการสอนเรื่องโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ และมีมารดาเพียง ร้อยละ 40 ของมารดาที่น้ำหนักไม่ขึ้นตามเกณฑ์ที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย กิจกรรมการดูแลทั้งหมดกระทำโดยพยาบาลและแพทย์เท่านั้น ขาดการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง และกิจกรรมการดูแลยังไม่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย จากการคลอดก่อนกำหนด[4]

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญในด้านการป้องกัน เพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทโธ ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทโธ

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทโธ

วิธีการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทโธ ในประเด็นของอายุครรภ์ที่คลอด การกลับมารักษาซ้ำ ความรู้หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และ ของพยาบาลต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับ ที่เข้ารับการฝากครรภ์ ช่วงเดือน ตุลาคม2567- สิงหาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ แบบปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาลตามกรอบแนวคิด (D-M-E-T-H-0-D) ให้ความรู้ การสอน การสาธิต และฝึกทักษะประเมินการหดรัดตัว ของมดลูกด้วยตนเอง ใช้สื่อการสอน แจกแผ่นพับ และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 1 สัปดาห์ 2) เครื่องมือที่ใช้ใน การรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ แบบประเมินความรู้หญิงตั้งครรภ์ แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ซึ่งผ่านการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ ที่เข้ารับการบริการในฝากครรภ์ โดยที่อายุครรภ์ระหว่าง 28 สัปดาห์ - 36 สัปดาห์ โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเข้า 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) เข้ารับการรักษาที่ปากมดลูกเปิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เซ็นติเมตร ได้รับการยับยั้งการคลอด 3) มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 28-36 สัปดาห์กับอีก 6 วัน 4) ติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยินและการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคในการอ่านหนังสือ 5) มีช่องทางให้สามารถติดต่อสื่อสารได้ ได้แก่ เบอร์โทรศัพท์ หรือ แอพพลิเคชั่นไลน์ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1) มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเข้าร่วมงานวิจัย รกลอกตัวก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ 2) ปากมดลูกเปิดมากกว่า 2 เซนติเมตร 3) ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีข้อจากัดด้านโรคของสมอง การได้ยินและตาบอด 4) ไม่มีช่องทางที่จะติดต่อสื่อสารได้ 5) ผู้ป่วยขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทโธ เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. แบบประเมินความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อ
คำถามเชิงบวก 5 ข้อและข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ เป็นแบบถูกผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน
แบ่งระดับคะแนนเป็น3 ระดับ คือ ความรู้ระดับต่ำ ความรู้ระดับปานกลาง ความรู้ระดับสูง

3. แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อการพัฒนาระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทโธ มีลักษณะเป็นคำถามปลาย

ปิด มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน รวมคะแนนและจัดระดับคะแนนความพึงพอใจ แบ่งเป็น 3 ช่วง ระดับต่ำ/ปานกลาง/สูง

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทฺโธ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน จากนั้นรวมคะแนนและจัดระดับคะแนนความพึงพอใจ แบ่งเป็น 3 ช่วง ระดับต่ำ/ปานกลาง/สูง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ แนวทางการวางแผนการจำหน่ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากงานวิจัยของ สุกัญญา ศรีผา รพ บ้านผือ จังหวัดอุดรธานี[5] ประกอบไปด้วย แบบปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตาม กรอบแนวคิด (D-M-E-T-H-0-D)

1.สื่อการสอน ได้แก่ ภาพพลิก แผ่นพับ แผนการสอนสุขศึกษารายบุคคล เครื่องวัดความดันโลหิตแบบบีบมือสำหรับฝึกการสังเกตการณ์หดรัดตัวของมดลูก

2.แบบบันทึกการติดตามเยี่ยม ทางโทรศัพท์ 1 สัปดาห์ แบบบันทึกอายุครรภ์เมื่อคลอด การกลับมารักษาซ้ำ ระบบสื่อสารในการติดตามเยี่ยม และให้คำปรึกษา ได้แก่ โทรศัพท์ แอพพลิเคชั่นไลน์ (Line) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำมาใช้ในการพัฒนาในหน่วยงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินและแบบสอบถาม
ที่ใช้ในการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บ
ครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปทดลองใช้ (Try Out) 5 คน ในคลินิก ANC และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.83 จึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นที่สามารถยอมรับได้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1. วิเคราะห์สถานการณ์และศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาข้อมูล รวบรวมข้อมูลที่ได้รับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คืนข้อมูลให้คณะกรรมการในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ศึกษาเอกสารการดูแลหญิงตั้งครรภ์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวางแผนพัฒนาระบบที่สามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มคนเหล่านี้ ประสานงานกับทีมสุขภาพ ติดตาม ดูแลการวางแผนการป้องกันหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยงการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทฺโธ การให้ความรู้, การสอน สาธิต และฝึกทักษะประเมินการหดรัดตัวของ มดลูกด้วยตนเอง ใช้สื่อการสอน แจกแผ่นพับ และติดตามเยี่ยม

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาวิจัย เดือน ตุลาคม 2567 ถึงเดือน สิงหาคม 2568

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ กำลังดำเนินการขอพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขอนุมัติ NH 205/2567

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทฺโธ

โดยใช้กรอบแนวคิด D-M-E-T-H-O-D ร่วมกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และการให้ความรู้เชิงสุขศึกษา เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย ได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึงสิงหาคม 2568 และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 20–29 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.0 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด และมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่

2. ผลการพัฒนาระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์ พบว่า อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดหลังใช้ระบบเพิ่มขึ้นจาก 34.2 สัปดาห์ เป็น 36.0 สัปดาห์ และจำนวนครั้งที่กลับมารักษาซ้ำลดลง

3. ผลการประเมินความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มจากร้อยละ 40.0 เป็นร้อยละ 84.0

4. ผลการประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงเกือบทั้งหมด โดยมีค่าเฉลี่ย 26.4 คะแนน

5. ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาล พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 96.0

สรุป อายุครรภ์เมื่อคลอดเพิ่มขึ้น และอัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงหลังใช้ระบบ ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังเข้าร่วมโครงการ หญิงตั้งครรภ์และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับสูง

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทฺโธ และประเมินผลลัพธ์ด้านอายุครรภ์เมื่อคลอด อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ และความพึงพอใจของทั้งหญิงตั้งครรภ์และพยาบาล ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. อายุครรภ์เมื่อคลอดและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า อายุครรภ์เมื่อคลอดเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 34.2 สัปดาห์เป็น 36.0 สัปดาห์ และอัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuity of Care) และการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายที่ช่วยกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตนตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลต่อการลดความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกัญญา ศรีผา ที่พบว่าการให้ความรู้และติดตามทางโทรศัพท์สามารถยืดอายุครรภ์และลดภาวะคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญ[5]

2. ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ หลังการใช้ระบบ พบว่าความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 6.1 คะแนน เป็น 8.7 คะแนน โดยผู้ที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มจากร้อยละ 40.0 เป็นร้อยละ 84.0 แสดงว่าการให้ความรู้โดยใช้สื่อการสอนและการสาธิต รวมถึงการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจมากขึ้น และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชฎารัตน์ แก้วเวียงเดชและคณะ ที่ระบุว่าการให้ความรู้พร้อมสื่อประกอบช่วยเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลตนเองได้อย่างชัดเจน[6]

3. ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 88.0) โดยให้เหตุผลว่าระบบการดูแลช่วยให้เข้าใจวิธีปฏิบัติตน ลดความกังวล และรู้สึกได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม (Participatory Nursing

Care) ที่เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล[7]

4. ความพึงพอใจของพยาบาล พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับสูง (ร้อยละ 96.0) สะท้อนว่าระบบสามารถนำไปใช้ได้จริง มีความเหมาะสมต่อบริบทของหน่วยงาน และช่วยให้การวางแผนการจำหน่ายเป็นระบบมากขึ้น[8]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานควรนำระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามกรอบ D-M-E-T-H-O-D ร่วมกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์มาใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

2. ควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร เช่น เครื่องมือสาธิต และคู่มือสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการสอนและติดตาม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรมีการจัดอบรมพยาบาลให้มีทักษะในการให้ความรู้และสอนการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกอย่างถูกต้อง

2. เพิ่มการใช้เทคโนโลยี เช่น การติดตามผ่านวิดีโอคอล หรือกลุ่มไลน์ เพื่อสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

2. ควรมีการติดตามผลในระยะยาวหลังคลอด เพื่อตรวจสอบผลกระทบต่อสุขภาพของทารกและมารดา

3. ศึกษาเปรียบเทียบการใช้วิธีติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์กับการเยี่ยมที่บ้านว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Updated ClinicalGuidance for the Use of Progesterone Supplementation for the Prevention of Recurrent Preterm Birth: Practice advisory. 2020 april.
2. National Library of Medicine. Use of progesterone supplement therapy forprevention of preterm birth: review of literatures. 2010 sep; 60(5): 405-420.
3. ฐิรวรรณ บัวแย้ม, เพียงบุหลัน ยาปาน, สุจิตตรา พงศ์ประสบชัย.**การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด**. Rama Nurse J September-December 2019.
4. อรพนิต ภูวงษ์ไกร, สมจิตร เมืองพิล, อุสาห์ ศุภรพันธ์. **การพัฒนาแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด**. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่21. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563.
5. สุกัญญา ศรีผา .(2566). **ผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี** วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
6. ชฎารัตน์ แก้วเวียงเดชและคณะ(2560) **ผลของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลอำนาจเจริญ** วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
7. สุกัญญา ศรีผา (2562). ผลของโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพการรู้คิดต่อผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
8. ประชุมพร สุวรรณรัตน์และคณะ.(2565) **ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด**
การพยาบาลสุขภาพและการศึกษา ; กันยายน – ธันวาคม 2565 ปีที่5 ฉบับที่3

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดคีโตนคั่ง: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Management of Patients with Diabetes Mellitus Experiencing Diabetic Ketoacidosis: 2 Case Study.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

วริณธา ณ พิบูล[1]
Vlarinta Na Piboon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะ DKA จำนวน 2 กรณี โดยมุ่งเน้นความแตกต่างด้านลักษณะทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อน การศึกษาแบบกรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบ ผู้ป่วย 2 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น DKA ข้อมูลถูกรวบรวมจากเวชระเบียนและวิเคราะห์โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พร้อมประยุกต์ กระบวนการพยาบาลในการระบุปัญหาสำคัญ วางข้อวินิจฉัย และจัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคล

ผลการศึกษา: ทั้งสองกรณีเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 รายที่ 1 เป็นชาย อายุ 36 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เข้ารับ การรักษาด้วยอาการไอ หายใจหอบลึก และระดับความรู้สึกลดลง รายที่ 2 เป็นหญิง อายุ 16 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน เข้ารับการรักษาด้วยอาการแน่นหน้าอกและหายใจไม่อิ่ม ทั้งสองได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น DKA ร่วมกับภาวะติดเชื้อ ความแตกต่างด้านลักษณะทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อน ทำให้ระยะเวลาการรักษาของรายที่ 1 สั้นกว่ารายที่ 2

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, ภาวะคีโตแอซิโดซิส, การพยาบาล, กรณีศึกษา

Abstract

This study was case study aimed to compare nursing care in two cases of patients with diabetes presenting with DKA, focusing on differences in clinical manifestations and complications. A comparative case study design was employed. Data from two patients diagnosed with DKA were collected from medical records and analyzed using Gordon's 11 Functional Health Patterns. The nursing process was applied to identify major problems, establish nursing diagnoses, and develop individualized care plans.

Results: Both cases involved patients with type 1 diabetes. Case 1 was a 36-year-old male with no underlying conditions, presenting with cough, deep labored breathing, and decreased consciousness. Case 2 was a 16-year-old female with a history of diabetes, presenting with chest tightness and dyspnea. Both were diagnosed with DKA accompanied by infection. Differences in clinical characteristics and complications resulted in a shorter hospitalization for Case 1 compared with Case 2.

Keywords: Diabetes mellitus, Diabetic ketoacidosis, Nursing care, Case study

[1] พย.บ. การพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตรัง

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติการเผาผลาญเรื้อรังจากความบกพร่องของการหลั่งหรือออกฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้เกิดความผิดปกติในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและรุนแรง ได้แก่ ภาวะคีโตแอซิโดซิสจากเบาหวาน (Diabetic Ketoacidosis; DKA) ซึ่งเกิดจากการขาดอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลและคีโตนในเลือดสูงขึ้น เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน[1] การพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการประเมิน การเฝ้าระวัง และการจัดการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพ การฟื้นตัวของผู้ป่วย โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกเนื่องจากมีอัตราการป่วยและ อัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่สูงขึ้น ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน เช่น กรรมพันธุ์ ความอ้วน อายุที่มากขึ้น การมีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น ข้อมูลจาก ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health data center : HDC) ในปี 2566,2567 และ 2568 พบจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานของจังหวัดตรังมีจำนวน 41,780, 44,492และ 46,417 คน และป่วยตายด้วยโรคเบาหวานจำนวน 986, 760 และ 1,141 คน คิดเป็นร้อยละ 2.36, 1.71 และ 2.46 ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี[2]

จากโรคเบาหวานที่เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังและมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะทุกระบบของร่างกายทำให้สุขภาพผู้ป่วยอาจเสื่อมเร็วกว่าคนปกติ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง และหากไม่ได้รับการส่งเสริมให้ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแล้วจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายและรวดเร็ว จนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต[3] ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตของโรคเบาหวาน สามารถพบได้ทั้งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เป็นภาวะที่ไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้ เนื่องจากการขาดอินซูลิน เมื่อเซลล์ไม่สามารถเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตให้เกิดพลังงานได้ ตับจึงเปลี่ยนไกลโคเจนที่สะสมไว้ให้เป็นกลูโคส โดยกระบวนการ Glycogenolysis และมีการสังเคราะห์กลูโคสจากกระบวนการ Gluconeogenesis ซึ่งภาวะเช่นนี้จะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นไป อีกปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) ได้แก่ ภาวะติดเชื้อ และการขาดยาลดระดับน้ำตาลในเลือด หรือพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดการพบแพทย์ต่อเนื่อง ปัจจัยอื่นๆ ที่พบว่ากระตุ้นให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) เช่น โรคตับอ่อนอักเสบ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือแม้แต่เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนก็อาจจะมาด้วยอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA)ได[4]

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) จะมีการขาดฤทธิ์โดยรวมของอินซูลินอย่างมาก เป็นผลให้เซลล์ไขมันสลายตัว(Lipolysis) เป็นกรดไขมันอิสระ(Free Fatty acid) ทำให้มีการสร้างกรดคีโตนเพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนดังกล่าว Acetone, Acetoacetate และ Beta hydroxybutyrate อาการที่พบบ่อยได้แก่ ปวดท้อง เบื่ออาหาร ปัสสาวะบ่อย ดื่มน้ำมาก น้ำหนักลดอ่อนเพลีย ตาพร่ามัว เมื่อเกิดภาวะ Ketosis มักมีอาการ คลื่นไส้อาเจียนตามมา และอาการรุนแรงขึ้นถึงขั้น Ketoacidosis จึงมีอาการหอบหายใจลึก บางรายมีลมหายใจเหมือนกลิ่นผลไม้สุก เนื่องจากมี Acetone ถูกขับออกมาในลมหายใจ มีอาการหายใจแรง (Hyperpnea or Kussmaul Respiratory)

ความดันโลหิตต่ำ ไม่รู้สึกตัว เป็นภาวะแทรกซ้อนในลำดับต้นๆ ที่มีความรุนแรงส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย[5]

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวาน Type1 ที่มีการใช้ Insulin และได้ทำการนอนรักษาตัวในตึกอารุกรรมที่ขึ้นทะเบียนรายชื่อในโรงพยาบาลตรัง ตั้งแต่ปี 2566, 2567 และ 2568 พบมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 36, 39 และ 49 คนตามลำดับ และพบผู้ป่วยมีภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA) จำนวน 6, 7 และ 10 คนตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 16.67, 17.95 และ 20.41 ตามลำดับ[7] จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและมีภาวะแทรกซ้อนจาก Diabetic ketoacidosis (DKA) มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง บทบาทพยาบาลในการดูแลจึงมีความสำคัญยิ่งโดยเฉพาะระยะวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่อาจทำให้เสียชีวิต จึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาล ในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis (DKA) แบบรุนแรง เพื่อสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะ DKA จำนวน 2 กรณี โดยมุ่งเน้น ความแตกต่างด้านลักษณะทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อน

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบกรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น DKA ข้อมูลถูกรวบรวมจากเวชระเบียนและวิเคราะห์โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พร้อมประยุกต์ กระบวนการพยาบาลในการระบุปัญหาสำคัญ วางข้อวินิจฉัย และจัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการดำเนินการ

1. รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health)

ตารางที่ 1 รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health)

ภาวะสุขภาพของกอร์ดอน	กรณีศึกษารายที่ 1(อายุ 36 ปี)	กรณีศึกษารายที่ 2(อายุ 16 ปี)
แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยไม่เคยมีโรคประจำตัว รับรู้ว่าตนเองสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีมาตลอด จึงไม่เคยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคภาวะน้ำตาล ในเลือดสูง	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน และเคยมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2568 ด้วยโรคภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) และมียาฉีด NoVo Rapid 26 unit เช้า เที่ยง เย็น Lantus 26 unit ก่อนนอน
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการ	ผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ	ผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 3

ตารางที่ 1 รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health)

ภาวะสุขภาพของกอร์ดอน	กรณีศึกษารายที่ 1(อายุ 36 ปี)	กรณีศึกษารายที่ 2(อายุ 16 ปี)
เผาผลาญอาหาร	มีภาวะเบื่ออาการ รับประทานได้น้อย ไม่อยากอาหาร กระหายน้ำบ่อย	มื้อ มักชอบทานผักและผลไม้และขนมหวาน
แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย	ผู้ป่วยปัสสาวะวันละ 5 - 10 ครั้ง/วัน ปัสสาวะบ่อย อุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง	ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อย วันละ 10 ครั้ง อุจจาระวันเว้นวัน
แบบแผนที่ 4 การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	ผู้ป่วยไม่เคยออกกำลังกาย เนื่องจากคิดว่าการทำงานรับจ้างก็ทำให้ร่างกายได้ขยับแล้ว และเหนื่อยจากการทำงาน	ผู้ป่วยมักเหนื่อยง่าย ไม่ค่อยชอบออกกำลังกาย
แบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อน	ผู้ป่วยนอนวันละ 8 ชั่วโมง ไม่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ	ผู้ป่วยนอนวันละ 8 ชั่วโมง ไม่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ
แบบแผนที่ 6 การรับรู้ สติปัญญา	ผู้ป่วยเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาที่ 6 ผู้ป่วยยังไม่ค่อยเข้าใจเรื่องโรคที่เป็นอยู่ และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	ผู้ป่วยกำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ยังไม่ค่อยเข้าใจการดูแลตนเองเรื่องโรคที่ตนเป็น
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4M6V5 ยังไม่เข้าใจเรื่องโรคที่เป็นอยู่ จึงกังวลเรื่องการดูแลตนเองต่อในอนาคต กลัวส่งผลต่อการทำงาน	ผู้ป่วยสีหน้ากังวลมีความรู้สึกว่าตนเองนั้นสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากต้องเจาะเลือดและฉีดยาเป็นประจำจึงรู้สึกแตกต่างจากเพื่อนในวัยเดียวกัน
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวดี	ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว อาศัยอยู่กับบิดา มารดา และน้องชาย สัมพันธภาพกับบุคคล ในครอบครัวดี
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	ปกติ	ปกติ ประจำเดือนมาสม่ำเสมอ
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	เมื่อเกิดความเครียดมักจะเก็บไว้ คนเดียว	เมื่อเกิดเรื่องเครียดหรือกังวล จะพูดคุยปรึกษาคนในครอบครัว
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องธรรมชาติและเวรกรรม	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ มักเข้าวัดทำบุญช่วงเทศกาลกับมารดา

2. การเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA)

ข้อมูลผู้ป่วย/ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา
1. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ36 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว มีประวัติการใช้กระท่อม ดื่มสุรา และสูบบุหรี่ เป็นประจำ ไม่เคยมาตรวจสุขภาพประจำปี กับทางโรงพยาบาล รับประทานอาหารวันละ2 มื้อและผู้ป่วยไม่เคย ออกกำลังกาย	ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 16 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ผู้ป่วยรับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ มักชอบรับประทานผักและผลไม้และขนมหวาน และไม่ออกกำลังกาย	ทั้งสองรายมี ปัจจัยเสี่ยงร่วม คือ การไม่ออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและ ความไวต่ออินซูลิน ขณะที่รายที่ 1 เกิดจากปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมและการไม่รู้ตัวว่าป่วย (new-onset diabetes with lifestyle risks) ทำให้โรคไม่ถูกค้นพบและควบคุมตั้งแต่ระยะแรกร่วมกับการใช้สารเสพติด การดื่มสุรา : การขาดคาร์โบไฮเดรตและการเพิ่มการสลายไขมันทำให้เกิดการผลิตคีโตนมากขึ้น ส่งผลให้

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA)

ข้อมูลผู้ป่วย/ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา
			เกิดภาวะกรดในเลือด[6] การสูบบุหรี่ : การเพิ่มของฮอร์โมน คูณกลับและการขัดขวางการทำงานของอินซูลินทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด DKA[7] การใช้กระท่อม : ข้อมูลยังมีไม่เพียงพอ แต่การใช้กระท่อมร่วมกับแอลกอฮอล์หรือสารอื่นๆ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกรดในเลือดและความเป็นพิษของตับ ส่วนรายที่ 2 เกิดจาก โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วและ การควบคุมโรคไม่ดี ปริมาณน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) กระตุ้นการสลายของไขมันและสร้างคีโตน มากขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพการรับประทานขนมหวานที่มีปริมาณน้ำตาลสูงก็จะเพิ่ม Glycemic load ทำให้ร่างกายขาดอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาล เพิ่มความเสี่ยงของการเกิด DKA ซ้ำ[8] การป้องกันในรายที่ 1 จึงเน้นการคัดกรองและ สร้างเสริมสุขภาวะ ขณะที่รายที่ 2 ต้องเน้นการเสริมสร้างวินัยในการดูแลเรื่องโรคและการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ
2. พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี $E_4M_6V_5$ ช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการหายใจหอบลึก มีไข้ ไอแห้งๆ เริ่มตาลอย ผู้ป่วยมาโดยรถนอน อุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/97 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที O_2sat 100 % On O_2 Mask with bag 10 LPM DTX 763 mg/dL	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี $E_4M_6V_5$ช่วยเหลือตนเองได้ หายใจหอบเหนื่อย มีไข้สูง ไอมีเสมหะ มาโดยรถนอนศีรษะสูง อุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้งต่อนาที ลักษณะเบาเร็ว ความดันโลหิต 135/86 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที O_2 sat 100 % On O_2 Mask with bag 10 LPM DTX 510 mg/dL	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการและอาการแสดงที่คล้ายคลึงกัน คือ มีภาวะ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) และมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะ Sepsis จะกระตุ้นการหลั่ง Catecholamines, Cortisol, Glucagon และ Growth hormone ซึ่งมีฤทธิ์ต้านอินซูลิน ทำให้เกิด Insulin resistance และเพิ่มการสร้างกลูโคสในตับ (Hepatic gluconeogenesis) ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (Hyperglycemia) และการติดเชื้อยังทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนความเครียดเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ และนำไปสู่การเผาผลาญไขมันแทนกลูโคส จนเกิดกรดคีโตนสะสมในเลือด[9] ซึ่ง จากกรณีศึกษารายที่ 2 นั้นมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน และขาดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลให้กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการที่รุนแรงกว่ารายที่ 1 จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้มีการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลที่นานกว่า
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	-WBC : 22,600 -DTX HI (763) mg/dL -Blood ketone 8 -arterial blood gas PH :	-WBC : 16,900 -DTX: HI (510) mg/dL -Blood ketone : 7.9 -arterial blood gas PH : 7.07	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีระดับน้ำตาล ในเลือดสูง ตรวจพบคีโตนทั้งในเลือดและปัสสาวะคล้ายคลึงกัน และมีภาวะ Ketoacidosis เหมือนกันซึ่งผล lab ทุกตัวนี้บ่งชี้ได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะDKA (Diabetic ketoacidosis)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA)

ข้อมูลผู้ป่วย/ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา
	6.9 -Na 123 mmol/L -K 3.3 mmol/L -Cl 84 mmol/L -HCO_3 : 5 -Urine ketone : 3+ -H/C : Gram positive cocci	-Na 144 mmol/L -K 4.1 mmol/L -Cl 100 mmol/L -HCO_3 : 10 -Urine ketone : 3+ -Covid : positive -H/C : No growth	
4. การรักษา	ดูแลให้ได้รับยา RI (1:1) iv. drip 5 ml/hr.เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ติดตาม DTX ทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ $NaHCO_3$ 50 ml iv. push เพื่อแก้ไขภาวะสมดุลของกรด-ด่างในร่างกาย ดูแลให้ได้รับ NSS 1000 ml + KCL 30 mEq iv. drip 60 ml/hr. เพื่อดูแลแก้ไขภาวะไม่สมดุลของ อิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ติดตามผล $NaHCO_3$ Serum ketone Electrolyte, ABG และการดูแลให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ เพื่อรักษาภาวะติดเชื้อในร่างกาย	ผู้ป่วยได้รับการ On ET-Tube เนื่องจากมีภาวะพร่องออกซิเจนและประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการมีภาวะกรดคั่งในร่างกาย ดูแลให้ได้รับยา RI (1:1) iv. drip 5 ml/hr.เพื่อลดระดับน้ำตาล ในเลือดติดตาม DTX ทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาได้แก่ $NaHCO_3$ 50 ml iv. push then $NaHCO_3$ 100 ml iv. drip in 2 hr. เพื่อดูแลแก้ไขภาวะไม่สมดุลของกรด-ด่าง ติดตามผล $NaHCO_3$ Serum ketone Electrolyte, ABG และดูแลให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ เพื่อรักษาภาวะติดเชื้อในร่างกาย	การรักษาภาวะวิกฤตจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) จำเป็นต้องได้รับสารน้ำทดแทน เนื่องจากในผู้ป่วย DKA มักมีภาวะขาดน้ำ(Dehydration) ร่วมกับการรักษาด้วย Insulin เพื่อลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และการแก้ไขภาวะอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ให้กลับมาสมดุลอีกครั้ง จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีการรักษา ที่คล้ายคลึงกันแตกต่างกันเพียง กรณีศึกษารายที่1 นั้นมีระดับโพแทสเซียมต่ำ จึงจำเป็นต้องได้รับ NSS 1000 ml + KCL 30 mEq iv. drip 60 ml/hr. เพื่อแก้ไขภาวะสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย และจากกรณีศึกษารายที่2 มีอาการหอบเหนื่อยที่มากกว่า จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนจากภาวะกรดคั่งในร่างกาย

3. การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองราย

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองรายนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. เสี่ยงต่อภาวะหมดสติเนื่องจากมีภาวะคั่งของกรดคีโตนในร่างกาย	1. เสี่ยงต่อภาวะหมดสติเนื่องจากมีภาวะคั่งของกรดคีโตน ในร่างกาย
2. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากสูญเสียไปกับปัสสาวะจาก Osmotic diuresis	2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการมีภาวะกรดคั่งในร่างกาย
3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤต	3. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากสูญเสียไปกับปัสสาวะจาก Osmotic diuresis
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับการ	4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับการ

รักษาด้วยอินซูลิน	รักษาด้วยอินซูลิน
5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วยวิกฤติ	5. ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ
6. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	6. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วยวิกฤติ
	7. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

4. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดDKA(Diabetic ketoacidosis)

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การพยาบาลที่สำคัญในระยะแรกรับ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดDKA(Diabetic ketoacidosis)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: เสี่ยงต่อภาวะหมดสติเนื่องจากมีภาวะคั่งของกรดคีโตนในร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน** 1.หายใจหอบเหนื่อย หายใจหอบลึก (Kussmaul Breathing) 2.Blood sugar (กรณีศึกษารายที่1, 2) ตามลำดับ DTX=HI (763,510 mg/dL), Blood ketone =HI (8, 7.9) 3.PH (6.9, 7.07) 4.ตรวจปัสสาวะพบ Ketone 3+	1.ประเมินระดับความรู้สึกตัวสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และประเมิน Neuro sign ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อคจากการ ขาดน้ำและเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย 2.ดูแลให้ได้รับ 0.9% NSS 1000 ml + kcl 30 meq iv. drip 60 ml/hr.ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3.ดูแลให้ได้รับอินซูลินตามแผนการรักษาคือ RI 10 unite IV bolus then RI 10 unite + NSS 100 ml iv. drip 5 ml/hr. ใส่เครื่อง infusion pump เพื่อความแม่นยำในการนับหยด) เพื่อลดระดับน้ำตาล ในเลือด 4.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา $NaHCO_3$ 50 ml iv push then $NaHCO_3$ 100 ml iv drip in 2hr. เพื่อแก้ไขภาวะสมดุลของกรด-ด่างในร่างกาย 5.ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1 hr. เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 6.ติดตามค่า Electrolyte, ค่า Blood gas, ทุก 4 hr. เพื่อนำมาประเมินภาวการณ์คั่งของกรดคีโตน และวางแผนการให้การพยาบาลต่อไป 7.บันทึกสารน้ำที่ได้รับและจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2: มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการมีภาวะกรดคั่งในร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน** 1.หายใจหอบเหนื่อย ซึมลง 2.อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที 3 .Blood sugar สูง DTX=HI (763,510 mg/dL), Blood ketone =HI (8, 7.9)	1.ประเมินการหายใจ keep O_2 saturation ≥ 95 % 2.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือ/เท้าเย็นเล็บ ริมฝีปาก ซีด เขียว กระสับกระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็วตื้นทุก 1 ชั่วโมง 3.สังเกตและบันทึกออกซิเจนปลายนิ้ว (O_2saturation)ทุก 1 hr. Keep O_2 saturation > 95% ถ้า O_2 saturation ลดลงมากกว่า 2% รายงานแพทย์ทันที 4.ติดตามและประเมินเสียงลมเข้าปอด เพื่อติดตาม เสียงเสมหะ เสียงผิดปกติต่างๆ อย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ 5.จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่ผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยนอนหงายศีรษะสูงประมาณ 15-30 องศา ชันเข่าและงอสะโพกมือและเท้าปล่อยตามสบายท่านี้ จะทำให้อวัยวะในช่องท้องและกระบังลมหย่อนตัวทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่เพื่อให้อากาศภายนอกเข้าสู่ปอด ได้ดีขึ้นและการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ถุงลมดีขึ้น 6. ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น เตรียมการใส่ท่อช่วยหายใจ 6.1 สำรวจดูในช่องปาก จมูกและคอ ล้วงเศษอาหาร ฟันปลอมออกให้หมด 6.2 ดูดเสมหะในปาก จมูก ออกด้วยความนุ่มนวล

ตารางที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดDKA(Diabetic ketoacidosis)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6.3 ช่วยหายใจด้วย Self inflating lung bag (Ambu bag) ต่อกับออกซิเจน 10 LPM เพื่อป้องกันผู้ป่วยพร่องออกซิเจนเป็นเวลานาน และระหว่างรอแพทย์ ใส่ท่อหลอดลม 6.4 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอโดยการ ดูดเสมหะอย่างถูกต้อง 6.5 อธิบายให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจในความจำเป็นในการ ใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 6.6 ยึดตรึงท่อหลอดลมคอให้แน่น เพื่อป้องกัน การเลื่อนหลุด 7. การดูแลท่อทางเดินหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ ตรวจสอบตำแหน่งของท่อทางเดินหายใจ ให้อยู่ตำแหน่งที่ถูกต้อง ไม่ให้ดึงรั้ง ไม่เลื่อนหลุด ไม่กดบริเวณมุมปาก ติดตามการวัด cuff pressure อย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง หรือเมื่อได้ยินเสียง leakage ของ ET-Tube ฟังเสียงลมเข้าปอดทั้ง 2 ข้างให้เท่ากัน และฟังเสียงลมรั่วทางปาก บันทึกตำแหน่ง ที่เหมาะสม ช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเพื่อระบายเสมหะ 8. ติดตามค่า Electrolyte, ค่า Blood gas, DTX
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่3: มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากสูญเสียไปกับปัสสาวะจาก Osmotic diuresis **ข้อมูลสนับสนุน** 1.มีประวัติรับประทานอาหารได้น้อยก่อนมาโรงพยาบาล 2.ค่า Electrolyte (กรณีศึกษารายที่ 1, 2) ตามลำดับ -arterial blood gas PH 6.9,7.07 -Na 123, 144 mmol/L -K 3.3, 4.1 mmol/L -Cl 84, 100 mmol/L -HCO_3 5, 10	1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Hyperkalemia, Hypokalemiaและ Hyponatremia 2.วัดและบันทึกสัญญาณชีพ และประเมินระดับ ความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมง 3.Monitor EKG เพื่อประเมินการเต้นของจังหวะหัวใจ4.ดูแลให้ได้รับ NSS 1000 ml+ Kcl 30 mEq iv. drip 60 ml/hr. เพื่อแก้ไขภาวะไม่สมดุลของกรด-ด่าง ในร่างกาย 5.ติดตามค่าElectrolyte, ค่า Blood gas, ทุก 4 ชั่วโมงเพื่อนำมาประเมินภาวการณ์คั่งของกรดคีโตนและ วางแผนการให้การพยาบาลต่อไป 6.บันทึกสารน้ำที่ได้รับและจำนวนปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะช็อค
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่4: เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน **ข้อมูลสนับสนุน** 1.ผู้ป่วยต้องงดน้ำงดอาหารเนื่องจากมีระดับน้ำตาล ในเลือดสูง และเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน 2.ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินเพื่อแก้ไขภาวะ DKA	1. ประเมินภาวะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากอาการของผู้ป่วย ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว 2. ตรวจและบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ตามแผนการรักษาทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด 3. ดูแลให้อินซูลินตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้อินซูลินเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 4. จัดเตรียม 50% Glucose 50 ml ให้พร้อมใช้เพื่อการแก้ไขภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่5: มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) **ข้อมูลสนับสนุน** (กรณีศึกษารายที่1, 2) ตามลำดับ 1.หายใจเร็ว หอบลึก 2.สัญญาณชีพ -อุณหภูมิร่างกาย 38, 38 องศาเซลเซียส	1.ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เช่น ไข้ ซึมลง หอบเหนื่อย เพื่อเฝ้าระวังและจัดการต่ออาการและอาการแสดงเตือนของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต 2.ประเมินระดับความรู้สึกตัวสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และประเมิน Neuro sign ทุก 2 ชั่วโมง 3.ดูแลส่งเลือดเพาะเชื้อ (H/C) ภายใน 1 ชั่วโมง 4.บริหารยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงโดยให้ Ceftriaxone 2 gm iv OD 5.ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ

ตารางที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดDKA(Diabetic ketoacidosis)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
-อัตราการเต้นของหัวใจ 108, 142 ครั้งต่อนาที - ความดันโลหิต 160/97, 135/86 มิลลิเมตรปรอท - อัตราการหายใจ 28, 36 ครั้ง/นาที -O_2 sat 100 % On O_2 mask with bag 10 LPM -DTX : 563, 510 mg/dL 4.WBC : 22,600, 16,900 cell/mm^3, Neutrophil : 84.6, 80% 5. H/C : Gram positive cocci, No growth	6.ติดตามประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง 7.ติดตามและเฝ้าระวังเพื่อให้ค่า MAP ≥ 65 mmHg 8.ประเมินแหล่งติดเชื้อในร่างกาย

สรุป

กรณีศึกษานี้สะท้อนว่า Diabetic Ketoacidosis (DKA) สามารถเกิดได้จากปัจจัยกระตุ้นที่แตกต่างกัน ทั้งพฤติกรรมเสี่ยงจากสารเสพติด สุรา บุหรี่ และการติดเชื้อ COVID-19 ในผู้ป่วยเบาหวานเดิมซึ่งเพิ่มการอักเสบและภาวะดื้อต่ออินซูลิน อย่างไรก็ตาม กลไกพื้นฐานของ DKA เหมือนกัน คือ Hyperglycemia, Lipolysis, Ketogenesis และ Metabolic acidosis การจัดการขึ้นกับความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน พร้อมเฝ้าระวังระดับน้ำตาล คีโตน อิเล็กโทรไลต์ และกรด-ด่างอย่างใกล้ชิด อีกทั้งควรส่งเสริมการปรับพฤติกรรมเสี่ยง การควบคุมอาหาร และการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำและยกระดับคุณภาพชีวิต

สรุปและอภิปรายผล

Diabetic Ketoacidosis (DKA) เป็นภาวะฉุกเฉินทางเมตาบอลิซึมที่พบได้ในผู้ป่วยเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และ 2 มีลักษณะสำคัญคือ Hyperglycemia, Ketonemia และ Metabolic acidosis เกิดจากการขาดอินซูลินร่วมกับการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนต้านอินซูลิน ได้แก่ Glucagon, Cortisol, Catecholamines และ Growth hormone ส่งผลให้เกิด Lipolysis และ Ketogenesis จนนำไปสู่การสะสมคีโตนและภาวะกรดในร่างกาย

โรคเบาหวานเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะทุกระบบของร่างกาย ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยเสื่อมเร็วกว่าคนปกติ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หากผู้ป่วยไม่ได้รับ การส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จนเป็นสาเหตุของ การเสียชีวิตได้เพื่อให้การรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการประเมินปัญหาและการวินิจฉัยที่รวดเร็วและถูกต้อง รวมถึงการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน พยาบาลจึงควร มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการเกิดโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน เพื่อใช้เป็นแนวทาง ในการวางแผนการพยาบาลอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพสูงสุด

การวิเคราะห์กรณีศึกษา 2 รายนี้ชี้ให้เห็นถึงความหลากหลายของปัจจัยกระตุ้น DKA ทั้งในผู้ป่วยที่ไม่มี โรคประจำตัวและผู้ป่วยเบาหวานเดิม **กรณีศึกษารายที่ 1** เป็นผู้ป่วยชายอายุ 36 ปี ไม่มีโรคประจำตัว แต่มีพฤติกรรมเสี่ยงหลายประการ เช่น การใช้กระท่อม ดื่มสุรา และสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ร่างกายเกิด Stress response และหลั่ง Counter-regulatory hormones (Cortisol, Catecholamines, Glucagon) ส่งผลให้เกิด

Insulin resistance, Hyperglycemia, Lipolysis และ Ketogenesis **กรณีศึกษารายที่ 2** เป็นผู้ป่วยหญิงอายุ16 ปี มีประวัติเบาหวานเดิมและติดเชื้อ COVID-19 การติดเชื้อและการอักเสบกระตุ้นการหลั่ง Cytokines และ Stress hormones เพิ่มขึ้น ทำให้เกิด Insulin resistance และ Metabolic derangement คล้ายกับกรณีศึกษารายที่ 1 แม้ว่าระดับ pH และ HCO_3 จะสูงกว่ากรณีศึกษารายที่ 1 แต่ด้วยภาวะ Hypoxia ผู้ป่วยรายนี้จึงจำเป็นต้องใช้ Mechanical ventilation ทำให้ความซับซ้อนทางคลินิกเพิ่มขึ้นและระยะเวลา การรักษายาวนานกว่า ทำให้เห็นได้ว่าทั้งสองกรณีมี Osmotic diuresis ทำให้เกิดการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะ Dehydration, Electrolyte imbalance และ Hypoglycemia จากการให้ Insulin therapy การรักษาทั้งสองกรณีเป็นไปตาม Guideline DKA ประกอบด้วย Fluid resuscitation, Insulin therapy, Electrolyte correction และ Antibiotics ตามความเหมาะสม การเปรียบเทียบนี้ชี้ให้เห็นว่า แม้ปัจจัยกระตุ้นจะแตกต่างกัน แต่กลไกทางพยาธิสรีรวิทยาของ DKA มีความคล้ายคลึงกันอย่างมาก[8,9]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนวิกฤต เช่น DKA เพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชน ส่งเสริมการดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทันท่วงที และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

2. พยาบาลควรใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อ DKA อย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งรายงานต่อแพทย์โดยทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และเพิ่มอัตราการรอดชีวิต

3. ควรพัฒนาศักยภาพของพยาบาลรายโรค (Nurse Case Manager) ในการประเมิน เฝ้าระวัง และจัดการภาวะ DKA อย่างเป็นระบบ รวมถึงเสริมสร้างทักษะด้านการสื่อสาร การประสานงานสหสาขาวิชาชีพ และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและป้องกันการเกิดซ้ำอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. เพ็ญนภา ศรวิเศษ.(2023). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิด 1 (Diabetes Mellitus Type I): กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2023; 8(4):669-673.
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2568). รายงานมาตรฐาน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ; [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report.
3. อุมาพร จันทะหะ.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis:กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566; 8(3):403-410.
4. ณีรชา บุญมาตย์.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566; 8(3):411-418.
5. วราภรณ์ เย็นอารมณ์.(2568). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis แบบรุนแรง: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2568; 10(4):671-676.
6. สุจิตรา วีณิน.(2020). ภาวะ metabolic acidosis จากยาหรือสารพิษ. บทความพิษวิทยา. 2020; 30(3):198-212.
7. Artese A, Ferro A, Franchi S, Valli M, Caretti F, Vanni S, et al.(2017). Cigarette smoking: An accessory to the development of insulin resistance. Int J Prev Med. 2017; [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6796230.

8. Singdam P. ความรู้ ณ ปัจจุบันเกี่ยวกับกลไกการเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2563;35(6):768-776.
9. พัชรินทร์ สิงห์ดำ, พัชรีวัลย์ ปั้นเหน่งเพ็ชรและคัมภีร์พร บุญหล่อ.(2020). ความรู้ ณ ปัจจุบันเกี่ยวกับกลไกการเกิดภาวะดื้ออินซูลิน และแนวทางการพัฒนายาลดภาวะดื้ออินซูลิน. บทฟื้นฟูวิชาการ. 2020; 35(6):768-776.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพัฒนาและออกแบบการแจ้งเตือนในระบบ HIS เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (CDSS) ตามแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล สำหรับผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

Development and Implementation of an Alert System in the Hospital Information System (HIS) to Support Clinical Decision-Making (CDSS) for Rational Laboratory Use (RLU) in Outpatient Services at Banmi Hospital, Lopburi Province.

(Received: September 27,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

ภัคชัญญา ทันชม[1]
Phakchanya Tunchom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบแจ้งเตือนในระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกตามแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล การศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนาร่วมกับการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง ดำเนินการที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ทดลองใช้ระบบเป็นระยะเวลา 14 เดือน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ 120 คน และผู้ป่วยนอก 400 คน ระบบที่พัฒนาใช้การบูรณาการเทคโนโลยี Machine Learning และ Rule-based System เข้าด้วยกัน

ผลการศึกษาพบว่าระบบสามารถลดการส่งตรวจซ้ำซ้อนได้ร้อยละ 19.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพิ่มการคัดกรองที่จำเป็นโดยเฉลี่ยร้อยละ 29.4 สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ 542,700 บาทต่อปี และได้รับความพึงพอใจจากผู้ใช้งานในระดับมาก ระบบได้รับการขยายผลไปยังโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพแล้ว 8 เขตสุขภาพ ครอบคลุม 22 โรงพยาบาล อย่างสำเร็จ

คำสำคัญ: ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก, การส่งตรวจอย่างสมเหตุสมผล, ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล, Machine Learning, นวัตกรรมการแพทย์

Abstract

This study aimed to develop an alert system within the Hospital Information System to support clinical decision-making based on Rational Laboratory Use guidelines. The research employed developmental methodology combined with a quasi-experimental one-group pretest-posttest design, conducted at Banmi Hospital, Lopburi Province, with 14 months of system implementation. The sample consisted of 120 medical personnel and 400 outpatients. The developed system integrated Machine Learning and Rule-based System technologies.

Results demonstrated that the system significantly reduced test duplication by 19.5%, increased necessary screening coverage by an average of 29.4%, generated economic value of 542,700 baht annually, and achieved high user satisfaction levels. The system was successfully scaled to 22 hospitals across 8 health regions.

Keywords: Clinical Decision Support System, Rational Laboratory Use, Hospital Information System, Machine Learning, Medical Innovation

บทนำ

ในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีสารสนเทศก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) ได้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพและสนับสนุนงานบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Decision Support System: CDSS) ที่มีศักยภาพในการช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์วินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การศึกษาของ Sittig และ Singh[1] พบว่า ระบบ CDSS สามารถลดความผิดพลาดทางการแพทย์ได้ถึงร้อยละ 41 และเพิ่มการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติมาตรฐานร้อยละ 64 เมื่อออกแบบและนำไปใช้อย่างเหมาะสม

จากการสำรวจโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ประจำปี 2566 พบว่า โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ 743 แห่ง มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 12.3 ต่อปี ซึ่งสูงกว่าอัตราการเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 4.1 ต่อปี สถาบันการแพทย์ป้องกันโรคแห่งชาติ[2] วิเคราะห์การส่งตรวจซ้ำซ้อนในโรงพยาบาลศูนย์ 12 แห่ง พบมีการส่งตรวจ CBC ซ้ำซ้อนภายใน 72 ชั่วโมงโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิกสูงถึงร้อยละ 22.4 การส่งตรวจ Electrolytes ซ้ำซ้อนร้อยละ 26.8 และ Liver Function Tests ร้อยละ 18.7 คิดเป็นมูลค่าความสูญเสียรวม 1,240 ล้านบาทต่อปี

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข[3] รายงานว่าโรงพยาบาลขนาดกลางมีการใช้ทรัพยากรด้านห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็นประมาณร้อยละ 19.3 โดยสาเหตุหลักมาจากการขาดระบบเชื่อมโยงข้อมูลและการแจ้งเตือนที่มีประสิทธิภาพร้อยละ 46.2 ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข[4] ประมาณการว่า หากลดการส่งตรวจที่ไม่จำเป็นได้ร้อยละ 25 จะประหยัดงบประมาณได้ 2,180 ล้านบาทต่อปี

การศึกษาอภิมานเชิงระบบของ Bright et al. (2012) วิเคราะห์ 148 การศึกษาพบว่า ระบบ CDSS ที่ออกแบบเพื่อการแจ้งเตือนสามารถลดการสั่งการรักษาที่ไม่จำเป็นได้ร้อยละ 20-50 งานวิจัยของ Roshanov et al.[5] ใน JAMA พบว่า ระบบ CDSS ที่ออกแบบอย่างเป็นระบบสามารถปรับปรุงประสิทธิภาพของบุคลากรทางการแพทย์และผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของโรงพยาบาลบ้านหมี่ ปี 2564-2566 พบการส่งตรวจเพิ่มขึ้นจาก 223,456 เป็น 268,345 รายการ (อัตราเพิ่มร้อยละ 9.6 ต่อปี) ในขณะที่ผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 3.2 ต่อปี การตรวจ Lipid profile มีอัตราการตรวจซ้ำภายใน 3 เดือนสูงถึงร้อยละ 16.9 ทั้งที่แนวทางแนะนำให้ตรวจทุก 6 เดือน จากการสัมภาษณ์แพทย์พบสาเหตุการสั่งตรวจซ้ำซ้อน ได้แก่ ขาดระบบแจ้งเตือนที่มีประสิทธิภาพร้อยละ 45.3 ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลผลการตรวจเดิมได้สะดวกร้อยละ 28.7 และการสั่งตรวจเป็นชุดโดยไม่พิจารณาความจำเป็นร้อยละ 16.9 ผู้ป่วยต้องรอคอยผลการตรวจเฉลี่ย 95 นาทีในช่วงเร่งด่วน และเสียเวลาจากการเจาะเลือดซ้ำโดยไม่จำเป็น นักเทคนิคการแพทย์มีภาระงานสูงเกินมาตรฐานร้อยละ 22.7 ระบบห้องปฏิบัติการมีความแออัดส่งผลให้ระยะเวลารายงานผลล่าช้ากว่าเกณฑ์ร้อยละ 18.5[6]

การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาอัลกอริทึมแจ้งเตือนแบบ Real-time ที่ใช้เทคนิค Machine Learning และ Rule-based System บูรณาการเข้าด้วยกัน เป็นนวัตกรรมที่ไม่เคยมีมาก่อนในบริบทโรงพยาบาลทั่วไปของประเทศไทย โดยใช้เวลาวิจัยและพัฒนาไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของเวลาปฏิบัติงาน สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หมายเลข 3 แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นที่ 8 ด้านการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อวิจัยและพัฒนานวัตกรรมระบบแจ้งเตือนในระบบ HIS ที่สามารถสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (CDSS) โดยใช้เทคโนโลยี Machine Learning และ Rule-based System

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบแจ้งเตือนในด้านประสิทธิภาพทางคลินิก ประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจ ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน และผลกระทบต่อผู้ป่วย

2. เพื่อนำเสนอแนวทางการขยายผลไปยังโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 และเป็นต้นแบบระดับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) ร่วมกับการวิจัยกึ่ง

ทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ[7] การเลือกใช้รูปแบบการวิจัยนี้เนื่องจากเป็นการศึกษาผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้นในสภาพแวดล้อมการทำงานจริงของโรงพยาบาล ซึ่งไม่สามารถควบคุมตัวแปรทั้งหมดหรือสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมได้อย่างสมบูรณ์

การพัฒนาระบบใช้กรอบ Design Science Research ตามแนวคิดของ Hevner และคณะ[8] ที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การระบุปัญหา การกำหนดเป้าหมายการแก้ไข การออกแบบและพัฒนา การสาธิต การประเมินผล และการสื่อสาร

สถานที่ศึกษา

การวิจัยดำเนินการ ณ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด M1 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกที่ใช้ระบบ HosXP รุ่น 3.90.0710 ในการให้บริการ เป็นระยะเวลา 18 เดือน ตั้งแต่มกราคม 2567 ถึงมิถุนายน 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะพัฒนาระบบ: มกราคม - กุมภาพันธ์ 2567 (2 เดือน) ระยะใช้งานจริง: มีนาคม 2567 - เมษายน 2568 (14 เดือน) ระยะประเมินผล: พฤษภาคม - มิถุนายน 2568 (2 เดือน)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลบ้านหมี่ จำนวน 170 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ และผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ โดยเฉลี่ยประมาณ 400-500 คนต่อวัน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ใช้สูตรของ Taro Yamane[9] โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 จากการคำนวณ $n = N/(1+Ne^2)$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 120 คน

สำหรับผู้ป่วยนอก ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนในประชากรตามแนวทางของ Cochran[10] โดยใช้ค่า $Z = 1.96$, $p = 0.15$, $q = 0.85$, และ $d = 0.05$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 400 คน

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามกลุ่มวิชาชีพ โดยแบ่งเป็น แพทย์ 17 คน พยาบาล 91 คน นักเทคนิคการแพทย์ 9 คน และเจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ 3 คน ตามสัดส่วนของประชากรแต่ละกลุ่ม[11]

สำหรับผู้ป่วยนอก ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยคำนวณช่วงการสุ่ม (Sampling Interval) จากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด[12]

มาตรการและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ระบบแจ้งเตือนที่พัฒนา



ภาพที่ 1 แสดง JavaScript สำหรับพัฒนาส่วนติดต่อผู้ใช้และระบบแจ้งเตือน

ระบบแจ้งเตือนได้รับการพัฒนาโดยบูรณาการเทคโนโลยี Machine Learning และ Rule-based System เข้าด้วยกัน โดยใช้อัลกอริทึม Random Forest Classifier สำหรับการเรียนรู้รูปแบบการส่งตรวจจากข้อมูลในอดีต ร่วมกับระบบกฎเกณฑ์ตามแนวทาง RLU ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[13]



ภาพที่ 2 แสดงตัวอย่างการแจ้งเตือนในระบบ HIS

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบ Likert Scale ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจต่อระบบ และข้อเสนอแนะ

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย มีโครงสร้างคล้ายคลึงกับแบบสอบถามบุคลากร โดยเน้นด้านคุณภาพการบริการและความเชื่อมั่นในการรักษา

แบบบันทึกข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับเก็บข้อมูลจากระบบ HIS ครอบคลุมรายการตรวจ ความถี่การส่งตรวจ และค่าใช้จ่าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยข้อคำถามที่มีค่า IOC ≥ 0.5 ถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาเพียงพอ ผลการประเมินพบว่าข้อคำถามทั้งหมดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80-1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ใช้การทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่น 0.93 สำหรับแบบสอบถามบุคลากร และ 0.89 สำหรับแบบสอบถามผู้ป่วย

วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนใช้ระบบ (3 เดือน) ระยะระหว่างการพัฒนาและทดลองใช้ (9 เดือน) และระยะหลังใช้ระบบ (3 เดือน) โดยเก็บข้อมูลจากระบบ HIS การสำรวจความพึงพอใจ และการสัมภาษณ์เชิงลึก

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ Paired t-test เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้ระบบ Independent t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อย Chi-square test ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงคุณภาพ และ Multiple Linear Regression หาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของระบบ ใช้โปรแกรม สำเร็จรูป ในการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์แบบธีม (Thematic Analysis) สำหรับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและข้อเสนอแนะ พร้อมทั้งใช้การวิเคราะห์แบบผสมผสาน (Mixed Methods Analysis) เพื่อยืนยันและเสริมสร้างความแข็งแกร่งของข้อค้นพบ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านหมี่ รหัสโครงการ 2568/07 เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2568

การควบคุมคุณภาพการวิจัย

การวิจัยมีการควบคุมคุณภาพในทุกขั้นตอน โดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) จากหลายแหล่งข้อมูล มีการฝึกอบรมผู้เก็บข้อมูลให้มีความเข้าใจตรงกัน และใช้แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลที่มีโครงสร้างชัดเจน เพื่อให้มั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้ โดยใช้เวลาวิจัยและพัฒนาไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของเวลาทำงาน

ผลการศึกษา

จากการพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของระบบแจ้งเตือน CDSS ตามแนวทาง RLU ในโรงพยาบาลบ้านหมี่ เป็นระยะเวลา 14 เดือน (มีนาคม 2567 - เมษายน 2568) สามารถแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 5 ส่วนหลัก ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 520 คน ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ 120 คน และผู้ป่วยนอก 400 คน

บุคลากรทางการแพทย์ (n=120) เพศหญิง 89 คน (74.2%) เพศชาย 31 คน (25.8%) อายุเฉลี่ย 34.8±8.9 ปี ตำแหน่งงานพยาบาล 91 คน (75.8%) แพทย์ 17 คน (14.2%) นักเทคนิคการแพทย์ 9 คน (7.5%) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 11.3±7.2 ปี

ผู้ป่วยนอก (n=400) เพศหญิง 232 คน (58.0%) เพศชาย 168 คน (42.0%) อายุเฉลี่ย 43.6±14.8 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา 189 คน (47.3%) อาชีพเกษตรกรรม 167 คน (41.8%) รายได้เฉลี่ย 12,450±8,920 บาทต่อเดือน

2. ประสิทธิภาพการลดการส่งตรวจซ้ำซ้อน (Overutilization) ระบบแจ้งเตือน CDSS สามารถลดการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็น พบว่าสามารถลดการส่งตรวจซ้ำซ้อนได้รวม 559 รายการ คิดเป็นร้อยละ 19.5 ของการส่งตรวจทั้งหมด โดยรายการ HbA1C มีการลดลงมากที่สุด (26.4%) ตามด้วย Anti-HIV (20.5%) และ HBsAg (21.0%)

3. การปรับปรุงการคัดกรองที่ขาดหายไป (Underutilization) ระบบ CDSS ไม่เพียงลดการส่งตรวจซ้ำ แต่ยังช่วยเพิ่มการคัดกรองที่จำเป็นตามแนวทางกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่า การปรับปรุงที่โดดเด่นคือ การคัดกรอง HBsAg ในกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น 44.7% และ Anti-HIV ในกลุ่มเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น 41.5%

4. ประสิทธิภาพการทำงานของระบบ CDSS พบว่า ระบบมีประสิทธิภาพการตรวจจับที่ดี สามารถระบุการส่งตรวจที่ไม่เหมาะสมได้ถูกต้อง 8 ใน 10 ครั้ง และระบุการส่งตรวจที่เหมาะสมได้ถูกต้อง 9 ใน 10 ครั้ง

5. การสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นการพัฒนาแบบ Zero-cost Development การวิเคราะห์จึงเน้นมูลค่าที่สร้างขึ้น พบว่า มูลค่าที่สร้างขึ้นรวม 542,700 บาทต่อปี โดยไม่มีต้นทุนการพัฒนา แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของนวัตกรรมนี้

6. ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงกว่าบุคลากร โดยเฉพาะด้านการลดการเจาะเลือดซ้ำ (4.44 คะแนน)

7. การทดสอบสมมติฐาน ระบบสามารถลดการส่งตรวจซ้ำและมีความพึงพอใจของผู้ใช้งาน ได้อย่างมีนัยสำคัญ

8. การขยายผลสู่เครือข่าย ระบบได้รับการขยายผลไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย 22 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดลพบุรี 9 แห่ง โรงพยาบาลมะเร็ง 1 แห่ง โรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพครอบคลุม 8 เขต สุขภาพ จำนวน 12 โรงพยาบาล อัตราความสำเร็จในการขยายผล: 77.3% ประสิทธิภาพเฉลี่ยของเครือข่าย: ลดการส่งตรวจซ้ำได้ 17.8% (ใกล้เคียงโรงพยาบาลต้นแบบ พร้อมเอกสารรับรองตอบกลับการนำระบบไปปรับใช้ในบริบทของโรงพยาบาล)

สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาระบบแจ้งเตือน CDSS ตามแนวทาง RLU ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยสามารถ **ลดการส่งตรวจซ้ำซ้อน** ได้ 19.5% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) **ร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ** 542,700 บาทต่อปี โดยไม่มีต้นทุนการพัฒนา **เพิ่มการคัดกรองที่จำเป็น** โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 29.4% **ได้รับการยอมรับ** จากผู้ใช้งานในระดับมาก (4.07-4.31 คะแนน) **ขยายผลได้สำเร็จ** ไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพ 22 แห่ง ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการพัฒนานวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์แบบ Zero-cost Development ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลภาครัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการสนับสนุนนโยบาย

Thailand 4.0 ด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อยกระดับระบบสุขภาพของประเทศ

สรุปและอภิปรายผล

ความสอดคล้องกับกรอบทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ การศึกษาครั้งนี้ให้ผลลัพธ์ที่สนับสนุนกรอบทฤษฎีหลักที่นำมาใช้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model) ของ Davis[14] ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความสำเร็จของระบบ CDSS ขึ้นอยู่กับการรับรู้ประโยชน์และความง่ายในการใช้งาน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ให้คะแนนด้านประโยชน์ต่อการทำงานสูงสุด (4.23 คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ TAM ที่เน้นความสำคัญของการรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยหลักในการยอมรับเทคโนโลยี

องค์ประกอบสำคัญของระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกตามแนวคิดของ Kawamoto และคณะ[15] ได้รับการยืนยันผ่านผลการศึกษานี้ การให้ข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจแบบอัตโนมัติ การแจ้งเตือน ณ จุดที่มีการดูแลผู้ป่วย และการบูรณาการเข้ากับกระบวนการทำงานปกติ ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบที่พัฒนาขึ้น ความสามารถในการลดการส่งตรวจซ้ำซ้อนได้ 19.5% แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้หลักการเหล่านี้ในบริบทของโรงพยาบาลไทย แนวคิดการใช้ทรัพยากรอย่างสมเหตุสมผล (Rational Laboratory Use) ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบระบบดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ระบบสามารถปรับปรุงทั้งปัญหา Overutilization และ Underutilization พร้อมกันแสดงให้เห็นถึงความครอบคลุมของแนวทาง RLU ในการแก้ไขปัญหาการใช้ห้องปฏิบัติการอย่างไม่เหมาะสม[13]

การเปรียบเทียบกับงานวิจัยระดับสากล

เมื่อพิจารณาผลการลดการส่งตรวจซ้ำซ้อน 19.5% ที่ได้จากการศึกษานี้ เปรียบเทียบกับงานวิจัยสากล พบว่าอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ตามมาตรฐานสากล แม้จะต่ำกว่าผลการศึกษาของ Rodriguez-Borja และคณะ[16] ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบรายงานว่าการใช้ระบบช่วยตัดสินใจสามารถลดการส่งตรวจที่ไม่จำเป็นได้เฉลี่ย 28.4% ผลการศึกษานี้แม้จะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยดังกล่าว แต่ยังคงอยู่ในช่วงที่มีนัยสำคัญทางคลินิกและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาถึงบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทยที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร

ความไม่สอดคล้องและข้อค้นพบที่น่าสนใจ

ประสิทธิภาพการตรวจจับของระบบที่มีความแปรผันระหว่างรายการตรวจที่แตกต่างกันเป็นข้อค้นพบที่น่าสนใจ การที่ DCIP มี Sensitivity สูงถึง 86.5% ในขณะที่ Anti-HBs มีเพียง 71.2% สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนที่แตกต่างกันของเงื่อนไขการแจ้งเตือนในแต่ละรายการตรวจ การตรวจ DCIP ที่มีเงื่อนไขชัดเจน คือ ไม่ส่งซ้ำตลอดชีวิต ทำให้ระบบสามารถตรวจจับได้แม่นยำกว่าการตรวจ Anti-HBs ที่ต้องพิจารณาประวัติการได้รับวัคซีน สถานะภูมิคุ้มกัน และระยะเวลาการติดตาม

ปรากฏการณ์ที่น่าสังเกตคือความสำเร็จในการปรับปรุงปัญหา Underutilization ที่สูงกว่าการลด Overutilization โดยเฉพาะการคัดกรอง HBsAg ในกลุ่มเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น 44.7% สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่าระบบแจ้งเตือนมีประสิทธิภาพในการเตือนให้ทำสิ่งที่ควรทำมากกว่าการห้ามไม่ให้ทำสิ่งที่ไม่ควรทำ ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมทางจิตวิทยาที่ผู้คนมักตอบสนองต่อข้อความเชิงบวกได้ดีกว่าข้อความเชิงลบ

การสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ 542,700 บาทต่อปีโดยไม่มีต้นทุนการพัฒนา แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของแนวทาง Zero-cost Development ที่อาจเป็นแบบอย่างสำหรับการพัฒนานวัตกรรมในโรงพยาบาลภาครัฐ อย่างไรก็ตาม การประเมินมูลค่าทางอ้อม เช่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเพิ่มภาพลักษณ์โรงพยาบาล ยังคงมีความไม่แน่นอนที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

การศึกษาระยะยาวที่ติดตามผลอย่างน้อย 24-36 เดือนจะช่วยให้เข้าใจความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวของระบบ AI ตามข้อมูลที่เพิ่มขึ้น การศึกษาแบบ Stepped-wedge Design ที่นำระบบไปใช้ทีละโรงพยาบาลจะช่วยลดอคติจากปัจจัยภายนอกและให้ความเชื่อมั่นในผลการวิจัยมากขึ้น

การพัฒนาประสิทธิภาพของระบบ AI โดยการเพิ่มข้อมูลฝึกสอนเป็น 36-60 เดือน และการพัฒนาโมเดลแยกสำหรับแต่ละรายการตรวจจะช่วยปรับปรุง Sensitivity ให้สูงขึ้น การรวม External Validation กับข้อมูลจากโรงพยาบาลอื่นจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของระบบ

การวิเคราะห์เศรษฐศาสตร์สุขภาพแบบเข้มงวดตามมาตรฐาน Health Technology Assessment รวมถึงการคำนวณ Incremental Cost-Effectiveness Ratio และการวิเคราะห์ Budget Impact ในระดับที่กว้างขึ้นจะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูล

การศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการขยายผลอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการวิเคราะห์เหตุผลที่โรงพยาบาลบางแห่งไม่สามารถนำระบบไปใช้ได้สำเร็จ จะช่วยในการพัฒนากรอบการขยายผลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทสรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการใช้เทคโนโลยี Clinical Decision Support System ในการปรับปรุงการใช้ห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผลในบริบทของโรงพยาบาลไทย ผลการวิจัยสนับสนุนกรอบทฤษฎีหลักที่นำมาใช้และแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการพัฒนานวัตกรรมแบบ Zero-cost Development ที่สามารถสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างมีนัยสำคัญ ความไม่สอดคล้องที่พบในบางประเด็นสะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในสภาพแวดล้อมจริง และเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาในขั้นต่อไป การขยายผลที่ประสบความสำเร็จใน 22 โรงพยาบาลแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการขยายผลในวงกว้าง แต่ยังคงต้องการการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นสำคัญต่าง ๆ เพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนและเชื่อถือได้สำหรับการกำหนดนโยบายและการขยายผลในระดับชาติ

ผลการวิจัยนี้จึงเป็นก้าวแรกที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทย และเปิดโอกาสสำหรับการวิจัยและพัฒนาในอนาคตที่จะนำไปสู่การใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในวงกว้าง

ช่วยเขียน กิตติกรรมประกาศ โดย ขอบคุณผู้มีอุปการะคุณและต้นสังกัด นพ.กฤติกา หงษ์โภคาพันธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้ายหมี่ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย นพ.นพดล กีรติวงศา รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าวุ้ง ทนพ.อิโณทัย ดำรงค์วุฒิ นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก รพ บ้านหมี่ นางวัชรา ป้อทองคำ นักวิทยาศาตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิกายวิภาคและงานธนาคารเลือด นางศิริมา ทองดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชกรรม รพ บ้านหมี่ นางสาววัชรินทร์ พวงเปลี้ย นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ รพ บ้านหมี่ และนายกิตติ น้าวเมือง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ ผู้รับผิดชอบระบบHOS XPของโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างสูงต่อบุคคลและหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนและความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณ **นายแพทย์กฤติกา หงษ์โภคาพันธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่** ที่ให้การสนับสนุนโครงการวิจัยนี้อย่างเต็มที่ ตั้งแต่การอนุมัติดำเนินการวิจัย การจัดสรรทรัพยากร และการสร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการพัฒนานวัตกรรม รวมถึงการให้กำลังใจและคำแนะนำที่มีค่าตลอดระยะเวลาการวิจัย ขอกราบขอบคุณคณะผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการ

ตรวจสอบและให้คำแนะนำที่สำคัญ ได้แก่ นายแพทย์นพดล กีรติวงศา รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าวุ้ง ทนพ.อิโณทัย ดำรงค์วุฒิ นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลบ้านหมี่ ขนางวัชรา ป้อทองคำ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิกายวิภาคและงานธนาคารเลือด นางศิริมา ทองดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านหมี่ นางสาววัชรินทร์ พวงเปลี้ย นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ และ นายกิตติ น้าวเมือง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ ผู้รับผิดชอบระบบ HIS ของโรงพยาบาลบ้านหมี่

เอกสารอ้างอิง

1. Sittig, D. F., & Singh, H. (2020). Clinical decision support systems for improving diagnostic accuracy and achieving precision medicine. BMJ Quality & Safety, 29(5), 414-423.
2. สถาบันการแพทย์ป้องกันโรคแห่งชาติ กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานการศึกษาการใช้ทรัพยากรห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลศูนย์. กรมควบคุมโรค.
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2566). รายงานการศึกษาเชิงระบบการใช้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับประเทศ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
4. ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล. (2566). การประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจของการใช้ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
5. Bright, T. J., Wong, A., Dhurjati, R., Bristow, E., Bastian, L., Coeytaux, R. R., ... & Lobach, D. (2012). Effect of clinical decision-support systems: a systematic review. Annals of Internal Medicine, 157(1), 29-43.
6. โรงพยาบาลบ้านหมี่. (2566). รายงานประจำปี 2566. โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี.
7. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). Designing and conducting mixed methods research (3rd ed.). SAGE Publications.
8. Hevner, A., March, S. T., Park, J., & Ram, S. (2019). Design science in information systems research. MIS Quarterly, 28(1), 75-105. https://doi.org/10.2307/25148625
9. Yamane, T. (1973). Statistics: An introductory analysis (3rd ed.). Harper & Row.
10. Cochran, W. G. (2019). Sampling techniques (3rd ed.). John Wiley & Sons.
11. Thompson, S. K. (2020). Sampling (3rd ed.). John Wiley & Sons.
12. Levy, P. S., & Lemeshow, S. (2021). Sampling of populations: Methods and applications (4th ed.). John Wiley & Sons.
13. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2566). แนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล (ฉบับที่ 3). กระทรวงสาธารณสุข
14. Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. MIS Quarterly, 13(3), 319-340. https://doi.org/10.2307/249008
15. Kawamoto, K., Houlihan, C. A., Balas, E. A., & Lobach, D. F. (2020). Improving clinical practice using clinical decision support systems: A systematic review of trials to identify features critical to success. BMJ, 330(7494), 765-772. https://doi.org/10.1136/bmj.38398.500764.8F
16. Roshanov, P. S., Fernandes, N., Wilczynski, J. M., Hemens, B. J., You, J. J., Handler, S. M., ... & Haynes, R. B. (2013). Features of effective computerised clinical decision support systems: meta-regression of 162 randomised trials. BMJ, 346, f657.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน

Development of quality of life among the elderly according to the principles of sufficiency economy towards sustainable development.

(Received: September 18,2025 ; Revised: September 25,2025 ; Accepted: September 27,2025)

พัชรี วงศ์ฝั้น[1]
Patcharee Vongfun[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง "การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน" เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ระดับคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลปางหมู จังหวัดแม่ฮ่องสอน เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ 308 คน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) ได้แก่ การสกัดองค์ประกอบหลัก การหมุนแกนองค์ประกอบแบบออโธกอนอลด้วยวิธีวาริแมกซ์ และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี สถานภาพสมรส การศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการรวมกลุ่มทางสังคมอยู่ในระดับมากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ที่ดี (รายได้ ความปลอดภัย) สภาพร่างกายที่ดี (พฤติกรรมสุขภาพ) การตัดสินใจด้วยตนเอง การรวมกลุ่มทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสภาพอารมณ์ที่ดี
คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, เศรษฐกิจพอเพียง, การพัฒนาอย่างยั่งยืน

Abstract

The research titled "Developing Quality of Life for Elderly According to Sufficiency Economy Philosophy Towards Sustainable Development" is a survey research with objectives to study basic information, quality of life levels, analyze related factors, and determine approaches for developing the quality of life of elderly people in Pang Moo Sub-district, Mae Hong Son Province. Data were collected from 308 elderly participants. Data analysis employed descriptive statistics including frequency, mean, and standard deviation (S.D.), and factor analysis including principal component extraction, orthogonal rotation using the varimax method, and Pearson correlation coefficient analysis.

The findings revealed that the majority of elderly people were aged 60-69 years, married, had primary school education, and earned less than 5,000 baht per month. Their overall quality of life was at a moderate level, with interpersonal relationships and social group participation rated at high levels. Factors related to quality of life included material well-being (income, safety), physical well-being (health behaviors), self-determination, social inclusion, interpersonal relationships, and emotional well-being.
Keywords: Quality of Life, Elderly, Sufficiency Economy, Sustainable Development

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 9 ในปี 1990 เป็นร้อยละ 13 ในปี 2019 และคาดการณ์ว่าในปี 2040 จะมีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 19 ของประชากรโลกทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) สำหรับประเทศไทย ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี 2548 โดยในปี 2563 มีผู้สูงอายุกว่า 11.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.57 และคาดว่าในปี

[1] อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยแม่ฮ่องสอน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

2566 ไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ที่มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี สูงถึงร้อยละ 20.1[1]

การเข้าสู่สังคมสูงวัยนำมาซึ่งความท้าทายหลายประการ ได้แก่:ปัญหาความเหลื่อมล้ำที่อาจทวีความรุนแรง เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมักมีความเหลื่อมล้ำทางรายได้สูง การขาดแคลนกำลังแรงงาน เนื่องจากประชากรวัยแรงงานมีสัดส่วนลดลง การขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพราะขนาดครอบครัวที่เล็กลงและอัตราการเกิดที่ลดลง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น คาดการณ์ว่าจะเพิ่มจาก 60,000 ล้านบาทในปี 2553 เป็น 220,000 ล้านบาทในปี 2564 ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน[2]

จากข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนในปี 2563-2566 พบว่าความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.23 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 55.14 ในปี 2566 ส่วนความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือดเพิ่มจากร้อยละ 17.93 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 33.61 ในปี 2566[3] นอกจากนี้ผลการศึกษาในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงพบปัญหาสุขภาพหลายด้าน เช่น สายตาผิดปกติร้อยละ 68.7 ช่องปากผิดปกติร้อยละ 65.6 โรคเข่าเสื่อมร้อยละ 41.7 และสมองเสื่อมร้อยละ 44.8[4] จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ถ้าได้มีการเตรียมรับมือกับปัญหาเหล่านี้เสียแต่ล่วงหน้า หรือสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีตามแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่ทรงพระราชทานแก่พสกนิกร ย่อมเป็นการเตรียมการอย่างชาญฉลาด ช่วยให้รัฐไม่ต้องทุ่มงบประมาณจำนวนมหาศาลกับการฟื้นฟู ดูแล รักษาผู้สูงอายุ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นเรื่องเร่งด่วนที่รัฐควรเร่งรีบในการดำเนินการ หากไม่มีการดำเนินการใด ๆ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของไทย ก็จะมีแนวโน้มที่จะต้องเผชิญกับปัญหาความยากจนของผู้สูงอายุ[5]

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการเตรียมรับมือกับปัญหาดังกล่าวล่วงหน้าโดยใช้แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อช่วยให้รัฐไม่ต้องทุ่มงบประมาณจำนวนมหาศาลกับการฟื้นฟู ดูแล รักษาผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย พอประมาณ และเดินสายกลางตามฐานะทางเศรษฐกิจ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 ที่มุ่งพัฒนาคนเป็นศูนย์กลางโดยใช้เศรษฐกิจพอเพียงเป็นเครื่องมือนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน โดยงานวิจัยเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนนี้ ได้ศึกษาระดับคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงในตำบลปางหมู อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในตำบลปางหมู อำเภอเมืองจังหวัดแม่ฮ่องสอน
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในตำบลปางหมู อำเภอเมืองจังหวัดแม่ฮ่องสอน
3. เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงของผู้สูงอายุ ในตำบลปางหมู อำเภอเมืองจังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิธีดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 - 79 ปี มีสัญชาติไทยที่อาศัยในตำบลปางหมู อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน13 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 บ้านปางหมู หมู่ 2 บ้านกุงไม้สัก หมู่ 3 บ้านทุ่งกองมู หมู่ 4 บ้านในสอย หมู่ 5 บ้านใหม่ หมู่ 6 บ้านสบ

ป่อง หมู่ 7 บ้านสบสอย หมู่ 8 บ้านไม้แงะ หมู่ 9 บ้านไม้สะเป่ หมู่ 10 บ้านพะโข่โหล่ หมู่ 11 บ้านขุนกลาง หมู่ 12 บ้านชานเมือง หมู่ 13 บ้านดอยแสง รวมจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 1,530 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ โดยใช้ผู้สูงอายุในตำบลปางหมู อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวนทั้งหมด 1,530 คน คำนวนวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970)[6] เมื่อคำนวณจากตารางแล้วได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษา 308 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างการศึกษา เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจะศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลปางหมู อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในครั้งนี้คือ 308 คน และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบเป็นชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) มีการจัดแบ่งประชากรเป็นกลุ่มหรือชั้นย่อย ๆ ก่อน แล้วเลือกสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน(Proportional)ในแต่ละชั้น จากนั้นจึงใช้การสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม ซึ่งเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า 3 ระดับ จำแนกเป็น 6 ด้าน ดังต่อไปนี้ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี และด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสม ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แนวคิด ทฤษฎีของ Schalock, L. R., (2004)[7] ประกอบด้วย 1) ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี 2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี 4) ด้านสภาพร่างกายที่ดี 5) ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม และ 6) ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง

ใช้แบบมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ดังนี้:ระดับ 5: มีคุณภาพชีวิตมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 ระดับ 4: มีคุณภาพชีวิตมาก คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 ระดับ 3: มีคุณภาพชีวิตปานกลางคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 ระดับ 2: มีคุณภาพชีวิตน้อยคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 และระดับ 1: มีคุณภาพชีวิตน้อยที่สุดคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 พิจารณาปัจจัยที่มีค่าไอเกน (Eigenvalue) มากกว่า 1.00 คัดเลือกตัวแปรที่มีน้ำหนักปัจจัย (Factor Loading) เกิน 0.50 ขึ้นไป ตัวแปรที่มีน้ำหนักปัจจัยไม่ถึง 0.50 จะไม่นำมาพิจารณา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามดังกล่าวนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านพร้อมวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) จากนั้นจึงนำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรง (Reliability)โดยใช้หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ของครอนบาค ทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่น 0.91

การดำเนินงานวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

1.ขั้นเตรียมการ ประกอบไปด้วย (1) ขออนุญาตทำวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย (2) จัดทำหนังสือราชการ เพื่อขอความอนุเคราะห์สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอนไปยังประธานผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่บ้านแต่ละหมู่บ้าน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการเก็บข้อมูลจำนวน 308 ชุด ในช่วงเดือนธันวาคม - มกราคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) ได้แก่ การสกัดองค์ประกอบหลัก การหมุนแกนองค์ประกอบแบบออโธกอนอลด้วยวิธีวาริแมกซ์ และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ รหัสโครงการ (Project Code) : IRBCMRU 2024/459.25.09 ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 19 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐาน ของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 60-64 ปีและ 65-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.52 รองลงมา คือ 70-74 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.27 และ 75-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.69 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 72.40 รองลงมา คือ สถานภาพ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่คิดเป็นร้อยละ 21.75 และสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 5.84 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.23 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 21.43 และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 7.14 และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนมากที่สุด คือ ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 73.70 รองลงมาคือ รายได้ต่อเดือน 5,001 –10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 21.10 และรายได้ต่อเดือน 10,001 –15,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 3.57 ตามลำดับ

2. ปัจจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุตำบลปางหมู อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอนทั้งหมด 6 ด้าน ซึ่งทั้ง 6 ด้านภาพรวมอยู่ในระดับระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.24) (1)ด้านคุณภาพชีวิตระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคะแนนเฉลี่ย 3.78 อยู่ในระดับมาก (2) ด้านการรวมกลุ่มทางสังคมคะแนนเฉลี่ย 3.74 อยู่ในระดับมาก (3)ด้านสภาพร่างกายที่ดี คะแนนเฉลี่ย 3.31 อยู่ในระดับปานกลาง (4) ด้านสภาพอารมณ์ที่ดีคะแนนเฉลี่ย 3.17 อยู่ในระดับปานกลาง (5) ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดีอยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ย 2.90 อยู่ในระดับปานกลาง และ (6)ด้านการตัดสินใจด้วยตนเองคะแนนเฉลี่ย 2.83 อยู่ในระดับปานกลาง

3. แนวทางการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลปางหมู อำเภอเมืองจังหวัดแม่ฮ่องสอน ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน

แนวทางการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลปางหมู อำเภอเมืองจังหวัดแม่ฮ่องสอน ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลปางหมู อำเภอเมืองจังหวัดแม่ฮ่องสอน ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน

คุณภาพชีวิต	ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง	ผลที่จะได้รับ
1.ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	1) การดำรงชีพ รายรับและรายจ่าย 2) อาหารการกิน 3) ความปลอดภัยในที่อยู่อาศัย	1) ส่งเสริมการฝึกอบรมอาชีพเสริมรายได้ที่เหมาะสมกับวัยและทักษะของผู้สูงอายุ 2) สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุเพื่อสร้างรายได้เสริม	1) ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางรายได้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น 2) มีการบริหารจัดการรายรับรายจ่ายอย่างมีเหตุผลและสมดุล

ตารางที่ 1 แนวทางการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลปางหมู อำเภอเมืองจังหวัดแม่ฮ่องสอน ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน

คุณภาพชีวิต	ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง	ผลที่จะได้รับ
		3) ให้ความรู้ด้านการบริหารจัดการการเงินส่วนบุคคลและการออม 4) ส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสมตามหลักพอประมาณ 5) ปรับปรุงความปลอดภัยในที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะห้องน้ำและทางเดิน	3) มีการบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ 4) มีความปลอดภัยในการใช้ชีวิตประจำวันภายในที่อยู่อาศัย
2.ด้านสภาพร่างกายที่ดี	1) การใส่ใจเรื่องสุขภาพกาย 2) การบริโภคที่ดี 3) การมีกิจกรรมทางกาย	1) ส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี 2) จัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 3) รณรงค์การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ 4) ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ 5) เพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐ	1) ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ลดการเจ็บป่วย 2) มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักความพอประมาณ 3) มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอ 4) ได้รับข้อมูลสุขภาพที่เป็นประโยชน์อย่างทั่วถึง
3.ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	1) ความเป็นอิสระทางความคิด 2) การเลือกทำในสิ่งที่ต้องการ	1) จัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็น 2) สร้างพื้นที่ปลอดภัยในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น 3) เสริมสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจของผู้สูงอายุ 4) ให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการเคารพการตัดสินใจของผู้สูงอายุ	1) ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการแสดงความคิดเห็นและการตัดสินใจ 2) สามารถเลือกทำในสิ่งที่ต้องการตามหลักมีเหตุมีผล 3) มีอิสระในการทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการ 4) ได้รับการเคารพในการตัดสินใจจากคนรอบข้าง
4.ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	1) การอุทิศตน 2) การได้รับการยอมรับจากชุมชน	1) สนับสนุนการจัดตั้งและดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน3) ยกย่องและให้บทบาทผู้สูงอายุเป็นปราชญ์ชาวบ้านหรือที่ปรึกษาของชุมชน 4) สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุกับคนวัยอื่นในชุมชน	1) ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนอย่างมีคุณค่า 2) ได้รับการยอมรับและเคารพนับถือจากชุมชน 3) มีความผูกพันกับชุมชนมากขึ้น 4) เกิดเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งตามหลักการมีภูมิคุ้มกัน
5.ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	1) ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว 2) มิตรสหายและเพื่อนบ้าน	1) จัดกิจกรรมสานสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว	1) ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว

ตารางที่ 1 แนวทางการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลปางหมู อำเภอเมืองจังหวัดแม่ฮ่องสอน ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน

คุณภาพชีวิต	ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง	ผลที่จะได้รับ
		2) สร้างพื้นที่และโอกาสสำหรับการพบปะสังสรรค์ระหว่างผู้สูงอายุ 3) ส่งเสริมการเยี่ยมเยียนระหว่างญาติมิตร 4) จัดกิจกรรมกลุ่มที่ส่งเสริมการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	2) มีเพื่อนและเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง 3) ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนรอบข้าง 4) มีกิจกรรมร่วมกับเพื่อนอย่างสม่ำเสมอ
6.ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	1) ความว้าเหว่ อ้างว้าง 2) ความสุขกาย สบายใจ 3) การควบคุมอารมณ์และการปรับตัว	1) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและการเสริมสร้างอารมณ์เชิงบวก 2) มีระบบให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาทางอารมณ์หรือความเครียด 3) จัดการฝึกอบรมการจัดการความเครียดและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง 4) ส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างความสุขและความภาคภูมิใจแก่ผู้สูงอายุ	1) ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว 2) มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง 3) มีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น 4) มีอารมณ์เชิงบวกต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมตามหลักการดำเนินชีวิตแบบพอเพียง

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สจี กุลธวัชวงศ์และคณะ[8] ที่พบว่าการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุตามแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในจังหวัดเลยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านการรวมกลุ่มทางสังคมมีระดับคุณภาพชีวิตสูงที่สุด สะท้อนให้เห็นถึงทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่เข้มแข็งของชุมชนในตำบลปางหมู ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พีรพงศ์ ทิพนาคและคณะ[9] ที่พบว่าเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งเป็นหนึ่งในปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบชุมชนต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง

ด้านที่มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดคือด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังขาดอิสระในการตัดสินใจและการแสดงความคิดเห็น สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรรณวิสา แย้มเกตุ[10] ที่พบว่าการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี และได้รับการยอมรับจากสังคม ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ค้นพบในงานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ที่พบว่าความเพียงพอของรายได้ (ความพอประมาณ) การบริหารจัดการการเงินที่เหมาะสม (ความมีเหตุผล) และการมีเงินออม (การมีภูมิคุ้มกัน) เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นวรัตน์ ปัญจธนทรัพย์[11] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาตนเองมีความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านรายได้มากที่สุด

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนและการได้รับการยอมรับจากชุมชนมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกษร สำเภาทองและคณะ[12] ที่พบว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงและการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยสร้างเครือข่ายครอบครัวที่มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น การเพาะปลูกพืชผักสวนครัวแบบปลอดสารเคมี ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เสนอในงานวิจัยนี้

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงในงานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงทั้ง 3 ห่วง (พอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกัน) และ 2 เงื่อนไข (ความรู้ คุณธรรม) สอดคล้องกับงานวิจัยของ อานนตรี ประสมสุข[13] ที่พบว่าการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของปราชญ์ชาวบ้านมีวิถีชีวิตที่ยึดหลัก "พออยู่ พอกิน พอเพียง พอดี" และนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน พอมีพอกิน พออยู่ พอใช้ พออกพอใจ พอแบ่งไว้ใช้จ่ายและประหยัด และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรรณา กุมารจันทร์และคณะ[14] ที่พบว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ การพัฒนาด้านสุขภาพแบบองค์รวม การสร้างเครือข่ายทางสังคม การอนุรักษ์และถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น และการเสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ รวมถึงสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนัญชิดา สุวรรณเลิศและคณะ[15] ที่เสนอรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงในเขตภาคเหนือตอนบน ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย มิติด้านจิตใจ มิติด้านสังคม และมิติด้านเศรษฐกิจ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน 6 ด้านที่เสนอในงานวิจัยนี้

ข้อเสนอแนะ

1.ควรศึกษาวิจัยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิต โดดเดี่ยว หรือมีความรู้สึกไม่มีคุณค่า เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมของชุมชน

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชนตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง

3. ควรศึกษาวิจัยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ในพื้นที่ตำบลปางหมู เพื่อพัฒนาแนวทางการยกระดับคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสามพ.ศ. 2566- 2570. [อินเตอร์เนต].2566 [สืบค้นเมื่อ25 ธ.ค. 66]. https://www.nesdc.go.th/ewt_news.php?nid=13651
2. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580). [อินเตอร์เนต].2566 [สืบค้นเมื่อ25 ธ.ค. 66]. https://www.dop. go.th/th/laws/1/28/ 843
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน (2566). [อินเตอร์เนต].2566 [สืบค้นเมื่อ25 ธ.ค. 66]. https:// www.msn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
4. ศรีวรรณ ทาวงศ์มา และสิริภา ภาคนะภา (2563). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนตามแนวทางพระราชทานพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลราชชนนี อุตรดิตถ์ ปีที่ 12 ฉบับที่ 2กรกฎาคม - ธันวาคม 2563.
5. วโรทัย โกศลพิศิษฐ์กุล.(2550).คุณภาพชีวิต.กรุงเทพฯ: ศิริราช.
6. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), 607-610.

7. Schalock, L. R. 2004. The concept of quality of life: what we know and do not know Journal of Intellectual Disability Research. 48(3): 203-216
8. สจี กุลธวัชวงศ์, ปริญ รสจันทร์, และดิฐภัทร บวรชัย. (2565). แนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้หลักการพึ่งตนเองตามแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง: กรณีศึกษาจังหวัดเลย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย, 17(2), 45-58.
9. พีรพงศ์ ทิพนาค, วิภาวี กฤษณะภูติ, และสุรพงษ์ ชูเดช. (2563). การพัฒนารูปแบบชุมชนต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุตามแนวเศรษฐกิจพอเพียงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 18(2), 112-128.
10. วรรณวิสา แย้มเกตุ, (2560). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา, 5(2), 27-36.
11. นวรัตน์ ปัญจธนทรัพย์. (2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาตนเอง ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 28(3), 214-235.
12. เกษร สำเภาทอง, ธนัช กนกเทศ, ปิยะพร ตันณีกุล, และวราภรณ์ ผ่องสุวรรณ. (2559). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงและการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 6(3), 121-133.
13. อานนตรี ประสมสุข. (2561). การประยุกต์ใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามหลักพระพุทธศาสนาของปราชญ์ชาวบ้านตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 5(2), 97-114.
14. วรรณา กุมารจันทร์, สมพร รุ่งเรืองกลจิตต์, และกาญจนา ตั้งชลทิพย์. (2564). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ, 24(1), 85-98.
15. ชนัญชิดา สุวรรณเลิศ, ธานี แก้วธรรมานุกูล, และสมชาย จาดศรี. (2565). รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงในเขตภาคเหนือตอนบน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 40(2), 156-168.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพัฒนาคุณภาพการประเมินและการจัดการผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) โดยใช้แบบประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEW score) หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

Improving the Quality of Assessment and Management of Cancer Patients with Sepsis Using the National Early Warning Score (NEWS) at the General Ward of Suratthani Cancer Hospital.

(Received: September 19,2025 ; Revised: September 25,2025 ; Accepted: September 27,2025)

จุฑารัตน์ เรืองชุม[1]
Chutarat Ruengchum

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการประเมินและการจัดการผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) โดยการนำระบบ NEWS มาใช้ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี โดยใช้กระบวนการ PDCA (Plan-Do-Check-Action) มี 4 ระยะดังนี้ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาแนวทางการประเมินฯ 3) นำแนวการประเมินฯ สู่การปฏิบัติ 4) ประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพ 12 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง และเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะ Sepsis จำนวน 40 ราย แบ่ง 2 กลุ่ม โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา ดำเนินการเดือนกันยายน 2567 ถึง กรกฎาคม 2568 โดยวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาข้อมูลทั่วไป และสถิติเชิงอนุมาน ด้านความล่าช้าในการตอบสนองต่อผู้ป่วยด้วย Chi-square Test ความรู้และทักษะของพยาบาลใช้ Wilcoxon Signed-Rank test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการใช้แนวทางประเมินฯ การตอบสนองต่อความล่าช้าในผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis อุบัติการณ์ลดลงจากร้อยละ 85.00 ลดลง 10.00 (χ^2 = 22.56) p < .003 ด้านความรู้และทักษะ พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <.002 (t=8.08 และ t=13.67) ด้านการใช้แนวทางการประเมินฯ ของพยาบาลปฏิบัติได้ถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 87.08 ด้านความพึงพอใจของพยาบาลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.58±0.51 ถึง 4.75±0.45 อยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : ความล่าช้าต่อการตอบสนองผู้ป่วย, ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ, สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEW score)

Abstract

This research and development study. Aim to improve the quality of assessment and management of cancer patients with sepsis by implementing the NEWS system in the general ward of Suratthani Cancer Hospital. Utilizing the PDCA (Plan-Do-Check-Action) cycle 4 phases: 1) situation analysis, 2) guideline development, 3) implementation, and 4) outcome evaluation, using the Deming Cycle. The guideline was based on the NEWS system. Purposive sampling included 12 nurses and medical records from 40 cancer patients with sepsis, A Ququasi experimental: pre- and post-implementation groups. Review data were collected from September 2024 to January 2025, and post-implementation data from February to July 2025. Data were analysed using descriptive statistics, Chi-square, and the Wilcoxon Signed-Rank test.

The results implementation of the guideline significantly reduced delayed responses from 85.00% to 10.00% (χ^2= 22.57), a significant difference (p < .003). This was due to improved vital sign monitoring and proper patient repositioning. Nurses' knowledge and skills also increased significantly (p<.002) (t=8.08, t=13.67). The nursing team correctly applied the guideline 87.08% rate, and overall nurse satisfaction was very high (mean = 4.67)

Keywords: Delayed Nursing Response, Sepsis, National Early Warning Score (NEWS)

[1] หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

บทนำ

ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) เป็นสาเหตุหลักของภาวะวิกฤต โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีบำบัด ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยอ่อนแอและติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดได้ง่าย ก่อให้เกิดการทำลายระบบต่างๆ ในร่างกาย และอาจเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาที่ทันเวลาและเหมาะสม จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้ป่วย Sepsis ทั่วโลก 48.9 ล้านราย และเสียชีวิตเกือบร้อยละ 20 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด [1]

National Early Warning Score (NEWS) เป็นเครื่องมือที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะSepsis ได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว [2] ได้รับการยอมรับในหลายประเทศและเริ่มนำมาใช้ในประเทศไทย โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ขาดระบบการประเมินที่มีประสิทธิภาพและทันต่อสถานการณ์ [3] ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้มีการพัฒนาแนวทางเกี่ยวกับการจัดการทางคลินิกของภาวะ Sepsis และการป้องกันการภาวะ Sepsis ดำเนินการตามมาตรฐานโครงสร้างพื้นฐาน กลยุทธ์ และเครื่องมือเพื่อลดอุบัติการณ์ การเจ็บป่วย และการเสียชีวิตเนื่องจากภาวะ Sepsis [4]

โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2565–2567 รวม 7,241 ราย (2,274 ราย 2,512 ราย และ 2,455 ราย ตามลำดับ) เฉลี่ยผู้ป่วย 201 รายต่อเดือน สถิติอุบัติการณ์ความเสี่ยงประเภท Delay Emergency Response ในผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis รวม 31 ครั้ง (ปี 2565–2567 จำนวน 9, 14 และ 8 ครั้ง ตามลำดับ)[5] จากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ Sepsis 538 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.76 ถึงแม้ว่าเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ 0 ครั้งต่อเดือน แต่ถือเป็นผลกระทบรุนแรง (High Impact) การทบทวนเหตุการณ์ (Root Cause Analysis) พบว่า ความล่าช้าในการรายงานเกิดจากการเฝ้าระวังไม่เพียงพอ ได้แก่ การประเมินล่าช้าและขาดความต่อเนื่อง นำไปสู่การใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยมีไข้ขณะให้ยาเคมีบำบัด และมีภาวะปอดอักเสบ พยาบาลผู้ดูแลขาดการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากพยาบาลมุ่งเน้นภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดมากกว่าติดตามอาการเปลี่ยนแปลง มีการให้ Antibiotic ล่าช้าเกิน 60 นาที และขาดความรู้ด้านการบริหารยาสำคัญ พยาบาลใหม่ยังขาดประสบการณ์ ส่งผลให้การตอบสนองต่อผู้ป่วย Sepsis ล่าช้า โดยบุคลากร 16 ราย มีอายุงานเฉลี่ยน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 25) ซึ่งขาดประสบการณ์ในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมถึงขาดความสามารถในการตัดสินใจในการวางแผนดูแลการจัดการเมื่อเกิดภาวะดังกล่าว เป็นผลให้เกิดความล่าช้าในการตอบสนองผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการประเมินและการจัดการผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) โดยใช้แบบประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาคุณภาพการใช้แนวทางการประเมินและการจัดการผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) โดยใช้ (NEWS) ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้แนวคิด วงจรพัฒนาคุณภาพ (PDCA) Deming Cycle ร่วมกับการใช้ NEWS

กลุ่มตัวอย่าง

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี จำนวน 12 ราย การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย
2. ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะ Sepsis รับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ Test of

difference in 2 independent proportion[6] กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 95% อำนาจในการทดสอบที่ 80% ได้จำนวนตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะ Sepsis กลุ่มละ 20 คน ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเดือนกันยายน 2567 ถึง กรกฎาคม 2568 หลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อตามแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021 ที่ได้ประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทหน่วยงาน (Nurses' Role in Management of Sepsis Following Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021 [7,8,9,10] ที่ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้และพัฒนาขึ้น

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะ Sepsis

1.2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

2. แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการประเมินฯ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือปฏิบัติครบถ้วน ถูกต้อง แต่ละข้อให้ 1 คะแนน ปฏิบัติถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ให้ 0 คะแนน ไม่มีการปฏิบัติในแต่ละข้อให้ 0 คะแนน

3. แบบทดสอบความรู้และทักษะการใช้ NEWS : โดยแบบทดสอบลักษณะปรนัยด้านสอบถามความรู้และทักษะ จำนวน 15 ข้อ เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และทักษะก่อน – หลังให้ความรู้และการใช้แบบประเมินฯ ตามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

4. แบบบันทึกความล่าช้าในการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะ Sepsis เกณฑ์เป้าหมายของตัวชี้วัดกำหนดไว้เท่ากับ 0 ครั้งต่อเดือน ติดตามการเกิดอุบัติการณ์ ก่อน – หลังการการใช้แนวทางการประเมินฯ ตามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

5. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล: ความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางการประเมินฯ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นระดับความพึงพอใจแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ

6. แนวคำถามปัญหาสาเหตุ อุปสรรค และข้อเสนอแนะแก้ไขปัญหา: สนทนากลุ่มสอบถามปัญหาสาเหตุ อุปสรรค และข้อเสนอแนะแก้ไขปัญหา จำนวนคำถาม 3 ข้อหลัก ในการประเมินผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะ Sepsis หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ตามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

การตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสม และความเหมาะสมในการจัดลำดับคำถาม หลังจากนั้นนำขอเสนอแนะและความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

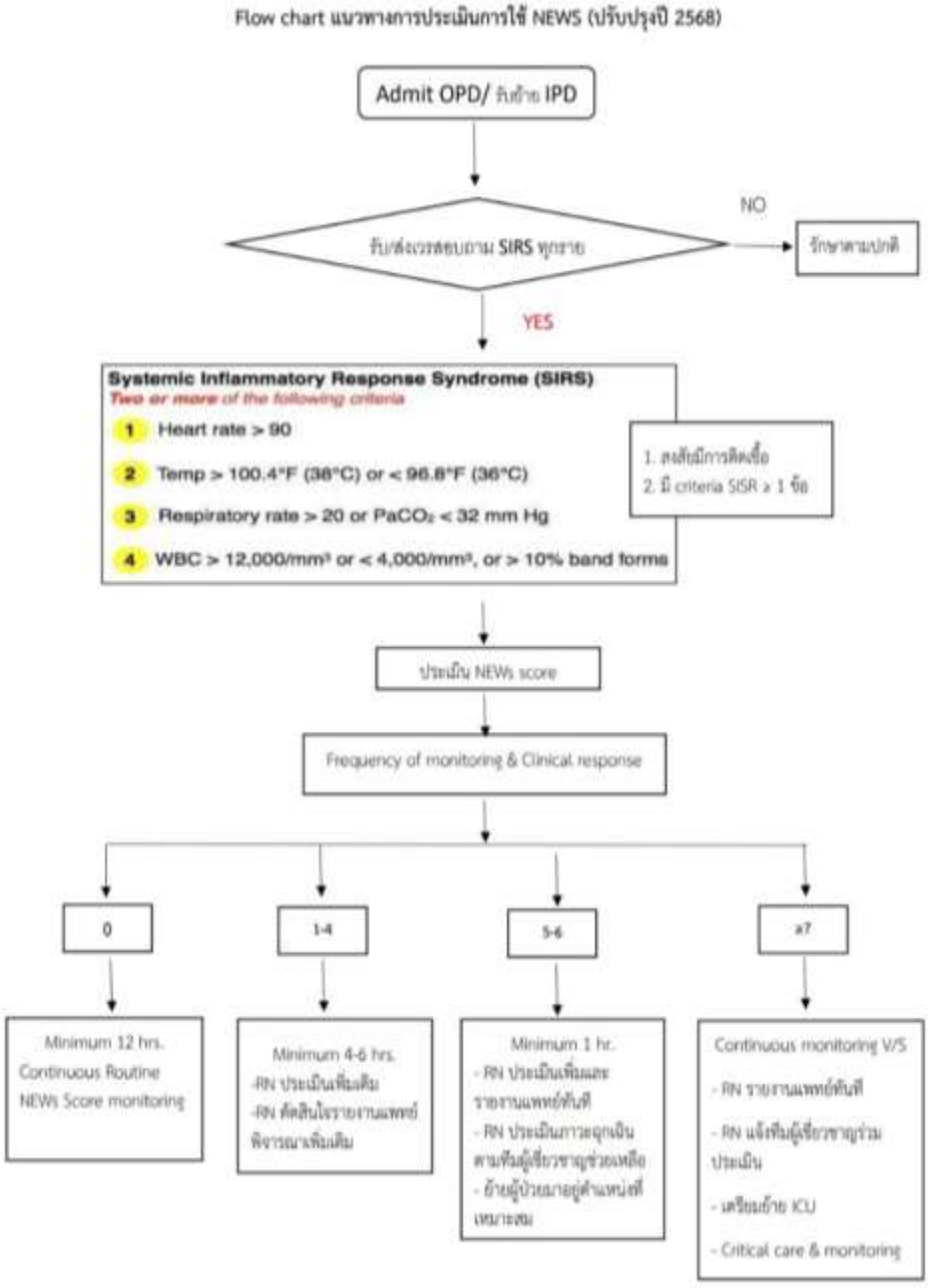
ตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) ตรวจสอบแบบสังเกตการประเมินตามแนวทางการประเมินฯ ที่ได้ประยุกต์ใช้กับหอผู้ป่วยสามัญ ค่าความสอดคล้องที่ได้เท่ากับ 0.93 แบบวัดระดับความรู้และทักษะการใช้ NEWS ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวทางฯ ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 1.00

ความเที่ยง (Reliability) แบบวัดระดับความรู้และทักษะการใช้ NEWS ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.75 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวทางการประเมินฯ ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.74 การทดสอบนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ หอพิเศษศัลยกรรมที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ท่าน

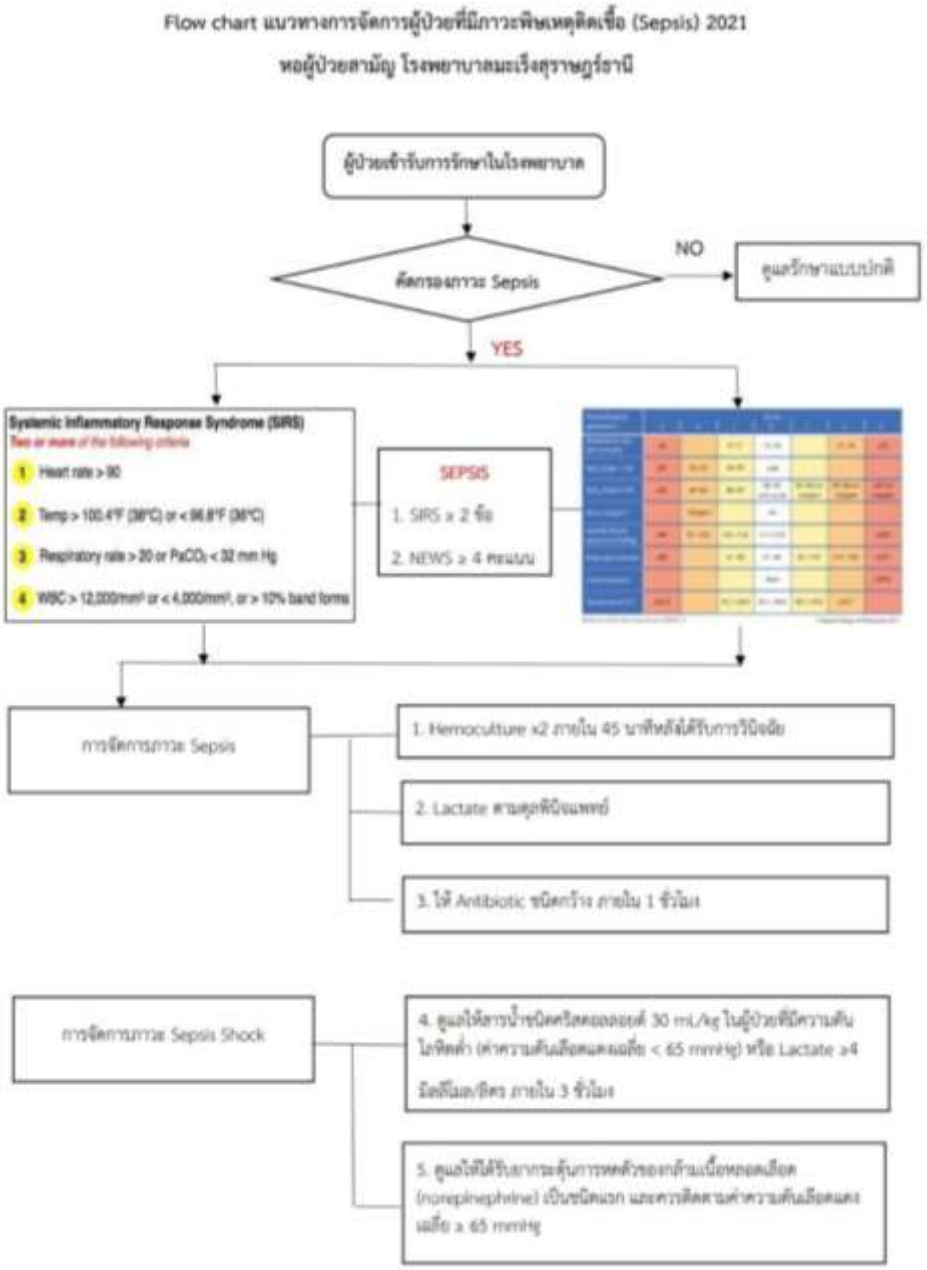
วิธีดำเนินการวิจัย

1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อหาปัญหาสาเหตุ อุปสรรค

2) พัฒนาแนวทางการประเมินฯ จากการศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวคิด แนวทางการประเมินและการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis และการทบทวนวรรณกรรม



ภาพที่1. แนวทางการประเมินและการจัดการผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis)



ภาพที่ 2. ประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis)



ภาพที่ 3. ธงสี สื่อสารระหว่างทีมการติดตามสัญญาณชีพและประเมิน NEWS

3) นำแนวทางการประเมินฯ สู่การปฏิบัติ

4) ประเมินผลลัพธ์ ด้านความล่าช้าในการตอบสนองต่อผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะ sepsis ความรู้ทักษะการใช้ NEWS ของพยาบาล และความพึงพอใจจากการใช้แนวทางการประเมินฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางฯของพยาบาล และความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. แบบบันทึกความล่าช้าในการตอบสนองต่อผู้ป่วยทดสอบใช้สถิติเชิงอนุมานได้แก่ Chi-square Test แบบทดสอบความรู้และทักษะของพยาบาลโดย Wilcoxon Signed-Rank test

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี เอกสารรับรองวิจัยเลขที่ SCH_EC_002/2568

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ร้อยละ 100 การดูแลขึ้นกับการตัดสินใจและประสบการณ์ส่วนบุคคลของพยาบาลร้อยละ 100 ขาดการถ่ายทอดแนวทางการประเมินฯ สู่ผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 98

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการประเมินฯ โดยเพิ่มการจัดการภาวะช็อค การติดตามสัญญาณชีพ โดยใช้ธงสีสื่อสารในทีม และการบันทึกในระบบ Soft con

ระยะที่ 3 นำแนวการประเมินฯ สู่การปฏิบัติ โดยให้ความรู้การใช้ NEWS ร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนแก่พยาบาล สาธิตการใช้แนวทางการประเมินฯ ในช่วงเดือนมกราคม 2568

ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้แนวทางการประเมินฯ (ก.พ.-ก.ค. 2568) พบว่าการใช้แนวทางการประเมินฯ ช่วยลดความล่าช้าในการตอบสนองต่อผู้ป่วย และเพิ่มความรู้ทักษะของพยาบาล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะ Sepsis ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 52.50 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเข้าพักรักษาหอผู้ป่วยสามัญ 1-2 วัน ร้อยละ 40.00 การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็น CA small Bowel with Liver with lung metastasis ร้อยละ 25.00 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 40.00 การรักษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ เคมีบำบัดร้อยละ 35.00

2. พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-3 ปี ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมการใช้ NEWS ภายในระยะเวลา 2 ปี ร้อยละ 91.67 พบว่า ก่อนการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ครบถ้วนตามแนวทางการประเมินฯ ร้อยละ 46.20 หลังการพัฒนาคุณภาพฯ ปฏิบัติได้ถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 87.08 ซึ่งผ่านเกณฑ์กำหนดการปฏิบัติตามแนวทางฯ ด้านที่ต้องติดตามและยังไม่ผ่านเกณฑ์กำหนดการปฏิบัติตามแนวทางคือ สื่อสารโดยใช้ ธง สี เป็นสัญลักษณ์ในการติดตามสัญญาณชีพ ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 75.00

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้และทักษะการใช้ NEWS ของพยาบาลวิชาชีพ

ความรู้และทักษะการใช้ NEWS	n	Mean (S.D.)	p-value
ก่อนใช้แนวทางการประเมินฯ	12	8.08 (.90)	.002*
หลังใช้แนวทางการประเมินฯ	12	13.66 (1.07)	

Wilcoxon Signed-Rank test

พบว่า คะแนนความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการพัฒนาเฉลี่ย 8.08 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 13.66 คะแนนหลังได้รับการให้ความรู้ โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการใช้ NEWS ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ความล่าช้าต่อการตอบสนองในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะ Sepsis (n=40)

อุบัติการณ์ความล่าช้าต่อการตอบสนองในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะ Sepsis	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		χ^2	p-*value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่มีอุบัติการณ์	3.00	15.00	18.00	90.00	**22.56**	**<.003***
มีอุบัติการณ์	17.00	85.00	2.00	10.00		

Chi-square Test

พบว่า ความล่าช้าต่อการตอบสนองในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะ Sepsis ก่อนการใช้แนวทางประเมินฯ มีอุบัติการณ์ ร้อยละ 85.00 หลังใช้แนวทางการประเมินฯ อุบัติการณ์ลดลงเหลือร้อยละ 10.00 ค่า χ^2 = 22.56, p <.003 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าแนวทางการประเมินฯ สามารถลดอุบัติการณ์ความล่าช้าในการตอบสนองต่อผู้ป่วยมะเร็งที่มี Sepsis ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการประเมินฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 ข้อคำถามแนวทางประเมินฯ ช่วยให้มีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น มีระดับค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.75 รองลงมาแนวทางประเมินฯ นี้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานท่าน แนวทางประเมินฯ นี้มีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยทุกรายที่มีภาวะ Sepsis ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เท่ากับ 4.67 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยและพัฒนาเพื่อปรับปรุงคุณภาพการประเมินและจัดการผู้ป่วยมะเร็งที่มี Sepsis พบว่าขาดการถ่ายทอดแนวทางฯสู่ผู้ปฏิบัติร้อยละ 100 การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ขึ้นกับการตัดสินใจและประสบการณ์ส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 100 และไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ร้อยละ 98 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพรรณี ชูศรี และคณะ[11] พบปัญหาการขาดการนิเทศ ทักษะการปฏิบัติ และกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และสอดคล้องกับผลการศึกษา ของBeck E [12] ที่ระบุสาเหตุจากบุคลากรขาดการอบรมร้อยละ 33.8 ขาดประสบการณ์คัดกรองร้อยละ 8.5 และมีความหลากหลายของแนวทางร้อยละ 7.5

ก่อนการพัฒนาการปฏิบัติตามแนวทางการประเมินฯ โดยภาพรวมการปฏิบัติได้ถูกต้อง ครบถ้วนต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 46.20 แต่หลังการพัฒนาพบว่าพยาบาลปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 87.08 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ สอดคล้องกับการศึกษาของที่ผ่านมา[13] ที่นำ PDCA cycle มาประยุกต์ใช้กับ Sepsis Bundles ช่วยให้การรักษาสอดคล้องกับมาตรฐานและยกระดับคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านความรู้และทักษะ พบว่า หลังการให้ความรู้คะแนนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของพรรณี ชูศรี[11] ที่พบว่าคะแนนความรู้การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังการพัฒนาแนวทางสูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลหลังการพัฒนาแนวทางสูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ ศุภตระกูล [14] ที่พบว่าหลังการอบรมพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ NEW score ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าอบรม p <.05 (t = -3.76 และ
t = -3.44)

ด้านความล่าช้าในการตอบสนองต่อผู้ป่วย พบว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนใช้แนวทางประเมินฯ มีอุบัติการณ์ความล่าช้าต่อการตอบสนองในผู้ป่วยมะเร็งที่มี Sepsis ร้อยละ 85.00 หลังใช้แนวทางประเมินฯ อุบัติการณ์ลดลงเหลือร้อยละ

10.00 (χ^2 = 22.56, p <.003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ใช้ NEWS ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง และสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ช่วยลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 1.92 อัตราการช่วยฟื้นคืนชีพร้อยละ 0.47 และอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงร้อยละ 1.92[15] การใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถคัดกรองประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เร็วขึ้น และงานวิจัยของ Chunxia Liu et al.[13] ยังระบุว่าการใช้ Sepsis Bundle ช่วยลดระยะเวลาการเข้าพักรักษาใน ICU อัตราการเสียชีวิตภายใน 28 วัน ภายใน 1 ชั่วโมง จาก 66.4% เป็น 81.4%, ภายใน 3 ชั่วโมงจาก 77.0% เป็น 89.4%, และภายใน 6 ชั่วโมงจาก 82.3% เป็น 95.6% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) การศึกษาของภัทรศร นพฤทธิ์ และคณะ[16] พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติ ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงและเสียชีวิต โดยใช้การประเมินอาการตามประเภทความรุนแรง (สีเขียว เหลือง และสีแดง) อย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการใช้ธงสีสื่อสารในการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และการศึกษาของอรภัทร วิริยอุดมศิริ[17] ได้ระบุแนวทางปฏิบัติฯ ช่วยลดอัตราการวินิจฉัยล่าช้าจาก ร้อยละ 63.63 ปี 2564 ลดลงเหลือร้อยละ 27.27 (ปี 2565) อีกทั้งการรักษาเหมาะสม ทันเวลา การเจาะ H/C ก่อนได้ ATB อัตราการให้ ATB ภายใน 1 ชั่วโมง อัตราการได้รับ IVF 30 ml/kg ภายใน 1 ชม แรก อัตราผู้ป่วยที่ MAP>65 ภายใน 6 hr. อัตราผู้ป่วยที่ urine >0.5 ml/kg/hr.ภายใน 6 hr. การส่งต่อเหมาะสม ปลอดภัย และอัตราเสียชีวิตภายใน 24 ชม ผู้ป่วย sepsis ที่ Refer <10% ล้วนผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

ด้านความพึงพอใจต่อแนวทางการประเมินฯ พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมของพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 ($\bar{x}$ = 4.58, S.D.= 0.51 และ $\bar{x}$ =4.75 S.D.= 0.45) การศึกษาของแสงโสม ช่วยช่วง[18] พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้แบบประเมินระดับเห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 92 และการศึกษาของ นิรันดร เทียนรังสี[15] ที่พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย septic shock โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$= 4.47, S.D.= 0.62)

สรุป

การนำระบบ NEWS มาพัฒนาเป็นแนวทางการประเมินและจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) สามารถลดอุบัติการณ์ตัวชี้วัด Delay Emergency Response ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

ด้านการบริการพยาบาล ควรส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้และทักษะการใช้ NEWS อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis เพื่อวางแผนการดูแลและช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

ด้านการบริหารการพยาบาล ควรนำผลการวิจัยเป็นแนวทางพัฒนานโยบายการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะ Sepsis เพื่อให้เกิดการวางระบบการคัดกรองและการตอบสนองอย่างรวดเร็ว รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระบบบันทึกโดยใช้ NEWS และขยายแนวทางไปยังหน่วยงานอื่น รวมถึงเพิ่มการนิเทศบุคลากรใหม่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษากลุ่มตัวอย่างในทีมที่ร่วมดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม เช่น ผู้ช่วยเหลือคนไข้

2. ติดตามความยั่งยืนในการใช้แนวทางการประเมินฯ ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์หญิงนิธิมา ศรีเกตุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี คุณอุไรวรรณ ศุภศิลป์ รองผู้อำนวยการด้านภารกิจการพยาบาล ที่ให้การสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนา

ศักยภาพในการทำงานวิจัย และคณะกรรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานีทุกท่าน อีกทั้งผู้ทรงคุณวุฒิการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยที่ให้ข้อเสนอแนะ ส่งผลให้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2020). Global report on the epidemiology and burden of sepsis: Current evidence, identifying gaps and future directions. 2020.
2. Smith GB, Prytherch DR, Meredith P, Schmidt PE, Featherstone PI.(2013). The ability of the National Early Warning Score (NEW SCORE) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. Resuscitation. 2013;84(4):465-70.
3. Quinten VM, van Meurs M, Wolffensperger AE, ter Maaten JC, Ligtenberg JJM.(2018). Sepsis patients in the emergency department. European Journal of Emergency Medicine. 2018;25(6):448-54.
4. World Health Organization.(2024). Sepsis. 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis.
5. หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี.(2565). บันทึกตัวชี้วัดหอผู้ป่วยสามัญ. 2565.
6. นิตยา ภูริพันธุ, อำนาจ กาศสกุล, ณัฐวรรณ พละวุฑิโฒทัย.(2563). ผลลัพธ์ของการพัฒนาการใช้ Sepsis Protocol Checklist โรงพยาบาลเลิดสิน. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563;36(1):12-21.
7. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Angus DC.(2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). Journal of the American Medical Association. 2016;315(8):801.
8. Levy MM, Evans LE, Rhodes A.(2018). The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. Critical Care Medicine. 2018;46(6):997-1000.
9. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, Levy M.(2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Critical Care Medicine. 2021;49(11):e1063-e1143.
10. ปรเมษฐ์ อินทร์สุข, เชษฐาฤทธิ์ บริบูรณ์.(2022). บทบาทของพยาบาลในการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อตามแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021 พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. Nursing Journal CMU. 2022;49(2):376-89.
11. พรรณี ชูศรี, อิสราภรณ์ ปัญญา, ปิยะเนตร ปานเกิด.(2565). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข. 2565;1(2):12-27.
12. Beck E.(2023). Optimizing sepsis management through enhanced protocol compliance in the emergency department [Internet]. San Francisco: University of San Francisco; 2023 [cited 2025 Sep 14]. p. 1-38.
13. Liu C, Liu Y, Tian Y, Zhang K, Hao G, Shen L, Du Q.(2022). Application of the PDCA cycle for standardized nursing management in sepsis bundles. BMC Anesthesiology. 2022;22(39). Available from: https://bmcanesthesiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12871-022-01570-3M.
14. วันเพ็ญ ศุภตระกูล, กรรณิการ์ ดอนลาว, ปานฤทัย มหาวรรณ์.(2563). ผลของการใช้ NEW score เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 2563;11(1):45–59.
15. นิรันดร เทียนรังสี.(2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock แผนกงานหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(2):105-14.
16. ภัทรศร นพฤทธิ์, แสงไทย ไตรวงค์, จรินทร โคตรพรม.(2562). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(1):221–30.
17. อรนัท วิริยอุดมศิริ.(2566). รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสมาคมเวชสารสนเทศไทย. 2566;2(2):75-81.

18. แสงโสม ช่วยช่วง.(2561). ผลของการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยในห้องตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลตรัง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2561;29(1):72-83.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ

Factors Affecting Self-efficacy of type 2 Diabetes Patients at Artsamat Subdistrict Health Promotion Hospital.

(Received: September 19,2025 ; Revised: September 26,2025 ; Accepted: September 27,2025)

อติพร ทองหล่อ[1] เอื้อจิต สุขพูล[2] ธิสาชล ธันยาวราธร[2] อรอุมา แก้วเกิด[1]
Atiporn Tonglor[1] Aurjit Sookpool[2] Thisachon Thanyawarathorn[2] Onuma Kaewkerd[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ วิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (a descriptive cross-sectional analytic study) มีวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลได้น้อยกว่า 126 mg% ที่มารับการตรวจรักษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ จังหวัดนครพนมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในปี 2568 จำนวน 130 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 26 สิงหาคม 2568 -15 กันยายน 2568 โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Multiple regression

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายด้านการบริโภคอาหาร และการจัดการด้ามอารมณ์ ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value < 0.05) ส่วนภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักร่างกาย ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า ลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)
คำสำคัญ: สมรรถนะแห่งตน ,ผู้ป่วยเบาหวาน,ปัจจัย

Abstracts

This survey research was cross-sectional study aimed at identifying factors influencing self-efficacy among patients with type 2 diabetes at Aatsamart Subdistrict Health Promoting Hospital.The sample consisted of 130 patients diagnosed with type 2 diabetes who were unable to control their blood sugar levels (fasting blood sugar ≥126 mg%) and who sought treatment at Aatsamart Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Phanom Province, in 2025. Data collection took place from August 26 to September 15, 2025, using measurements including: personal information, diabetes knowledge, diabetes-related health behaviors, social support, and self-efficacy. Data were analyzed using percentage, standard deviation, and multiple regression analysis.

The results showed that the experimental group had significantly improved health behaviors in terms of exercise, dietary practices, and emotional management compared to before the intervention (p-value < 0.05). Health outcomes, including body weight, body mass index (BMI), and blood sugar levels, were significantly reduced after the intervention (p-value < 0.05).
Keywords: self-efficacy, diabetes patient, factors

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) หรือโรค NCDs เป็นกลุ่มโรคที่ทำให้เกิดการ สูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญที่สุดของประชากรไทย อุบัติการณ์การเกิดโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้น[1] ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2559 แสดงให้เห็นว่าประชากรโลกที่เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีมากถึง 15 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 71 ของการ

[1] ปรด.
[2] พย.ม.

เสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา มีประชากรป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 โรค ซึ่งอยู่ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการตายของประชากรไทย โดยในปี พ.ศ. 2561 ประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากถึง 320,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ย 37 คนต่อชั่วโมง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีประชากรไทยป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวถึง 4ล้านคน และ 16 ล้านคน ตามลำดับ เป็นสาเหตุทำให้ เกิดโรคอื่น ๆ ที่รุนแรงตามมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และการสูญเสีย อวัยวะ เช่น แขน ขา ดวงตา เป็นต้น ดังนั้นโรค NCDs จึงเป็นความท้าทายของเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในระบบสุขภาพ ปฐมภูมิในการปฏิบัติภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันโรค โดยเฉพาะการคิดค้นมาตรการ สุขภาพ (Health intervention) [2] สาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน เกิดได้หลายปัจจัยที่สำคัญ คือ สาเหตุจากกรรมพันธุ์ และความอ้วน ปัจจัยเสริมที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น ได้แก่ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง การใช้ยาสเตียรอยด์อย่างไม่ถูกวิธี การละเลยต่อภาวการณ์เป็นโรคเบาหวาน ไม่ไปรักษา หรือรักษาไม่ถูกวิธี การดูแลตนเองไม่เหมาะสมด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาการรักษาต่อเนื่องจะส่งผลทำให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต เบาหวานขึ้นตา แผลที่เท้า ต้องใช้เวลารักษาที่ต่อเนื่อง และยาวนาน นับเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลกในปัจจุบัน รวมทั้งประเทศไทย[3] ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากบุคคลจะแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้และความเชื่อที่ได้เรียนรู้ภายใต้ความ แตกต่างทางสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม อีกทั้งมีการวิจัยพบว่า ความแตกต่างทาง วัฒนธรรมมีผลต่อทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับการออกกำลังกายและวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร รวมถึงความเชื่อทางศาสนามีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การใช้ยาและการรักษาสุขภาพของผู้ที่เป็น เบาหวาน[4]

ปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานยังมีความรู้ด้านการดูแลโรคน้อย นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วการทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและทักษะต่าง ๆ ที่สำคัญเพื่อปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องถือเป็นเรื่องสำคัญ มากหากผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมมีความเข้าใจโรคของตนเองและสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น และส่งผลต่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน[5] ปัจจุบันประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับ การวินิจฉัยและดูแลรักษาเพียงร้อยละ 35.6 หรือเพียง 2.6 ล้านคน บรรลุเป้าหมายในการรักษาได้เพียง 0.9 คน ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน คาดการณ์ว่าความชุกของ โรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี 2583 ผู้หญิงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.8 ในขณะที่ ผู้ชายเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 7.8 กลุ่มอายุ60-69 ปีพบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด (ร้อย ละ 15.9 ในผู้ชาย และร้อยละ 21.9 ในผู้หญิง).(สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) สำหรับประเทศ ไทยในปี 2560-2562 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 1,344.95, 1,439.04 และ 1,528.91 ตามลำดับ

สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดนครพนมโดยคณะกรรมการการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ 2563 พบว่า ประชากร 710,510 คน อัตราป่วยต่อแสนประชากรของโรคเบาหวานปี 2560 2561 2562 เป็นดังนี้ 4373.0, 4685.9, 4797.9 เห็นได้ว่าอัตราป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น[6] รวมไปถึงพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ ซึ่งได้ทำการคัดกรองเบาหวานเมื่อ ปี พ.ศ. 2561-2563 จากประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีจำนวน

ถึง 162 คน[7] และคณะวิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ พฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [8,9] และจากการที่ผู้วิจัยทำงานอาจารย์พยาบาล พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาเรื่องการปรับพฤติรรมที่เหมาะสมในการ ควบคุมอาหาร การคุมน้ำหนัก การรับประทานยา และการมาพบแพทย์ตามนัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำ ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ

สมมติฐานในการวิจัย

เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ พฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ วิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) มีวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้น้อยกว่า 126 mg% ที่มารับการตรวจรักษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ จังหวัดนครพนมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในปี 2568 จำนวน 130 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 26 สิงหาคม 2568 -15 กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลได้น้อยกว่า 126 mg% ที่มารับการตรวจรักษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ จังหวัดนครพนมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในปี 2568 จำนวน 162 คน

กลุ่มตัวอย่าง การเก็บกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Stratified Random sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จาก G * power [10] โดยใช้สถิติ multiple regression ค่า effect size จากค่ามาตรฐานกลาง (Golden standard) ได้เท่ากับ 0.15 เนื่องจากยังไม่มีใครทำวิจัยคล้ายคลึงแบบนี้ผู้วิจัยใช้ค่า golden standard ในการคำนวณส่วนค่า Power .90 ระดับความเชื่อมั่น .05 ตัวแปรต้น 5 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 130 คน ตามคุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังภาพที่ 2 การคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion criteria)

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2
2. มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) สูงกว่า 126 mg% ในช่วงเวลา 4 เดือนขึ้นไป
3. มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) สูงกว่า 7 %
4. ไม่เคยเข้าร่วมโครงการในการดูแลตนเองมาก่อน
5. มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารเข้าใจ
6. มีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้

1. เคยเข้าร่วมโครงการในการดูแลตนเองมาก่อน
2. มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (Coronary Heart Disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) โรคจอ

ประสาทตาเสื่อม (Retinopathy) โรคไตวาย (Renal failure)

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยา ชนิดฉีด

5. ผู้ป่วยที่มีภาวะติดบ้านหรือติดเตียง และไม่สามารถมารับบริการได้ด้วยตนเอง

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) มีดังนี้

1. เข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองไม่ครบทุกขั้นตอน

2. ย้ายที่อยู่ใหม่เนื่องจากทำให้ไม่สามารถมารับการรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ

เครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบตรวจสอบ (CHECK LIST) และแบบเขียนตอบคำถาม พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง ค่า DTX น้ำตาลเฉลี่ยสะสม(ถ้ามีข้อมูล) ผู้ดูแลหลัก ภาวะแทรกซ้อน ชนิดการรักษา การเข้าถึงอินเตอร์เนต ความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ เรื่องเบาหวานระยะสงบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อเลือกเป็น ใช่ และ ไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 1.00-4.00 แปลว่าคะแนนความรู้ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 4.01-8.00 แปลว่าคะแนนความรู้ระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 8.01-12.00 แปลว่าคะแนนความรู้ระดับมาก ค่า KR 20 =.70 ค่าIOC อยู่ระหว่าง .5-1.0

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติบ่อย หมายถึง คะแนน 5 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การกระทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอทุกวัน คะแนน 4 คือ การกระทำกิจกรรม 5-6 ครั้งใน 1 สัปดาห์ คะแนน 3 คือ ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง การกระทำกิจกรรม 3-4 ครั้งใน 1 สัปดาห์ คะแนน 2 คือ ปฏิบัติน้อย หมายถึง การกระท้ากิจกรรม 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์ คะแนน 1 คือ ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ได้กระทำกิจกรรมนี้ เลยจำนวน 20 ข้อการแปลผล คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม คะแนน 1.00- 2.33 คะแนนเฉลี่ยน้อย คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม คะแนน 2.34-3.67 คะแนนเฉลี่ยปานกลาง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม คะแนน 3.68- 5.00 คะแนนเฉลี่ยมากค่า ความเชื่อมั่น =.74 ค่าIOC =1.0

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม[11,12] แบ่งออกเป็น 5 จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ 1) การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ 7 = เห็นด้วยอย่างมากสุด 6 = เห็นด้วยมาก 5 = เห็นด้วย 4 = เฉยๆ 3 = ไม่เห็นด้วย 2 = ไม่เห็นด้วยอย่างมาก 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างมากสุดแปลความหมายระดับการสนับสนุนทางสังคม มีดังนี้ 1.00-3.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย3.01-5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง 5.01-7.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับมาก ความเชื่อมั่น =.80 ค่าIOC =1.0

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมซึ่งเกี่ยวข้องกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง (SELF-EFFICACY THEORY) ของแบนดูรา[13] การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวาน (SELF-EFFICACY) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (SOCIAL COGNITIVE LEARNING) ของแบนดูรา[14]ประยุกต์ จาก[15] ซึ่งประกอบด้วย ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น การได้รับคำแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด และสภาวะทางสรีระและอารมณ์ ขอให้ท่านโปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อและใส่เครื่องหมาย (√) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็น

ของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้ 3 หมายถึง เห็นด้วยมาก 2 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อย จำนวน 23 ข้อ แปลผลดังนี้1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย 2.34 – 3.66 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากความเชื่อมั่น =.70 ค่าIOC =1.0

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ ผู้นำชุมชนในพื้นที่วิจัย

2) ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างที่สนใจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล เพื่อใช้ในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

3) กลุ่มตัวอย่างรายใดที่ให้ความยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ในการทำกิจกรรมอาศัยพยาบาลผู้ร่วมวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลประจำพื้นที่วิจัย

4) หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จทั้งก่อนและหลังโปรแกรมผู้วิจัย จะเก็บข้อมูลการวิจัยทุกครั้งในสถานที่เป็นความลับ เข้าถึงข้อมูลได้เฉพาะนักวิจัย เมื่อข้อมูลครบจะทำการวิเคราะห์ข้อมูล หลังทำการตีพิมพ์งานวิจัย 1 ปี จะทำลายข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยจัดทำหนังสือเสนอขออนุมัติการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม โดยได้รับการรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการวิจัย HE16668 วันที่ 25 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 63.80 รองลงมาคือเพศชาย จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และไม่ระบุเพศ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.20 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีสัดส่วนมากกว่าเพศชายอย่างชัดเจน สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว จำนวน 84 คน (ร้อยละ 64.60) รองลงมาคือหม้าย 20 คน (ร้อยละ 15.40) โสด 16 คน (ร้อยละ 12.30) และมีการหย่า 7 คน (ร้อยละ 5.40) ขณะที่กลุ่มที่แยกกันอยู่มี 2 คน (ร้อยละ 1.50) และไม่ระบุ 1 คน (ร้อยละ 0.80) ศาสนา ส่วนใหญ่เป็นศาสนาพุทธ จำนวน 101 คน (ร้อยละ 77.70) รองลงมาคือศาสนาคริสต์ 20 คน (ร้อยละ 15.40) อิสลาม 2 คน (ร้อยละ 1.50) และศาสนาอื่น ๆ 2 คน (ร้อยละ 1.50) ในขณะที่มีผู้ไม่ระบุศาสนา 5 คน (ร้อยละ 3.80) ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 64 คน (ร้อยละ 49.20) และมัธยมศึกษา 61 คน (ร้อยละ 46.90) ส่วนที่เหลือมีการศึกษาระดับปริญญาตรี 2 คน (ร้อยละ 1.50) ปริญญาโท 1 คน (ร้อยละ 0.80) และไม่ได้เรียนหนังสือ 2 คน (ร้อยละ 1.50) อาชีพ อาชีพที่พบมากที่สุดคือค้าขาย จำนวน 45 คน (ร้อยละ 34.60) รองลงมาคือรับจ้าง 34 คน (ร้อยละ 26.20) ธุรกิจส่วนตัว 27 คน (ร้อยละ 20.80) และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานรัฐ 10 คน (ร้อยละ 7.70) นอกจากนี้ยังมีเกษตรกร 6 คน (ร้อยละ 4.60) นิสิตนักศึกษา 1 คน (ร้อยละ 0.80) และอื่น ๆ 4 คน (ร้อยละ 3.10) รายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 54 คน (ร้อยละ 41.50) รองลงมาคือรายได้ระหว่าง 5,001–10,000 บาท จำนวน 40 คน (ร้อยละ 30.80) และรายได้ 10,001–20,000 บาท จำนวน 31 คน (ร้อยละ 23.80) ส่วนที่มีรายได้สูงกว่า 20,000 บาทขึ้นไปมีสัดส่วนน้อยมาก (รวม 4 คน หรือร้อยละ 3.10) การมีประวัติ HIS ส่วนใหญ่ระบุว่ามีประวัติ HIS จำนวน 82 คน

(ร้อยละ 63.10) ขณะที่ไม่มี 46 คน (ร้อยละ 35.40) และไม่ระบุ 2 คน (ร้อยละ 1.50) โรคประจำตัว (PI) มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างระบุว่ามีโรคประจำตัวอื่น ๆ จำนวน 68 คน (ร้อยละ 52.30) และโรคความดันโลหิตสูง 55 คน (ร้อยละ 42.30) มีผู้ไม่ระบุเพียง 7 คน (ร้อยละ 5.40)ประวัติการเป็นมะเร็งในครอบครัว (CA) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคนในครอบครัวที่เป็นมะเร็ง จำนวน 80 คน (ร้อยละ 61.50) รองลงมาคือมีสาเหตุอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 44 คน (ร้อยละ 33.80) และไม่ระบุ 6 คน (ร้อยละ 4.60) การมีภาวะแทรกซ้อน (Compli) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (100%) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ประเภทการรักษา (TYPE) เกือบทั้งหมดใช้การรักษาด้วยการรับประทานยา จำนวน 128 คน (ร้อยละ 98.50) มีเพียง 2 คน (ร้อยละ 1.50) ที่ใช้การรักษาด้วยการฉีดยา. การใช้อินเทอร์เน็ต เครื่องมือหลักที่ใช้ในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตคือโทรศัพท์มือถือ จำนวน 108 คน (ร้อยละ 83.10) และใช้อุปกรณ์อื่น ๆ 22 คน (ร้อยละ 16.90) การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้ด้วยตนเอง จำนวน 75 คน (ร้อยละ 57.70) รองลงมาคือได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น จำนวน 47 คน (ร้อยละ 36.20) และไม่สามารถใช้งานได้เลย 8 คน (ร้อยละ 6.20)จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปสามารถสรุปโดยรวมได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง แต่งงานแล้ว นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพค้าขายหรือรับจ้าง มีรายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน และใช้โทรศัพท์มือถือในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตด้วยตนเอง

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม (สมรรถนะแห่งตน) ของผู้ป่วยเบาหวาน (n=130)

ตัวแปร	r	p
เพศ	.155	.078
อายุ	-.243**	.005
ระดับการศึกษา	.051	.567
ความรู้	-.116	.189
พฤติกรรม	.547**	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.262**	.003

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าแบบจำลองที่ได้สามารถทำนายสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 8.3$, $p < .001$) โดยตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะแห่งตนได้ร้อยละ 41.1 ($R^2 = 0.411$) และเมื่อปรับค่าแล้ว (Adjusted R^2) สามารถอธิบายได้ร้อยละ 36.2 เมื่อพิจารณาตัวแปรรายตัว พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายสมรรถนะแห่งตนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ($B = 0.338$, $p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($B = 0.055$, $p = .035$) เขียนสมการถดถอยเชิงเส้นที่ได้ (เฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ) มีดังนี้ Y =1.948+0.338(พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลไม่ได้)+0.055(การสนับสนุนทางสังคม) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปรทำนาย	Estimate	SE	t	p
Intercept	1.948	0.282	6.915	<.001
ชาย	0.017	0.095	0.178	0.859
หญิง	0.033	0.090	0.361	0.719
อายุ	-0.003	0.002	-1.592	0.114
ประถมศึกษา	0.218	0.186	1.171	0.244
มัธยมศึกษา	0.267	0.190	1.404	0.163
ปริญญาตรี	0.229	0.244	0.939	0.35
ปริญญาโท	-0.270	0.291	-0.928	0.355

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปรทำนาย	Estimate	SE	t	p
ความรู้เรื่องเบาหวานระยะสงบ	-0.025	0.014	-1.823	0.071
พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้	0.338	0.059	5.775	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	0.055	0.026	2.135	0.035

R	R^2	Adjusted R^2	F	df1	df2	p
0.641	0.411	0.362	8.3	10	119	<.001

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถผู้วิจัยของนำเสนอการสรุปและอภิปรายผลดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 63.80 รองลงมาคือเพศชาย จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และไม่ระบุเพศ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.20 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีสัดส่วนมากกว่าเพศชายอย่างชัดเจน สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว จำนวน 84 คน (ร้อยละ 64.60) รองลงมาคือหม้าย 20 คน (ร้อยละ 15.40) โสด 16 คน (ร้อยละ 12.30) และมีการหย่า 7 คน (ร้อยละ 5.40) ขณะที่กลุ่มที่แยกกันอยู่มี 2 คน (ร้อยละ 1.50) และไม่ระบุ 1 คน (ร้อยละ 0.80) ศาสนา ส่วนใหญ่เป็นศาสนาพุทธ จำนวน 101 คน (ร้อยละ 77.70) รองลงมาคือศาสนาคริสต์ 20 คน (ร้อยละ 15.40) อิสลาม 2 คน (ร้อยละ 1.50) และศาสนาอื่น ๆ 2 คน (ร้อยละ 1.50) ในขณะที่มีผู้ไม่ระบุศาสนา 5 คน (ร้อยละ 3.80) ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 64 คน (ร้อยละ 49.20) และมัธยมศึกษา 61 คน (ร้อยละ 46.90) ส่วนที่เหลือมีการศึกษาระดับปริญญาตรี 2 คน (ร้อยละ 1.50) ปริญญาโท 1 คน (ร้อยละ 0.80) และไม่ได้เรียนหนังสือ 2 คน (ร้อยละ 1.50) สอดคล้องกับงานวิจัย[16]พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.10 (จำนวน 99 คน) และอายุเฉลี่ย 60 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ประถมศึกษา จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 92.20 อภิปรายได้ว่าลักษณะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดนครพนมจะมีลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ลักษณะคล้ายคลึงกัน และสอดคล้องกับข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา[7]

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ ได้แก่ พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ (B = 0.338, p < .001) และการสนับสนุนทางสังคม (B = 0.055, p = .035) ซึ่งตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะแห่งตนได้ร้อยละ 41.1 (R^2 = 0.411) และเมื่อปรับค่าแล้ว (Adjusted R^2) สามารถอธิบายได้ร้อยละ 36.2 สอดคล้องกับการศึกษา[8]พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้ที่มีพฤติกรรมการ ดูแลตนเองที่เหมาะสมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า 1.85 เท่าของผู้ที่มีพฤติกรรมการ ดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ส่วนการสนับสนุนทางสังคมพบว่าการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้[9]พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวาน อ ไชโย จำนวน 100 คน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ความรู้มีผลต่อ การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่ .01 และการศึกษา[16]

พบว่า ปัจจัยทางสังคมหรือแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายสมรถนะแห่งตนได้ (β = .164, p < .0) อภิปรายได้ว่า การช่วยเหลือทางสังคมเป็นตัวเพิ่มสมรรถนะแห่งตนเนื่องจาก เบนดูร่า[15]กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน บางส่วนมากจากการเสริมแรงภายนอก เช่น การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการเสริมแรงภายใน เช่น ความคิด พฤติกรรม การกระทำ (Self -regulation) ทำให้พฤติกรรม และแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถ สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยสูง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง และมีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับค่อนข้างดี แต่ยังคงพบพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาการดูแลและเสริมสร้างทักษะในการควบคุมพฤติกรรมด้านสุขภาพเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

1. ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ และ เพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสมรรถนะแห่งตนมากขึ้น ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

2. ควรทำการวิจัยกึ่งทดลองเรื่องผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคและเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

.

1.World Health Organization.(2018). World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. WHO;2018.

2.กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ.(2558). คู่มือประเมินการดำเนินงาน คลินิก NCD คุณภาพปีงบประมาณ 2558.;2563 from http://www.thaincd.com

3.สุปรียา เสียงดัง.(2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(1): 191-204.

4.ศศิผกา สินธุเสน.(2559). ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลกองบิน บน.23. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2559; 24(1): 57-64. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/170860

5.กิเริ่น โซนี่, นลวันท์ เชื้อเมืองพาน, ภัทรี มณีรัตน์, และ อรทัย มหาวงศ์นันท์.(2560). ผลของการให้ความรู้ โรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นรายกลุ่มเทียบกับรายบุคคล ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ และคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร 2560; 9(2): 21-22.

6.สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม. (2564). อัตราป่วยต่อแสนประชากรของโรคเบาหวานในปีงบประมาณ. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์สุขภาพ (HDC);2564.

7.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ.(2568). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2568. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; 2568.

8.ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำาตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข2561; 12(3):515-522.

9.สุจิตรา บุญประสิทธิ์, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, และ ชมนาด สุ่มเงิน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล2559; 32(1): 44-56. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/64275

10.Faul F, Erdfelder E, Lang A G, & Buchner A.(2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior research methods2007; 39(2): 175–191. https://doi.org/10.3758/bf03193146

11.สุภาวดี เนติเมธี.(2547). ความหวังพฤตกิรรมการดูแลทางการพยาบาลการสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบรูพา;2547.

12.ยศยง จันทรวงศา. (2558). การสนับสนุนทางสังคม ความเหมาะสมกันระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมและความผูกพันในงาน กรณีศึกษาพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบนสายการบินแห่งหนึ่ง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร;2558

13.Bandura, A.(1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977; 84(2): 191-215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

14.Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall, Inc;1986.

15.ณัฏฐา ดวงตา. (2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและประสิทธิภาพการหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2559

16.จันทร์สองดวง สุภัค.(2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2567; 9(2): 525–532

การศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดจากการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: manual vacuum aspiration) ในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกระหว่างการใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำและการใช้ยาชาเฉพาะที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

A comparative study of pain levels use manual vacuum aspiration (MVA) in women with abnormal uterine bleeding during intravenous sedation and local anesthesia. Thatphanom Crown Prince Hospital.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

พงศ์อนันต์ จันดารัตน์[1]
Pong-anan Chundarat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Research) ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด ความพึงพอใจในการจัดการความปวด และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: Manual vacuum aspirator) ในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกด้วยการใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำและการใช้ยาชาเฉพาะที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก (Abnormal uterine bleeding) มี จำนวน 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 25 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด วิธีการศึกษา กลุ่ม A ใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ proporfol ร่วมกับ Ketamine และกลุ่ม B ใช้ยาชาเฉพาะที่พ่นบริเวณรอบปากมดลูก ก่อนการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA) ประมาณ 10-15 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือวัดความปวดแบบตัวเลข 0-10 คะแนน, แบบประเมินความพึงพอใจในการจัดการความปวด และแบบบันทึกข้อมูลผลกระทบที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลสถิติบรรยาย (Descriptive statistics) วิเคราะห์โดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดระหว่างกลุ่ม ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่าการประเมินความปวดก่อนทำหัตถการกลุ่มที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดและกลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ก่อนการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA) มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 2.36 และ 2.72 อยู่ในระดับเล็กน้อย หลังทำหัตถการกลุ่มที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือด มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 2.48 อยู่ในระดับเล็กน้อย กลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 3.08 อยู่ในระดับปานกลาง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความพึงพอใจด้านระบบบริการ, ด้านสถานที่/อุปกรณ์/เครื่องมือ อยู่ในระดับมากที่สุด และด้านบุคลากร อยู่ในระดับมาก ทั้งสองกลุ่มผลกระทบที่เกิดขึ้น กลุ่มที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ มีอาการเหนื่อยเพลียวิงเวียนมากที่สุดร้อยละ 48 ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดงลดลง ร้อยละ 4 และมีอาการเหนื่อยเพลียวิงเวียนร่วมกับความเข้มข้นเม็ดเลือดแดงลดลง ร้อยละ 4 กลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่มีความเข้มข้นเม็ดเลือดแดงลดลง ร้อยละ 4, ด้านระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล: กลุ่มที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำรักษาตัวในโรงพยาบาล นาน 1 วัน ร้อยละ 84 กลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ร้อยละ 64, ค่าใช้จ่ายในการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA) กลุ่มที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 8,000-12,000 บาท กลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 3,500-4,000 บาท ดังนั้นหากไม่มีข้อห้าม หรือข้อจำกัดด้านการรักษา ผู้วิจัยขอแนะนำการรักษาโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA) ในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ ซึ่งจะลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่าใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำถึง 2 เท่า

คำสำคัญ ระดับความปวด, เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA), ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก

Abstract

This comparative research aimed to study and compare the pain level, satisfaction with pain management, and the effects of a manual vacuum aspirator (MVA) curettage in women with abnormal uterine bleeding (AUB) under intravenous anesthesia and local anesthesia at Thatphanom Crown Prince Hospital. The sample consisted of

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

50 women with abnormal uterine bleeding. They were divided into two groups, 25 women each, who met the specified criteria. Methods: Group A used proporfol with ketamine intravenous anesthesia, while Group B used local anesthesia around the cervix for 10-15 minutes before the MVA curettage. The research instruments included numerical pain rating scale (score 0-10) , A pain management satisfaction assessment form, and an impact data recording form. Data analysis: Descriptive statistics were analyzed using counts, percentages, means, and standard deviations. The average pain scores between groups were compared before and after participating in the activity using an independent t-test.

The study results found that the pain assessment before the procedure in the group receiving intravenous anesthesia and the group using local anesthesia before the curettage using a vacuum aspirate (MVA) had an average pain score 2.36 and 2.72, respectively, at a slight level. After the procedure, the group receiving intravenous anesthesia had an average pain score 2.48, at a slight level. The group using local anesthesia had an average pain score 3.08, at a moderate level. Comparison between the groups revealed no statistical difference at the .05 level. As for satisfaction with the service system, location/equipment/tools, it was at the highest level, and in terms of personnel, it was at a high level in both groups. The effects occurred in the group using intravenous anesthesia, which was the most common at 48 percent, with a decrease in red blood cell concentration 4 percent, and a decrease in red blood cell concentration with a decrease in red blood cell concentration of 4 percent. The group using local anesthesia had a decrease in red blood cell concentration of 4 percent. In terms of hospitalization duration, the group using intravenous anesthesia was hospitalized for 1 day 84 percent and the group using local anesthesia 64 percent. The cost of vacuum aspiration (MVA) for the group using intravenous anesthesia cost an average of 8,000-12,000 baht, and the group using local anesthesia cost an average of 3,500-4,000 baht. Therefore, if there are no contraindications or limitations to treatment, the researcher recommends MVA treatment in women with abnormal uterine bleeding under local anesthesia, which will reduce the hospitalization time, have a lower chance of complications, and is twice as expensive as using intravenous anesthesia.

Keywords: Pain Score, Vacuum Extraction (MVA), abnormal uterine bleeding (AUB)

บทนำ

ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก (abnormal uterine bleeding หรือ AUB) หมายถึง ภาวะเลือดออกจากโพรงมดลูกโดยมีรูปแบบที่แตกต่างไปจากระดูปกติ โดยอาจมีความผิดปกติในช่วงระยะห่างระหว่างรอบ ระยะเวลาที่มีเลือดออก หรือปริมาณเลือดที่ออกหรือพบหลายลักษณะร่วมกัน ถือได้ว่าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกทางนรีเวชกรรม เป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยมากปัญหาหนึ่งในเวชปฏิบัติ พบอุบัติการณ์ร้อยละ 11-13 ในกลุ่มสตรีทั่วไป โดยจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และอาจถึงร้อยละ 24 ในช่วงอายุ 36-40 ปี[1] การรักษาภาวะเลือดออกผิดปกติจากมดลูก (AUB) ด้วยหัตถการเครื่องมือดูดสุญญากาศ (Manual vacuum aspirator: MVA) คือ กระบวนการทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูดเอาเนื้อเยื่อหรือสิ่งแปลกปลอมออกจากมดลูกในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีเครื่องดูดมดลูกแบบมือถือที่เรียกว่า MVA อยู่แล้ว แต่อาจจะต้องมีการฝึกอบรมการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวอย่างปลอดภัย ข้อดีของ MVA คือ มีความปลอดภัย ใช้ง่าย สะดวกและสามารถใช้ได้หลายครั้ง โดยการแช่น้ำยาฆ่าเชื้อหรืออบด้วยแก๊ส ผู้ป่วยเจ็บปวดน้อยกว่าการขูดมดลูกและอาจไม่จำเป็นต้องใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย สำคัญที่สุดคือการใช้เครื่องดูดมือถือ MVA มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมดลูกทะลุน้อยกว่าการขูดมดลูกแบบเดิม

สมาคมการศึกษาความปวดนานาชาติ (International association for the study of pain, IASP) อธิบายว่าความปวดเป็นประสบการณ์ของความไม่สบายทั้งความรู้สึกและอารมณ์ที่สัมพันธ์กับความเป็นจริงหรือมีโอกาสเกิดการปวด[2] จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาระดับ

ความปวดในสตรีที่มีภาวะเลือดออกจากโพรงมดลูก และได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องดูดมดลูกสุญญากาศมือถือ (MVA) อาทิเช่น Ariel Veces, Osvaldo Reyes (2019)[3] ศึกษาการใช้ยาชาเฉพาะที่ชนิดเจลระงับความรู้สึกบริเวณปากมดลูกเปรียบเทียบกับการฉีดยาชาเฉพาะที่ระงับความรู้สึกบริเวณปากมดลูกระหว่างการดูดสุญญากาศด้วยมือ มีการใช้มาตราวัดระดับความปวดด้วยแผ่นภาพ (VAS) ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด 2 ครั้ง ได้แก่ 2 นาทีก่อนการฉีด (ทันทีหลังจากหนีบเอ็นยึดปากมดลูกด้านหน้า) และหลังจาก MVA ของโพรงมดลูกพบว่าทั้งสองวิธีมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม[4] พบปัญหาด้านนรีเวชกรรม 3 อันดับแรก ในปี พ.ศ. 2565-2567 ได้แก่ (1) ภาวะประจำเดือนมามากผิดปกติ จำนวน 66, 51 และ 58 คน ตามลำดับ (2) ภาวะเลือดออกผิดปกติในสตรีวัยหมดระดู จำนวน 23, 28 และ 49 คน ตามลำดับ (3) ภาวะแท้ง จำนวน 23, 29 และ 23 คน ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการขูดมดลูกด้วยเครื่องมือดูดสุญญากาศ (Manual vacuum aspirator, MVA) หน่วยงานมีแนวทางปฏิบัติในการรักษาภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (AUB) โดยวิธีการรักษาภาวะเลือดออกจากโพรงมดลูกของสูตินรีแพทย์โดยการใช้เครื่องดูดมดลูกสุญญากาศ (MVA) จะมีการให้ยาเพื่อระงับความปวดหลากหลายรูปแบบก่อนทำหัตถการ ประมาณ 10-15 นาที ขึ้นกับแผนการรักษาของแพทย์เจ้าของไข้ ได้แก่ การใช้ยาชาเฉพาะที่ชนิดเจลทา ชนิดสเปรย์พ่น ชนิดฉีด และการให้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ ถึงแม้จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาจะสรุปข้อจำกัดการใช้ยาชาทั้งแบบเฉพาะที่และฉีดเข้าหลอดเลือดดำ แต่เป็นผลการศึกษาแบบรายบุคคล ไม่เคยศึกษาเปรียบเทียบด้านประสิทธิผลในการบรรเทาอาการปวด จึงนำมาสู่การศึกษาวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลและเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด ความพึงพอใจในการจัดการความปวด และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: Manual vacuum aspirator) ในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกด้วยการใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำและการใช้ยาชาเฉพาะที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สตรีที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก (Abnormal uterine bleeding) และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้รหัสโรค N920, N939, N950 ได้รับการรักษาด้วยการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: manual vacuum aspiration) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม มารับบริการในช่วงเดือนเมษายน - สิงหาคม พ.ศ. 2568 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น (Non-probability) ด้วยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เนื่องจากมีข้อจำกัดเกี่ยวกับจำนวนเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่าง เพราะไม่สามารถจะคาดการณ์จำนวนผู้มารับบริการได้ล่วงหน้า โดยใช้การคัดเลือกแบบวิธีการจับคู่ โดยใช้หลักการ “The Max Min Con Principle” ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว จำนวนการตั้งครรภ์ ประวัติการขูดมดลูกและการวินิจฉัยโรค จำนวน 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 25 คน กลุ่ม A ใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ และกลุ่ม B ใช้ยาชาเฉพาะที่

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) สตรีที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก 2) อายุอยู่ในช่วง 20-80 ปี กรณีอายุต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เนื่องด้วยสาเหตุส่วนมากจะเกิดจากภาวะที่การทำงานของรังไข่ยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ (immature hypothalamic pituitary ovarian (HPO) axis) ส่วนใหญ่กลุ่มนี้จะได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน 3) มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

ถูกต้อง 4) สามารถสื่อสาร บอกระดับความปวดเป็นตัวเลข 1-10 คะแนน ได้ 5) ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุด

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) สตรีที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกและมีโรคประจำตัวที่มีผลต่อระดับความเจ็บปวด เช่น มะเร็ง, มีประวัติการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Factor 8, 9) 2) สตรีที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ขณะได้รับการรักษาด้วยการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: manual vacuum aspiration) เช่น มดลูกทะลุ หรือผลตรวจเลือด CBC ที่มีผลบ่งชี้ว่ามีภาวะติดเชื้อในร่างกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ การศึกษา อาชีพ สิทธิ์การรักษา ประวัติการขูดมดลูก จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการท้องนอกมดลูก ประวัติการมีประจำเดือน ประวัติการคุมกำเนิด และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือและแบบประเมินต่างๆ

1) เครื่องวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scales) 0 - 10 คะแนน

2) แบบประเมินความพึงพอใจในการจัดการความปวด ด้านระบบบริการ ด้านบุคลากร และด้านสถานที่/อุปกรณ์/เครื่องมือ จำนวน 20 ข้อ

ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้

พึงพอใจมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน
พึงพอใจมาก เท่ากับ 4 คะแนน
พึงพอใจปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน
พึงพอใจน้อย เท่ากับ 2 คะแนน
พึงพอใจน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

นำคะแนนไปอธิบายความพึงพอใจในการจัดการความปวด แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจในการจัดการความปวดมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง พึงพอใจในการจัดการความปวดมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง พึงพอใจในการจัดการความปวดปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง พึงพอใจในการจัดการความปวดน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง พึงพอใจในการจัดการความปวดน้อยที่สุด

3) แบบบันทึกข้อมูลผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA) ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น, ค่าใช้จ่ายในการรักษา และระยะเวลาพักฟื้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ: แบบประเมินความพึงพอใจในการจัดการความปวด โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ วิสัญญีแพทย์, สูตินรีแพทย์ และอายุรแพทย์ ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's alfa Coefficient) เท่ากับ 0.72

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

1) เขียนโครงร่างงานวิจัยในการศึกษาต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

2) หลังผ่านการขอจริยธรรมวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงทีมสุขภาพเพื่ออธิบายรายละเอียดโครงการวิจัยแก่ทีมสุขภาพ ได้แก่ สูตินรีแพทย์ วิสัญญีแพทย์/พยาบาล พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

3) เมื่อพบผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกภายหลังซักประวัติ ส่งพบสูตินรีแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาหรือวินิจฉัยโรคเพื่อให้การรักษาตามแนวทางปฏิบัติต่อไป

- คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าการศึกษา
- ให้คำแนะนำและอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือก
- ให้ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเซ็นใบยินยอม

4) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเลือกแผนการรักษาร่วมกันกับแพทย์เจ้าของไข้ ภายหลังได้รับการอธิบายข้อมูล

ข้อดี ข้อด้อยของวิธีการรักษาทั้งสองแบบ โดยมีรายละเอียดทั้ง 2 กลุ่ม ดังนี้

4.1) กลุ่ม A ใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำก่อนการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA) proporfol ร่วมกับ Ketamine ประมาณ 10-15 นาที รายละเอียดดังนี้

- ประเมินความปวดแบบตัวเลข 0-10 คะแนน ก่อนทำหัตถการ และครบ 1 ชั่วโมง ภายหลังการดูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA) แล้วเสร็จ
- สอบถามความพึงพอใจในการจัดการความปวดภายหลังการได้รับการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA) ก่อนการจำหน่ายกลับบ้านเมื่อผู้ป่วยพร้อม
- ก่อนจำหน่ายกลับบ้านให้ผู้ป่วยแจ้งช่องทางการติดต่อที่สะดวก เช่น เบอร์โทรศัพท์ ไลน์ของตนเอง หรือญาติแก่เจ้าหน้าที่เพื่อติดตามอาการต่อเนื่อง
- แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีเลือดออกจากช่องคลอดมาก มีไข้หนาวสั่น ปวดหน่วงท้องน้อย มีตกขาวออกมาก เป็นต้น
- เก็บรวบรวมข้อมูลผลกระทบภายหลังการได้รับการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA) ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังขูดมดลูก ค่าใช้จ่ายในการรักษา และระยะเวลาพักฟื้นหลังผู้ป่วยมารับบริการครบทุกขั้นตอน

4.2) กลุ่ม B ใช้ยาชาเฉพาะที่พ่นบริเวณรอบปากมดลูกก่อนการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA) ประมาณ 10-15 นาที

- ประเมินความปวดแบบตัวเลข 0-10 คะแนน ก่อนทำหัตถการ และระหว่างการทำหัตถการดูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA) หลังทำหัตถการแล้วเสร็จ ครบ 1 ชั่วโมง
- สอบถามความพึงพอใจในการจัดการความปวดภายหลังการได้รับการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA) ก่อนการจำหน่ายกลับบ้านเมื่อผู้ป่วยพร้อม
- ก่อนจำหน่ายกลับบ้านให้ผู้ป่วยแจ้งช่องทางการติดต่อที่สะดวก เช่น เบอร์โทรศัพท์ ไลน์ของตนเอง หรือญาติแก่เจ้าหน้าที่เพื่อติดตามอาการต่อเนื่อง
- แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีเลือดออกจากช่องคลอดมาก มีไข้หนาวสั่น ปวดหน่วงท้องน้อย มีตกขาว เป็นต้น
- เก็บรวบรวมข้อมูลผลกระทบภายหลังการได้รับการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA) ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังขูดมดลูก ค่าใช้จ่ายในการรักษา และระยะเวลาพักฟื้นหลังผู้ป่วยมารับบริการครบทุกขั้นตอน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โครงการเลขที่ 002/68 ได้รับการอนุมัติวันที่ 2 เมษายน 2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก จำนวน 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 25 คน ลักษณะที่คล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมากที่สุด ได้แก่ อายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 36, สิทธิ์การรักษาประกันสุขภาพ ร้อยละ 52, 68 ประวัติ: ไม่เคยขูดมดลูกร้อยละ 68, 72 ไม่เคยแท้ง ร้อยละ 76, ประวัติการท้องนอกมดลูก: ไม่เคยร้อยละ 96, 92 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72, 76 ตามลำดับ

2. การประเมินความปวด ก่อนทำหัตถการ กลุ่มที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำมีค่าคะแนนความปวดเฉลี่ย 2.36 ระดับเล็กน้อย กลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ มีค่าคะแนนความปวดเฉลี่ย 2.72 ระดับเล็กน้อย หลังทำหัตถการ กลุ่มที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ มีค่าคะแนนความปวดเฉลี่ย 2.48 ระดับเล็กน้อย กลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่มีค่าคะแนนความปวดเฉลี่ย 3.08 ระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับความปวดจากการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: Manual vacuum aspirator) ในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกระหว่างการใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำและการใช้ยาชาเฉพาะที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

ช่วงระยะเวลาในการวัดความปวด	กลุ่ม A ใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ (n=25)			ระดับความปวด	กลุ่ม B ใช้ยาชาเฉพาะที่ (n=25)			ระดับความปวด
	Min	Max	Mean		Min	Max	Mean	
ก่อนทำหัตถการ	0	6	2.36	เล็กน้อย	0	8	2.72	เล็กน้อย
ขณะทำหัตถการ	-	-	-	-	0	8	4.04	ปานกลาง
หลังทำหัตถการ 1 ชั่วโมง	0	6	2.48	เล็กน้อย	0	8	3.08	ปานกลาง

ผลการเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อน-หลัง จากการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: Manual vacuum aspirator) ในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกระหว่างการใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำและการใช้ยาชาเฉพาะที่ ทั้งสองกลุ่มไม่มีแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนความปวดเฉลี่ยจากการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: Manual vacuum aspirator) ในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกระหว่างการใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำและการใช้ยาชาเฉพาะที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

ตัวแปร	Levene's test for Equality of variances		t-test for Equality of Means				
			t	Mean	Std.	95% Confidence interval of the Difference	
	F	Sig				Lower	Upper
ก่อนทำหัตถการ	.336	.565	-.575	-.360	.625	-1.617	.897
หลังทำหัตถการ 1 ชั่วโมง	1.249	.269	-1.169	-.600	.513	-1.632	.432

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความพึงพอใจในการจัดการความปวด ในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกด้วยการใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำและการใช้ยาชาเฉพาะที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจด้านระบบบริการ ด้านสถานที่/อุปกรณ์/เครื่องมืออยู่ในระดับมากที่สุด และด้านบุคลากรอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับความพึงพอใจในการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำและการใช้ยาชาเฉพาะที่

ความพึงพอใจ	กลุ่ม A ใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ (n=25)			กลุ่ม B ใช้ยาชาเฉพาะที่ (n=25)		
	Mean	Std.	การแปลผล	Mean	Std.	การแปลผล
ด้านระบบบริการ	4.54	.422	มากที่สุด	4.66	.363	มากที่สุด
ด้านบุคลากร	4.44	.495	มาก	4.49	.733	มาก
ด้านสถานที่/อุปกรณ์/เครื่องมือ	4.60	.452	มากที่สุด	4.60	.688	มากที่สุด

4. ผลกระทบที่เกิดขึ้น ภายหลังได้รับการรักษาด้วยการดูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: Manual vacuum aspirator) ในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก

4.1 ภาวะแทรกซ้อน พบว่ากลุ่มที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังขูดมดลูก มีอาการเหนื่อยเพลียวิงเวียน มากที่สุด ร้อยละ 48 รองลงมาได้แก่ ภาวะความเข้มข้นเม็ดเลือดแดงลดลง ร้อยละ 4 และมีอาการเหนื่อยเพลียวิงเวียนร่วมกับความเข้มข้นเม็ดเลือดแดงลดลง ร้อยละ 4 กลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่พบภาวะความเข้มข้นเม็ดเลือดแดงลดลง ร้อยละ 4

4.2 ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล: พบว่าในกลุ่มที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 วัน มากที่สุด ร้อยละ 84 รองลงมา ได้แก่ ระยะเวลา 6 ชั่วโมง ร้อยละ 12 สำหรับกลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 วัน มากที่สุด ร้อยละ 64 รองลงมาได้แก่ ระยะเวลา 6 ชั่วโมง ร้อยละ 16

4.3 ค่าใช้จ่ายในการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: Manual vacuum aspirator) ในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกในกลุ่ม (A) ที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 8,000-12,000 บาท กลุ่ม (B) ที่ใช้ยาชาเฉพาะที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 3,500-4,000 บาท

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับความเจ็บปวดจากการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: Manual vacuum aspirator) ในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ผลการศึกษาพบว่าก่อนและหลังทำหัตถการ กลุ่มที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำมีค่าคะแนนความปวดเฉลี่ย 2.36 และ 2.48 คะแนน น้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่มีค่าคะแนนความปวดเฉลี่ย 2.72 และ 3.08 คะแนนเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่มหลังทำหัตถการครบ 1 ชั่วโมง ไม่มีแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับกลุ่มที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำสอดคล้องกับ Kakinuma, et al.[5] ศึกษาความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการดูดสุญญากาศด้วยมือภายใต้การดมยาสลบเฉพาะที่เมื่อเทียบกับการดมยาสลบทั่วไปในการจัดการทางศัลยกรรมในกรณีแท้งบุตร: เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ 322 ราย ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์เข้ารับการผ่าตัด MVA ภายใต้การดมยาสลบเฉพาะที่ (n=166) หรือการวางยาสลบ (n=156) ไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่มด้านคะแนน VAS ความเจ็บปวด

2. ความพึงพอใจในการจัดการความปวดจากการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: Manual vacuum aspirator) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจด้านระบบบริการ, ด้านสถานที่/อุปกรณ์/เครื่องมือ อยู่ในระดับมากที่สุด และด้านบุคลากรอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Iyke F Osinachi, et al.[6] ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้ฉีดยาระงับความรู้สึกบริเวณปากมดลูก และไดโคลฟีแนคฉีดเข้าเส้นเลือดเพื่อบรรเทาอาการปวดในระหว่างการดูดมดลูกด้วยเครื่องมือสุญญากาศมือถือ ผลการศึกษาด้านความพึงพอใจพบว่า กลุ่มที่ได้รับการการฉีดยาระงับความรู้สึกบริเวณปากมดลูกดีกว่าเทียบกับกลุ่มที่ได้รับไดโคลฟีแนคฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (ค่า p=0.005) ด้านภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงของการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

3. ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการดูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: Manual vacuum aspirator) เป็นดังนี้ กลุ่มที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ มีอาการเหนื่อยเพลียวิงเวียนมากที่สุดร้อยละ 48 ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดงลดลงและมีอาการเหนื่อยเพลียวิงเวียนร่วมกับความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง ลดลง ร้อยละ 4 กลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ พบมีความเข้มข้นเม็ดเลือดแดงลดลง ร้อยละ 4, ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล: นาน 1 วัน มากที่สุด กลุ่มที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 84 กลุ่มที่ใช้

ยาชาเฉพาะที่ ร้อยละ 64, ค่าใช้จ่ายในการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: Manual vacuum aspirator): กลุ่มที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 8,000-12,000 บาท กลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 3,500-4,000 บาท

บทสรุป

การศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดจากการขูดมดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: manual vacuum aspiration) ในสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกระหว่างการใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำและการใช้ยาชาเฉพาะที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดไม่แตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น อาทิเช่น เหนื่อยเพลีย วิงเวียน ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดงลดลง หรือมีหลายอาการร่วมกัน ส่วนกลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่มีเพียงภาวะความเข้มข้นเม็ดเลือดแดงลดลงอย่างเดียว ค่าใช้จ่ายแตกต่างกันประมาณ 2 เท่า ดังนั้นหากไม่มีข้อห้าม หรือข้อจำกัดด้านการรักษา ผู้วิจัยขอแนะนำการรักษาโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA: manual vacuum aspiration) สำหรับสตรีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ จะช่วยลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่าใช้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำถึง 2 เท่า

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการขยายกลุ่มประชากรเป็นสตรีที่ทำ MVA ด้วยข้อบ่งชี้อื่น ๆ เช่น การทำหัตถการหลังแท้งบุตร หรือการทำหัตถการเพื่อยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจมีปัจจัยความเจ็บปวดที่แตกต่างกันไป รวมถึงการเปรียบเทียบผลในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นกับผู้ใหญ่ เป็นต้น

2) การประเมินผลกระทบทางจิตใจ อาทิเช่น ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังการทำหัตถการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่แผนกบริการผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัด ห้องคลอด และหลังคลอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ที่ช่วยให้งานวิจัยในครั้งนี้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. Marret H, Fauconnier A, Chabbert-Buffet N, Cravello L, Golfier F, Gondry J, et al. (2010). Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 152:133-7.
2. Moriarty, O., McGuire, B. E., & Finn, D. P. (2011). The effect of pain on cognitive function: A review of clinical and preclinical research. *Progress in Neurobiology*, 93(3), 385-404.
3. Ariel Veces, Osvaldo Reyes. (2019). Use of Topical Lidocaine Gel Plus Paracervical Blockade vs. Paracervical Blockade Alone for Pain Management During Manual Vacuum Aspiration: ADouble-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Obstet Gynaecol Can*,41(5):641-646.
4. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. (2568). งานเวชระเบียน สถิติข้อมูลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม.
5. Kakinuma, et al. (2022). Safety and efficacy of manual vacuum aspiration under local anesthesia compared to general anesthesia in the surgical management of miscarriage: a retrospective cohort study. Patient Safety in Surgery, https://doi.org/10.1186/s13037-022-00328-7.

6. Iyke F Osinachi, Godwin O Akaba, Nathaniel D Adewole, Kate I Omonua, Bissallah A Ekele. (2023). A comparative study on the effectiveness of paracervical block and parenteral diclofenac for pain relief during manual vacuum aspiration. African Health Sciences, 23(3); 8-16.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025

Part IV

ISSN : 3027-866X (Online)
ISSN : 3027-8678 (Print)

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025
Part 4

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณ: การวิจัยเชิงคุณภาพตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว 765
อรอุมา แก้วเกิด ,ดลรวี สิมคำ ,เอื้อจิต สุขพูล ,อติพร ทองหล่อ

ลักษณะการบาดเจ็บภายในช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุและปัจจัยทำนายการรักษาในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 776
ชนัญช์วัฏ มัณยานนท์

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 785
ศุภวัฒน์ อิ่มเจริญ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ 798
ทิพวรรณ คิตเสน

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ 806
พัชราภรณ์ จันทร์ลุน

ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 812
ปิยวรรณ ลารังสิทธิ์ ,สุรวัจน์ กระแสร์เตชะหิรัญ ,กฤตยา เนียรกระโทก

ผลของโปรแกรมความเชื่อมั่นและความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว 826
อัญชุรีย์ อินทร์พิมพ์

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ 836
พิไล แก้วพรหมมา

การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 844
ภุชงค์ ธนะเพิ่ม

ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 853
ศรินรัตน์ ธนัชจิระพงศ์

การพัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น 860
พิทยภูมิ สิริเพาประดิษฐ์

การศึกษารูปแบบบัญชีครัวเรือนและพฤติกรรมการออมของครัวเรือนในชุมชนตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคกจังหวัดปทุมธานี 869
วรภร ศิลาเจริญธนกิจ ,กฤตยชญ์ คำมิ่ง

การวิเคราะห์ต้นทุนและการกาหนดราคาขายขนมไทยากิ: แนวทางเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของชุมชนท้ายเกาะ 878
วรภร ศิลาเจริญธนกิจ ,กฤตยชญ์ คามิ่ง

ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเชิงปฏิบัติจากระบบบัญชีโรงแรมที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและทัศนคติด้านสิ่งแวดล้อม–สุขภาพของนักศึกษาในรายวิชาการบัญชีและการเงินสำหรับธุรกิจการบริการและการโรงแรม 886
วรภร ศิลาเจริญธนกิจ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรงพยาบาลสุวรรณภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด 893
จังกร สุดหลักทอง

การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน : กรณีศึกษาตำบลแวงใหญ่อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น 899
อรุณี ขันขวา

การพัฒนารูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว"ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี 906
พิทักษ์ ทองทวน ,ประภัสสร ศันสนะพิทยากร ,สุคนธา ไพเราะ

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ 917
ประเสริฐ เหล่าบุศณ์อนันต์ ,สุวารีย์ ศรีปูณะ ,บุญวณิช บุญวริชชนานันท ,ปัญญา หมั่นเก็บ

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568
VOL.10 NO.3 July - September 2025
Part 4

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายพื้นที่ รพ.สต.บ้านสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 928
กฤษณา สุยังกุล

การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก 935
จุฑามาส ทุยคำ ,กุลวดี อภิชาติบุตร ,อรอนงค์ วิชัยคำ

การพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 947
ดาววดี ลีลาวัฒนานนท์กุล

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ทำสวนทุเรียนในจังหวัดชุมพร 959
สำเริง นพชำนาญ ,มนต์ทิพา ทองดี ,ญาดา นพชำนาญ

ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คุณค่าผู้บริโภคและช่องทางการตลาด: แนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรในตำบลสวนพริกไทย จังหวัดปทุมธานี 974
สุนทรี จีนธรรม ,พีรยา ทองเครือ ,จีรภัทร์ อัฐฐิศิลป์เวท ,รัชนีวรรณ จีนธรรม และประภัสรา ธรรมวัชรางกูร

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟู 987
กัญญาณัฐ จันทร์ฉายเมธากุล

การพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ 999
วีร์ เมฆวิลัย ,พาสนา คุณาธิวัฒน์ ,บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 1011
พรรษกาล โลสันเทียะ

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโรงเรียนเบาหวานโดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี 1024
วลัยพร รุ่งเรือง ,รจนา วรวิทย์ศรางกูร ,จิรัชญา มัฆนาโส ,อรอุมา จันธานี

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ระยะสงบโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน เพื่อลดการใช้ยาและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย 1032
ฉันทพิชญา เวียงอินทร์ ,รัศมี ทิพชัย ,ณัฐธยาน์ วงศ์ประเทศ ,ต้นตระการ เมืองเหนือ ,ชัชวาลย์ หมื่นสา

การบริหารอัตรากำลังพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด 19 ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งภาคใต้ตอนล่าง 1039
สุวิมล โปติบุตร, ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา, ศศิธร ลายเมฆ , ปราโมทย์ ทองสุข

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 39 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ กรกฎาคม – กันยายน 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับ แพลตฟอร์มวิเคราะห์และประเมินผลการทรงตัวในผู้สูงอายุ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน การตลาด 4Ps ที่มีต่อการตัดสินใจซื้อชาสมุนไพรจีน การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด การเตรียมความสะอาดลำไส้ก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ แผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยไตเรื้อรังต่อการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคอง ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง ภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่าย ระหว่างการบริหารยา Omeprazole พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ส่งผลต่อการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา นวัตกรรมการพยาบาลชุมชนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเด็กกลุ่มชาติพันธุ์ การให้บริการอุดฟันและเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียน การป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในชาย การประเมินคุณภาพน้ำบาดาลในพื้นที่ด้วยดัชนีคุณภาพน้ำบาดาล การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความชุกและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม การจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มด้วยเทคโนโลยี IoT ในผู้สูงอายุ การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ การรักษาด้วยการใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกอันเดียวและหลายอันในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีที่มีนิ่วขนาดใหญ่ การเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต การสอนทักษะการสื่อสารทางสังคมนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัม อินโฟกราฟิกในการให้ความรู้ด้านทันตสุภาพของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน การรักษาผู้ป่วยโรคเริมด้วยครีมพญายอเทียบกับครีม Acyclovir การนำนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัย การใช้รูปแบบบริการจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย Health Rider การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประสิทธิผลของโปรเจสเตอโรน ต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ทัศนคติและการรับรู้ของครูและผู้ปกครองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนประถมศึกษาชั้น ป.4-6 ภาวะซึมเศร้าและการเฝ้าระวังอาการที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

การให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณ: การวิจัยเชิงคุณภาพตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว

The Meanings of Spiritual Well-being: A Qualitative Study Based on Perception of the elderly in Dong Tio community.

(Received: September 19,2025 ; Revised: September 26,2025 ; Accepted: September 27,2025)

อรอุมา แก้วเกิด[1] ดลรวี สิมคำ[1] เอื้อจิต สุขพูล[2] อติพร ทองหล่อ[1]
Onuma Kaewkerd[1] Donlarawee Simkum[1] Aurjit Sookpool[2] Atiporn Tonglor[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจนี้เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณผ่านประสบการณ์ของผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว ได้เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จำนวน 15 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทในเขตหน่วยบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงติ้ว อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการ การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการบันทึกภาคสนาม ศึกษาระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างวันที่ 30 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2565 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง มีค่าความตรงตามวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 1.00 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าการให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณมี 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) “ความสมดุลภายในชีวิตตนเอง” โดยมีประเด็นย่อย 4 ประเด็นประกอบด้วย “รู้จักเข้าใจชีวิตตนเอง” “รู้จักเข้าใจชีวิตลูกหลานและคนรอบตัว” “มีสิ่งยึดเหนี่ยวหรือเป้าหมายในการดำเนินชีวิต” และ “สะสมบุญหนุนชีวิตภพหน้า” และ 2) “ความสมดุลภายนอกชีวิตตนเอง” โดยมีประเด็นย่อย 5 ประเด็นประกอบด้วย “กินข้าวอร่อยนอนหลับดี” “ทำกิจวัตรต่างๆ ได้ดี” “มีโรคประจำตัวแต่ควบคุมได้” “ถูกเอาใจใส่และสนับสนุนจากครอบครัว” และ “มีเงินใช้สอยไม่ขัดสน”

คำสำคัญ: ความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุในชุมชน การวิจัยเชิงคุณภาพ

Abstract

This survey research explores the perception of elderly well-being through the experiences of the elderly in the Dong Tiu community. Data was obtained from 15 elderly people living in rural areas in the health service unit of Dong Tio Health Promoting Hospital, Mueang Nakhon Phanom District, Nakhon Phanom Province. The qualitative data collection techniques used were Observation, in-depth interviews, story-telling and field notes. The study was conducted for 6 months, from October 30, 2021 to May 20, 2022. It has an objective fulfillment value (IOC) of 1.00 and the data were analyzes using method of content analysis.

The results of the study show that giving meaning to the spiritual well-being of the elderly through life experiences to spiritual well-being has two main aspects. The following are 1) "Balance within one's own life" with 4 sub-issues including "Understanding one's own life", "Knowing how to understand the lives of one's children and grandchildren and those around them", "Having an anchor or goal in life", and "Accumulating merit to support one's life in the future", and 2) "Balance outside one's own life" with 5 sub-issues: "Eat delicious rice and sleep well", "Do various routines well", "Have a medical condition but can be controlled", "Have children and grandchildren to take you to do various tasks", and "Have money to spend without need".

Keywords: Spiritual Well-Being, Community Elders Qualitative research

---

[1] ปรด.

[2] พย.ม.

บทนำ

สถิติผู้สูงอายุทั่วโลกในปี ค.ศ. 2019 มีจำนวน 703 ล้านคน คาดการณ์ว่าอีก 30 ปีข้างหน้าจะมีผู้สูงอายุทั่วโลก จำนวน 1.5 พันล้านคน ส่วนผู้สูงอายุไทยในปีค.ศ. 2019 มีจำนวน 8.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.4 คาดการณ์ว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 13.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.6 ในปีค.ศ. 2030[1]ปรากฏการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบระดับมหภาคทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการด้านสุขภาพ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุมักจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น หากไม่ได้รับการรักษาที่ดีพอ จะทำให้มีอาการของโรครุนแรงขึ้นจนทำให้สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย มีภาวะพึ่งพา ทุพลภาพ และเสียชีวิตตามมาได้[2] ส่วนผลกระทบด้านจิตสังคมนั้น อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบาง เนื่องจากการสูญเสียสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ การพึ่งพาผู้อื่น นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญ ได้แก่ เครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า[3,4,5] ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ พบว่าผู้สูงอายุสูญเสียความเชื่อศรัทธาในศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ สูญเสียคุณค่าและพลังอำนาจแห่งตน สิ้นหวัง ไม่มีความสุข กลัวเสียชีวิต และไม่อยากมีชีวิตต่อ ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ[6] ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลที่ตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

ความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นไม่ติที่บูรณาการสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิตใจ และสุขภาพทางสังคมสอดประสานเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียว ความผาสุกทางจิตวิญญาณทางจิตวิญญาณเกิดจากการผสมกลมกลืนในความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัว และอำนาจเหนือธรรมชาติหรือพระศาสดา เป็นสิ่งที่ช่วยบำรุงหล่อเลี้ยงและแสดงออกถึงความเป็นตัวตนของบุคคล มีความเป็นพลวัตและสามารถเจริญงอกงามได้ ช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายและเป้าหมาย มีความเข้มแข็งภายในจิตใจ สามารถเผชิญปัญหาหรือความยากลำบาก เสริมสร้างความหวัง การให้อภัยตนเองและผู้อื่น การยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง[6] หลักฐานเชิงวิชาการและงานวิจัยที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ความสุข และคุณภาพชีวิต[6] ดังนั้น บุคลากรทางด้านสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณทางจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุ

จากปรากฏการณ์ข้างต้นได้สะท้อนถึงผลลัพธ์ที่กระทบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน และการดูแลที่ตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ที่สำคัญ คือ การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณให้มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ความสุข และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พยาบาลชุมชนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพในทุกกลุ่มวัย ในชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ จึงจำต้องทำความเข้าใจประสบการณ์ความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ในชุมชนโดยศึกษาจากมุมมองหรือทัศนะของคนใน (emic view) คือ ผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว ซึ่งวิธีการที่เหมาะสม คือการศึกษาโดยวิธีการคุณภาพ ผลการศึกษาการรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ในชุมชนสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมและประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้นต่อไป

บทความนี้ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย “วิจัยแบบผสมผสานปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุก

ทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ” จึงนำเสนอผลการศึกษาในส่วนนี้ที่สะท้อนถึงการให้ความหมายความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว ซึ่งอาศัยในเขตพื้นที่บริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงติ้ว อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงสำรวจในพื้นที่ชนบทบ้านดงติ้ว อำเภอเมืองนครพนมที่มีปรากฏการณ์ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษาและนักวิจัยสามารถเข้าถึงพื้นที่และผู้ให้ข้อมูล ในช่วงระหว่างวันที่ 30 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2565 โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมด้านการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยนครพนม รหัส 2/65 Exp. (ลว.29 พฤศจิกายน 2564) ผู้วิจัยขออนุญาตพื้นที่ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยเข้าสนามวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลโดยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักตามคุณสมบัติเบื้องต้นที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยเริ่มต้นจากอาสาสมัครสาธารณสุขผู้สูงอายุ (อสม.) ที่รู้จัก (gate keeper) ให้เป็นคนนำพาไปรู้จักผู้สูงอายุในชุมชนกับคนอื่นๆ โดยใช้เทคนิคการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเปิดกว้าง (open sampling) คือเป็นผู้สูงอายุในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ร่วมกับเทคนิคการบอกต่อ (snow ball technique) ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูลและให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาและไม่มีผลกระทบใดๆ การศึกษานี้ได้ใช้นามสมมุติระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล จะมีเพียงผู้วิจัยและทีมผู้วิจัยที่ได้รับอนุญาตเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูล และทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลโยการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การเล่าเรื่อง และการบันทึกภาคสนาม ซึ่งในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที ทั้งนี้ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้นัดหมายสถานที่เป็นส่วนตัวโดยมีผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยหลักซึ่งในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญ จึงได้เตรียมความพร้อม ด้านองค์ความรู้และทักษะการเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการวิจัย มีศึกษาทบทวนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เข้าร่วมประชุมวิชาการและอบรมเชิงปฏิบัติการการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ทบทวนทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพตลอดกระบวนการได้ฝึกกระบวนคิด วิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ทบทวนการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลและการเขียนรายงานการวิจัย โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนกรอบแนวคิดเบื้องต้น และผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพจำนวน 3 ท่าน แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง มีค่าความตรงตามวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 1.00 แนวคำถามประกอบด้วยคำถามในประเด็นประสบการณ์การรับรู้และการให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณ และในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้วทำอย่างไร อะไรบ้าง ดังตัวอย่างแนวคำถาม

“ตา ยาย จำได้บ่จ้าว ตอนเฮาเป็นเด็กเป็นหนุ่มเป็นสาว มื้อก่อนความคิดเรื่องความสุขความผาสุกทางจิตวิญาณของเฮามันเป็นจั่งได๋... เรื่องผาสุกทางใจ ทางจิตวิญญาณนี่ ตา ยายฮู้สึกจั่งได๋ ช่วยเล่าให้ฟังแหน่เด้อ”

“ตา ยาย เคยได้ยินบ่เรื่อง ความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณ ... ตา ยาย ว่าเรื่องนี่สำคัญบ่ มันมีความหมายจั่งได๋ มันให้หยังกับเฮา”

“ตา ยาย เวลานี้ที่อายุสูงแล้ว สิ่งที่ทำให้ใจสงบหรือมีความสุขที่สุดคือหยังคะ? โดยเฉพาะเรื่องผาสุกทางใจ ทางจิตวิญญาณ ตา ยายคิดว่าคือจั่งได๋”

“ตา ยาย อยากเล่าให้ฟังแน่ค่ะว่า เวลานี้สิ่งใด่ที่เฮารู้สึกว่าทำแล้วใจสงบ หรือทำให้มีความสุขในชีวิตประจำวัน”

“ถ้าให้ตา ยายคิดเบิ่งว่า ชุมชนดงติ้วเฮานี่ สิพอมีแนวทางการเบิ่งแยง การส่งเสริมให้ผู้เฒ่าผู้แก่มีความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณได้จั่งได่แน่ ตา ยายว่า ควรเฮ็ดจั่งได่จั่งสิพอเหมาะกับผู้สูงอายุคือโตตานี่ล่ะ”

วิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) จากบันทึกการสังเกต บันทึกภาคสนาม เอกสารที่เกี่ยวข้อง ผลการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ การเล่าเรื่องชนิดคำต่อคำ สกัดคำสำคัญ จัดระบบกลุ่มของข้อมูล ความเชื่อมโยงของข้อมูล สรุปแก่นความคิดเพื่ออธิบายคำถามการวิจัยในมุมมองของผู้ถูกศึกษาหรือคนในซึ่งมีประสบการณ์หลากหลายซับซ้อนตามบริบทสังคมวัฒนธรรม ร่วมกับทัศนะของนักวิจัยซึ่งเป็นคนนอก การวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มดำเนินการระหว่างและภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ในขณะเก็บข้อมูลผู้วิจัยมีการตรวจสอบความถูกต้องเชื่อถือได้ของข้อมูลไปพร้อมกัน การวิเคราะห์ข้อมูลจึงเป็นกระบวนการที่ทำซ้ำกลับไปกลับมา ระหว่างการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์และการตีความข้อมูลที่ได้ไปตลอด ตรวจสองความถูกต้องของการวิจัย ผู้วิจัยได้นำแก่นสาระเบื้องต้นไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (member checking) จำนวน 5 คน เพื่อให้ได้ข้อความรู้ที่ตรงกับเจ้าของข้อมูล เมื่อได้แก่นสาระที่มีความชัดเจนน่าเชื่อถือแล้ว ผู้วิจัยนำมาสร้างข้อสรุป และเขียนรายงาน ดังตัวอย่างใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างการจำแนกดัชนีและการจัดหมวดหมู่การรับรู้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว

การรับรู้ความหมาย		
หมวดหมู่หลัก	**หมวดหมู่รอง**	**ดัชนี**
ความสมดุลภายในชีวิตตนเอง	รู้จักเข้าใจชีวิตตนเอง	ฮู้จักโต ฮู้จักใจโต ฮู้จักพอ บ่ทุกข์หลายท่ารู้จักเจ้าของ เบิ่งกำลังโต มีเท่าได่กะใช้เท่านั้น อยู่ตามมีตามเกิด อย่าไปฝืน บฝืนโต บ่ไปเปรียบ บ่ไปแข่งนำไผ
	รู้จักเข้าใจชีวิตลูกหลาน และคนรอบตัว	ต้องค่อยๆเว้าไปว่าดุๆมันกะบ่ฟังดอก อย่าไปเรียกหาให้เขามาดูแลเฮาทุกมื้อ บอกบ่ต้องห่วงหลายให้เฮ็ดงานไปโลด อย่าไปสร้างภาระหลาย
	มีสิ่งยึดเหนี่ยวหรือเป้าหมายในการดำเนินชีวิต	ยามใด่เฮาเจ็บไข้ กะนึกฮอดพระอรหันต์ สิ่งยึดเหนี่ยวกะคือบุญนี่ล่ะ ไปวัดไปสวดมนต์กะคือมีแรงมีเหตุจูงให้ตื่นขึ้นมาอยู่ต่อ ยามใด่เหงากะตั้งเป้าว่ามื้อพรุ่งนี้สิออกไปเว้าเพื่อนบ้าน ได้ไปช่วยงานชุมชนนี่กะคือเป้าหมายชีวิต เป้าอีกอย่างคือช่วยสอนวิชาให้หลานน้อยให้นึ่งเข่าเป็น
	สะสมบุญหนุนชีวิตภพหน้า	บุญนี่ล่ะสิหนุนเฮาไปภพหน้า สิ่งเดียวที่ติดโตไปได้กะคือบุญนี่ล่ะ บุญคือเสบียง ก่อนสิละโลกนี้อยากเฮ็ดบุญใหญ่จักเทือ เฮ็ดไว้ให้เป็นเสบียง
ความสมดุลภายนอกชีวิตตนเอง	กินข้าวอร่อยนอนหลับดี	ขอกินได้กินแล้วบ่เจ็บท้องกะถือว่าบุญใหญ่ แค่กินข้าวดีนอนหลับดีกะสุขใจแล้ว มันกะคือการได้นอนหลับเต็มตื่น แต่มื้อใด่นอนเต็มตื่น กะคือมื้อที่ใจสบายโล่งโพด

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างการจำแนกดัชนีและการจัดหมวดหมู่การรับรู้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว

การรับรู้ความหมาย		
หมวดหมู่หลัก	**หมวดหมู่รอง**	**ดัชนี**
	ทำกิจวัตรต่างๆ ได้ดี	ความสุขคือได้เฮ็ดงานสวนได้เอง ขอแค่ได้ทำมื้อเช้าได้ กวาดลานบ้านได้ใจมันสงบแล้วเด้ เฮ็ดงานบ้านเองได้กะถือว่าบุญใหญ่แล้ว”
	มีโรคประจำตัวแต่ควบคุมโรคได้	โรคกะมีอยู่แต่คุมได้อาการกะบ่หนักนี่ล่ะคือความสุขผู้เฒ่า มีความดันอยู่ดอกอาการกะบ่รุ่นแรง มีเบาหวานอยู่แต่คุมอาหารกินยามันกะคุมโรคได้ โรคความดันสูงกะมีอยู่ดอกแต่กินยาตามหมอให้อาการกะบ่รุ่นแรงแล้ว
	ถูกเอาใจใส่และสนับสนุนจากครอบครัว	ลูกหลานพาไปซื้อของพาไปธุระกะเป็นสุขแล้ว มานำไปธุระกะเหมือนใจเฮาโล่งขึ้นหลาย พาไปธุระนั่นนี่ พาไปเยี่ยมเพื่อนบ้านพากะให้หัวใจเฮาสงบและมีความสุขหลาย พอเสร็จจากหมอเขากะพาไปธุระต่อบางมื้อไปธนาคาร
	มีเงินใช้สอยไม่ขัดสน	ข่อยกะพอใจแล้วเงินพอใช้ซื้อกับข้าวกับยา อยู่บ้านเงียบๆ เงินพอซื้อของกินกะคือสุขสบายแล้ว เงินพอใช้พอจ่ายกะบ่ต้องไปยืมคนอื่นกะอยู่ได้สบายใจ

ความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของการวิจัย

การตรวจสอบความถูกต้องเชื่อถือได้ของข้อมูลใช้หลักการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบความถูกต้องจากหลากหลายแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน (data triangulation) ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากหลากหลายวิธีการ เช่น วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การเล่าเรื่อง และการสนทนากลุ่ม (methodological triangulation) ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลและการตีความของผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) และตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและกระบวนการวิจัยกับทีมวิจัยซึ่งเป็นผู้เชียวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ (debriefing) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว อายุ 60-74 ปี จำนวน 15 คน โดยเป็นเพศชาย 6 คน และเพศหญิง 9 คน สถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วย 10 คน หม้ายและคู่สมรสเสียชีวิต 3 คน และหย่าและแยกกันอยู่ 2 คน ด้านการประกอบอาชีพเกษตรกร 7 คน ค้าขาย 3 คน และงานบ้าน 5 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ประจำจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 11 คน เงินเดือนข้าราชการบำนาญ 2 คน และจากบุตรส่งเงินรายเดือน 2 คน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา 10 คน มัธยมศึกษาตอนต้น 2 คน อนุปริญญา 1 คน และปริญญาตรี 1 คน ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนผู้ให้ข้อมูลรองมี 3 กลุ่ม ประกอบด้วย บุตรของผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว คู่สมรสของผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ รวม 6 คน

ข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนได้ให้ข้อมูลสุขภาพว่ายังไม่มีโรคจำตัว 3 คน และมีประสบการณ์การป่วยโรคเรื้อรังและได้เป็นโรคจำตัวต้องรับประทานยาต่อเนื่องทุกวันมานานกว่า 5-

10 ปี จำนวน 12 คน ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง 3 คน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน 2 คน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง 4 คน โรคเบาหวาน 1 คน โรคเบาหวานร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง 2 คน สถานบริการที่รับการรักษาของผู้ให้ข้อมูลระบุว่ามาจาก 3 แหล่ง คือ 1) โรงพยาบาลประจำจังหวัดสังกัดรัฐบาล 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ และ 3) คลินิกเอกชน

การให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณ : ผ่านประสบการณ์การรับรู้ของผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว

ประสบการณ์การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว ใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการสนทนากลุ่ม ซึ่งการสัมภาษณ์ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติศาสนา ความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน และความรู้สึกต่อชีวิตที่ผ่านมา การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาได้เผยให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้วรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณผ่านการบูรณาการระหว่างปัจจัยภายใน เช่น ความสงบและความหมายในชีวิต และปัจจัยภายนอก เช่น ความสัมพันธ์กับครอบครัว ชุมชน และกิจกรรมทางศาสนา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความหมายความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว พบว่ามี 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) “ความสมดุลภายในชีวิตตนเอง” โดยมีประเด็นย่อย 4 ประเด็น ประกอบด้วย “รู้จักเข้าใจชีวิตตนเอง” “รู้จักเข้าใจชีวิตลูกหลานและคนรอบตัว” “มีสิ่งยึดเหนี่ยวหรือเป้าหมายในการดำเนินชีวิต” และ “สะสมบุญหนุนชีวิตภพหน้า” และ 2) “ความสมดุลภายนอกชีวิตตนเอง” โดยมีประเด็นย่อย 5 ประเด็น ประกอบด้วย “กินข้าวอร่อยนอนหลับดี” “ทำกิจวัตรต่างๆ ได้ดี” “มีโรคประจำตัวแต่ควบคุมได้” “ถูกเอาใจใส่และสนับสนุนจากครอบครัว” และ “มีเงินใช้สอยไม่ขัดสน”

การทำความเข้าใจความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว ผ่านกรอบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการเข้าถึงประสบการณ์ตรงด้านอัตวิสัยของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักให้คุณค่าต่อการดำรงอยู่ของตนในฐานะ “การเป็น” (being) และ “การกระทำ” (doing) ซึ่งสองมิตินี้ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การรับรู้ดังกล่าวสะท้อนถึงรูปแบบการดำรงชีวิตที่ประสานหลายมิติเข้าด้วยกันและมีรากฐานเชื่อมโยงอย่างลึกซึ้งกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตท้องถิ่น

1. ความสมดุลภายในชีวิตตนเอง

ความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว ไม่ได้หมายถึงความเข้าใจในเชิงของการมีสุขภาพกายที่ดีหรือการพ้นจากโรคภัยเท่านั้น แต่ได้สะท้อนถึงสภาวะที่เชื่อมโยงอย่างลึกซึ้งกับศาสนา วัฒนธรรม และความสัมพันธ์ทางสังคม ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณ เป็นการหันกลับมาเข้าใจตนเอง ยอมรับสัจธรรมแห่งชีวิต ทั้งสุข ทุกข์ ความเจ็บป่วย และความไม่เที่ยงของสังขาร การยอมรับดังกล่าวไม่ใช่การยอมแพ้ต่อสังขารที่ถดถอยลง หากแต่เป็นการเข้าถึงความสงบภายใน ลดความยึดติด และสร้างความมั่นคงทางใจซึ่งเป็นรากฐานของความผาสุกทางจิตวิญาณที่ยั่งยืน

ประการแรก ความผาสุกทางจิตวิญาณทางจิตวิญญาณ ให้เริ่มจาก**การรู้จักและเข้าใจชีวิตตนเอง** หลายคนกล่าวตรงกันว่าช่วงวัยชรา คือ “วัยแห่งการหันกลับมามองตนเอง” การยอมรับเช่นนี้ช่วยลดความยึดติด และทำให้ผู้สูงอายุหลายคนมีใจที่สงบกว่าในวัยหนุ่มสาว สรุปแล้วความผาสุกทางจิตวิญญาณทำให้ลดความยึดติด และเข้าใจชีวิตมากขึ้น

ประการที่สอง ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับ**การเข้าใจชีวิตลูกหลานและคนรอบตัว** การปรับตนเองเช่นนี้ช่วยลดความขัดแย้ง สร้างความอบอุ่น และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และ

การเข้าใจซึ่งกันและกันในวิถีครอบครัวและเครือญาติทำให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในมิติความสัมพันธ์ สรุป ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเข้าใจวัยอื่นๆ และช่วยลดความขัดแย้ง

ประการที่สาม การมี**สิ่งยึดเหนี่ยวหรือเป้าหมายในการดำเนินชีวิต** ถือเป็นหัวใจของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทางจิตวิญญาณ การดำรงอยู่ด้วยเป้าหมายที่ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นการเลี้ยงดูหลาน การทำกิจกรรมทางศาสนา หรือการถ่ายทอดฮีตคอง ถือเป็นการสร้างคุณค่าและความหมายให้กับชีวิต สิ่งเหล่านี้สะท้อนว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณไม่ได้เกิดขึ้นโดยบังเอิญ แต่เกิดจากการมีเป้าหมายและหลักยึดที่มั่นคง เป้าหมายเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกสูญเปล่า แต่รับรู้ถึง “คุณค่าในวัยปลาย” ซึ่งเป็นมิติสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณ สรุปกิจกรรมทางศาสนาเป็นตัวช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุชาวพุทธมีความผาสุกทางวิญญาณได้

ประการที่สี่ ความเชื่อทางพระพุทธศาสนายังคงเป็นรากฐานสำคัญ **การสะสมบุญเพื่อหนุนชีวิตภพหน้า** การสั่งสมบุญเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุยึดถืออย่างมั่นคง เนื่องจากความเชื่อว่าบุญจะเป็นพลังค้ำจุนทั้งชีวิตปัจจุบันและภพหน้า การสะสมบุญเพื่อหนุนชีวิตในภพหน้าทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอุ่นใจและมั่นคงทางจิตใจ การสะสมบุญในวิถีบุญบ้านและบุญวัดจึงเป็นทั้งการยึดเหนี่ยวทางจิตใจและกลไกสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับชุมชน สรุปว่าการทำบุญในพระพุทธศาสนายังเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจผู้สูงอายุให้มีรู้ความมั่นคง เพราะเชื่อว่าสะสมบุญไปภพหน้า

2. ความสมดุลภายนอกชีวิตตนเอง

ความสมดุลภายนอกชีวิตตนเองของผู้สูงอายุ เป็นผลลัพธ์ของการจัดการและประสานองค์ประกอบหลายด้านที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตประจำวัน ซึ่งเมื่อองค์ประกอบพื้นฐานเหล่านี้มั่นคงและได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม จะส่งผลต่อ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

ประการแรก การกินข้าวอร่อยนอนหลับดี ผู้สูงอายุชุมชนดงติ้วเน้นถึงความสำคัญของ อาหารพื้นบ้านและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ในการสร้างความสุขและความสงบของชีวิตประจำวัน การได้กินอาหารที่ทำด้วยวัตถุดิบจากสวนหรือแปลงผักในครอบครัว ไม่เพียงแต่เติมเต็มความต้องการทางกาย แต่ยังสร้างความอบอุ่นใจและความผูกพันระหว่างสมาชิกครอบครัว

การพักผ่อนอย่างเพียงพอเป็นอีกหนึ่งมิติที่ผู้สูงอายุชี้ให้เห็นความสำคัญ

ประการที่สอง ผู้สูงอายุมี**ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน** การทำกิจวัตรได้เองสะท้อนถึงความเป็นอิสระและศักดิ์ศรีในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการดูแลตนเอง การทำครัว หรือการทำงานบ้าน ถือเป็นหลักฐานของการมีสุขภาวะที่มั่นคงและลดการพึ่งพิงผู้อื่น สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การมีโรคประจำตัวแต่สามารถควบคุมได้กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

ประการที่สาม ผู้สูงอายุ**มีโรคประจำตัวแต่ควบคุมโรคได้** ในช่วงวัยสูงอายุ การมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ถือเป็นปรากฏการณ์ปกติทางชีวภาพที่สอดคล้องกับการเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่มีความสำคัญยิ่งกว่าคือ ความสามารถในการจัดการและควบคุมโรคให้อยู่ในระดับที่ไม่กระทบต่อคุณภาพชีวิต การควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสมไม่ได้เป็นเป็นการดำเนินการตามคำแนะนำทางการแพทย์ แต่ยังสะท้อนถึงการมีความรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงการมีวินัยในการดูแลตนเอง และการยอมรับสภาวะสุขภาพด้วยท่าทีที่สงบ แสดงถึงการมีมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วย และการสร้างความมั่นคงทางใจจากการควบคุมโรค และ การสร้างความหมายทางจิตวิญญาณจากการเจ็บป่วย โดยมองโรคเป็นเพียงส่วนหนึ่งของชีวิต ไม่เป็นอุปสรรคที่ทำลายคุณค่าการดำรงอยู่ สรุปว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุมองโรคเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการสูงอายุ

ประการที่สี่ ผู้สูงอายุ**ถูกเอาใจใส่และสนับสนุนจากครอบครัว** ครอบครัวถือเป็นกลไกหลักในการค้ำจุนชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว ไม่เพียงแต่ในมิติของการดูแลทางกายภาพ เช่น การพาไปโรงพยาบาลหรือจัดการด้านการเดินทาง แต่ยังรวมถึงมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณที่ช่วยสร้างความมั่นคง ความอบอุ่น และการมีคุณค่าของตนเอง การได้รับการเอาใจใส่จากลูกหลานทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง และยังคงเป็นส่วนสำคัญของครอบครัวและชุมชน การสนับสนุนดังกล่าวยังช่วยลดภาวะความโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่บั่นทอนสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่าการได้รับความเอาใจใส่จากลูกหลานทำให้เกิดความผาสุกภายในอย่างชัดเจน การพาออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านไม่เพียงอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ แต่ยังสร้างความสุขทางใจ และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเชื่อมโยงกับสังคมภายนอก การสื่อสารเล็กๆ น้อยๆ ภายในครอบครัวเป็นพลังสำคัญที่สร้างความมั่นคงทางอารมณ์และเสริมคุณค่าของการดำรงอยู่ และ ความผูกพันระหว่างครอบครัวและชุมชนที่ลูกหลานเป็นผู้เชื่อมโยง ทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและมีส่วนร่วมในวิถีชีวิตชุมชน สรุป การได้รับความเอาใจใส่จากบุตรหลานช่วยให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกภายใน

ประการที่ห้า ผู้สูงอายุ**มีเงินใช้สอยไม่ขัดสน** การมีเงินใช้สอยเพียงพอตามอัตภาพ นับเป็นมิติสำคัญของความมั่นคงในชีวิตผู้สูงอายุ โดยเงินดังกล่าวอาจมาจากหลายแหล่ง ไม่ว่าจะเป็นเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เงินบำนาญ เงินรายได้จากการทำเกษตรและการเลี้ยงสัตว์ หรือแม้กระทั่งเงินสนับสนุนจากลูกหลาน ปัจจัยด้านรายได้เหล่านี้นอกจากจะตอบสนองต่อความต้องการ “ปัจจัยสี่” สิ่งจำเป็นพื้นฐานสี่ประการในการดำรงชีวิตของมนุษย์แล้ว แต่ยังมีความหมายเชิงสัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางจิตใจ ศักดิ์ศรี และคุณค่าของการดำรงชีวิตในบั้นปลาย ผู้สูงอายุชุมชนดงติ้วสะท้อนว่า การมีเงินใช้จ่ายอย่างน้อยในระดับที่ไม่ทำให้ขัดสน ย่อมช่วยลดความกังวลใจและสร้างความรู้สึกมั่นใจในชีวิตประจำวัน รายได้พื้นฐาน แม้ไม่สูง แต่ก็มีความหมายทางจิตใจในแง่การลดการพึ่งพิงและการดำรงศักดิ์ศรีความเป็นเจ้าของชีวิต การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ แม้จะอยู่ในระดับเล็กน้อย แต่ก็สร้างความภาคภูมิใจและลดความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว ทั้งยังเป็นการยืนยันถึงความสามารถและคุณค่าของตนเองในสายตาสังคม สรุป การมีเงินเพียงพอใช้ในผู้สูงอายุทำให้รู้สึกพึ่งพอาตนเองได้ มีคุณค่าในตนเอง

นอกจากนี้ยังมีบทบาทของลูกหลานที่เป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนผู้สูงอายุ การได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากลูกหลาน ไม่เพียงแต่ช่วยแบ่งเบาภาระ แต่ยังเป็นสัญลักษณ์ของความรัก ความผูกพัน และการยืนยันว่าผู้สูงอายุยังมีที่ยืนในระบบครอบครัวและสังคม สรุปแล้วการการดูแลผู้สูงอายุลูกหลานหรือบุตรหลานควรเอาใจใส่สนับสนุนด้านต่างๆ ได้แก่ การเงิน สิ่งของ การพาไปพบแพทย์ การอำนวยความสะดวกในการไปทำกิจทางศาสนา การไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่ลำพัง

สรุปและอภิปรายผล

การให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ผ่านประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้ว ได้ดำเนินการโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งรวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการสนทนากลุ่ม เพื่อสำรวจประเด็นต่างๆ เช่น กิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติศาสนา ความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน และความรู้สึกต่อชีวิตที่ผ่านมา ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาชี้ให้เห็นว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุเกิดจากการบูรณาการระหว่างปัจจัยภายในและภายนอกของชีวิตผู้สูงอายุ ดังนี้

ความสมดุลภายในชีวิตตนเอง ผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้วสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณผ่าน

การเข้าใจตนเอง การปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงของร่างกายและวัย และการวางเป้าหมายชีวิตที่สอดคล้องกับค่านิยมและวัฒนธรรมท้องถิ่น การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น การปฏิบัติศาสนา การสะสมบุญ หรือการรักษาฮีตคอง เป็นการสร้าง internal locus of control ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคง แม้เผชิญความเสื่อมถอยทางร่างกาย แนวคิดนี้สอดคล้องกับ Ryff's Psychological Well-Being Model[7] ซึ่งเน้นมิติความเข้าใจตนเอง (self-acceptance), ความเป็นอิสระ (autonomy) และการมีเป้าหมายในชีวิต (purpose in life) งานวิจัยชี้ว่าการยอมรับความเสื่อมถอยทางร่างกาย และความไม่เที่ยงของชีวิตสามารถลดความเครียดทางจิตใจและช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงความสงบและความพึงพอใจภายในได้[8,9]ความสมดุลภายนอก ชีวิตตนเอง ความสมดุลภายนอกสะท้อนถึง social determinants of well-being และองค์ประกอบของ quality of life ที่เน้น การตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐาน การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การสนับสนุนจากครอบครัว และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สุขภาพและ การทำกิจวัตรประจำวัน: การดูแลตนเองและควบคุมโรคเรื้อรังสอดคล้องกับ Baltes' Selective Optimization with Compensation (SOC) Model[10] ซึ่งเสนอว่าผู้สูงอายุสามารถปรับกลยุทธ์ชีวิตโดยเลือกและปรับตัวต่อความสามารถของตนเพื่อรักษาคุณภาพชีวิตและความสมดุลทางจิตใจ ความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน: การได้รับการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนช่วยเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณตาม social convoy model[11] ที่เน้นความสำคัญของเครือข่ายสังคมในการค้ำจุนสุขภาวะของผู้สูงอายุ ความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ: การมีเงินใช้จ่ายเพียงพอตามอัตภาพช่วยลดความเครียดและสร้างความมั่นใจในการดำเนินชีวิต งานวิจัยชี้ว่า financial security เป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ[12] การบูรณาการปัจจัยภายในและภายนอก ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้วเกิดจากการบูรณาการระหว่างปัจจัยภายใน เช่น การยอมรับตนเอง การตั้งเป้าหมายชีวิต และการปฏิบัติทางศาสนา กับปัจจัยภายนอก เช่น สุขภาพร่างกาย การสนับสนุนจากครอบครัว การมีเงินใช้จ่าย และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน การประสานกันนี้สอดคล้องกับ ecological model of aging[13] ที่เสนอว่าการพัฒนาความผาสุกของผู้สูงอายุเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของบุคคลและแรงสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม การบูรณาการดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และเข้าถึงความสงบทางจิตใจ แม้เผชิญกับความเสื่อมถอยทางร่างกายหรือข้อจำกัดด้านสังคม

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในบริบทไทยและต่างประเทศ เช่น การพัฒนาเครื่องมือประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณและความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการ งานวิจัยเหล่านี้ยืนยันว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นปรากฏการณ์เชิงซ้อนที่เกิดจากทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อม และการส่งเสริมปัจจัยทั้งสองด้านสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในชุมชนดงติ้วไม่ใช่เพียงผลลัพธ์ของสุขภาพกายหรือการพ้นจากโรคภัย แต่เป็นผลของกระบวนการปรับตัวและบูรณาการชีวิตระหว่างปัจจัยภายใน (self-acceptance, purpose in life, spiritual practices) และปัจจัยภายนอก (health management, family support, financial security, social participation) การเข้าใจความผาสุกในมิตินี้มีประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายและ

โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน เพื่อส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าและความสงบทางจิตวิญญาณอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. การวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณผ่านการสะสมบุญ การตักบาตร และการมีเป้าหมายในชีวิต แต่ความหมายและวิธีปฏิบัติอาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและตามบริบทของชุมชน จึงควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อเจาะลึกถึงปัจจัยเชิงสภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม และบุคลิกภาพ ที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ รวมถึงการศึกษาผลระยะยาว (longitudinal study) เพื่อทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงความผาสุกของผู้สูงอายุตลอดช่วงชีวิต

2. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ควรออกแบบและพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโดยเน้นกิจกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมและวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การตักบาตรร่วมกัน การสวดมนต์และปฏิบัติธรรม รวมถึง การจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการทางวิชาการ (academic/practical workshops) ที่เน้นการสร้างความเข้าใจและการวางเป้าหมายชีวิตในวัยสูงอายุ โปรแกรมเหล่านี้ควรสนับสนุนการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุในชุมชน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างเป็นระบบ

3. การสร้างเครื่องมือประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณในชุมชนท้องถิ่นเพื่อต่อยอดผลการศึกษา ควรมีการพัฒนา เครื่องมือหรือมาตรวัดที่เหมาะสมกับบริบทไทยและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถใช้ในการติดตามผลของโปรแกรมหรือกิจกรรมต่างๆ และเป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนานโยบายและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน

4. การฝึกอบรมบุคลากรและอาสาสมัครในชุมชน การสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสังคมและอาสาสมัครชุมชน ดังนั้นควรมีการฝึกอบรมเกี่ยวกับ การดูแลจิตวิญญาณ การจัดกิจกรรมทางศาสนา และการสร้างพื้นที่ปลอดภัยสำหรับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต เพื่อให้การสนับสนุนผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1.United Nations. World population ageing 2019;2019 highlights. https://www.un.org/en/development/desa /population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf

2.พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร, ธนันต์ชัย พัฒนะสิงห์, ทิพย์ ขันแก้ว, โฆษิต คุ้มทั่ว, & สงวน หล้าโพนทัน.(2560). การเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา. วารสารสันติศึกษาปริทัศน์ มจร 2560; 5(1): 78–88.

3.ออมสิน ศิลสังวรณ์, สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, & ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2557). ปัจจัย(2560).ที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณทางใจของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2557; 8(3): 80–91.

4.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์.(2543). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา;2543.

5.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2558). แนวทางการดูแลด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด;2558.

6.ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, & ประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์.(2563). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2563.

7.Ryff CD.(1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology 1989; 57(6): 1069–1081.

8.Ryff CD., & Keyes CLM.(1995). The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology1995; 69(4): 719–727.

9.Wong PTP.(2012). The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications. Routledge;2012.

10.Baltes PB., & Baltes MM.(1990). Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge University Press;1990.

11.Antoncci TC, & Akiyama H.(1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. Journal of Gerontology 1987: 42(5): 519–527.

12.Pinquart M & Sörensen S.(2000). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. Basic and Applied Social Psychology 2000; 22(4):245–266.

13.Lawton, M. P., & Nahemow, L.(1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), The psychology of adult development and aging American Psychological Association;1973.: 619–674.

ลักษณะการบาดเจ็บภายในช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุและปัจจัยทำนายการรักษาในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด โดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Characteristics of Non-Penetrating Intra-Abdominal Injuries and Predictive Factors for Surgical Intervention Using Computed Tomography in King Narai Hospital.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

ชนัญช์วัฏ มัณยานนท์[1]
Chananwat Manyanon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการบาดเจ็บภายในช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ และศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุกับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุที่มีสัญญาณชีพคงที่และได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 124 คน โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย และแปลผลภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยรังสีแพทย์ 2 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ logistic regression

ผลการวิจัย: จากจำนวนผู้ป่วย 124 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 66.94 มีอายุระหว่าง 15-45 ปี ร้อยละ 57.26 อายุเฉลี่ย 33.92 ปี สาเหตุการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุจราจรมากที่สุดร้อยละ 76.61 ลักษณะความผิดปกติที่พบมากที่สุด คือ มีเลือดออกในช่องท้อง (hemoperitoneum) ร้อยละ 79.03 รองลงมา มีการบาดเจ็บที่ตับ (liver injury) ร้อยละ 41.94 และการบาดเจ็บที่ม้าม (splenic injury) ร้อยละ 19.35 ความสัมพันธ์ของลักษณะภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุกับแนวทางในการรักษาผู้ป่วยในการศึกษานี้ พบว่า การบาดเจ็บรุนแรงที่ม้าม (AAST grade IV-V) การบาดเจ็บที่ลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ กระเพาะปัสสาวะแตกเข้าช่องท้อง เลือดออกในช่องหลังเยื่อบุช่องท้อง (retroperitoneal hemorrhage) และการและมีลมในช่องท้อง (pneumoperitoneum) สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: การบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ, เอกซเรย์คอมพิวเตอร์, วิธีการรักษา

Abstract

This srudy aimed to study the characteristics of of Non-Penetrating Intra-Abdominal Injuries and Predictive Factors for Surgical Intervention Using Computed Tomography. A retrospective study was conducted on 124 patients with suspected blunt abdominal trauma who were hemodynamically stable and underwent CT imaging at Phra Narai Maharaj Hospital between October 1, 2015, and October 31, 2024. Patient data were reviewed from medical records, and CT scans were interpreted by two radiologists. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate logistic regression to identify factors associated with surgical management.

Results: Among the 124 patients, 66.94% were male, and 57.26% were aged between 15–45 years, with a mean age of 33.92 years. The most common cause of injury was traffic accidents (76.61%). The most frequent abnormal finding was hemoperitoneum (79.03%), followed by liver injury (41.94%) and splenic injury (19.35%). CT findings significantly associated with surgical treatment included high-grade splenic injury (AAST grade IV–V), bowel and mesenteric injury, intraperitoneal bladder rupture, retroperitoneal hemorrhage, and pneumoperitoneum ($p < 0.05$).

Keywords: Non-Penetrating Intra-Abdominal Injuries, computed tomography, treatment approach

[1] กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

ในประเทศไทยอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายอันดับสองรองจากโรคมะเร็ง และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการพิการและการตาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กโตจากสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข รายงานประจำปี 2567 ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ระหว่าง 21-23 ต่อประชากรแสนคนเฉลี่ย 14,771 คนต่อปี[1] โดยเกิดจากอุบัติเหตุทางจราจรมากที่สุด อาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่พบบ่อย ได้แก่ อาการบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง อาการบาดเจ็บที่คอและหลัง และการบาดเจ็บของช่องท้อง ซึ่งการบาดเจ็บช่องท้องเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ เนื่องจากในช่องท้องมีอวัยวะที่สำคัญหลายอย่าง ได้แก่ ม้าม ไต ทางเดินอาหาร และหลอดเลือดใหญ่ หากมีการบาดเจ็บ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ การบาดเจ็บของช่องท้องแบ่งออกได้เป็นชนิดที่มีแผลทะลุ (penetrating abdominal injury) และไม่มีแผลทะลุ (blunt abdominal injury) ซึ่งชนิดหลังนี้จะวินิจฉัยได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากอาการและชนิดที่อาการแสดงของผู้ป่วยมักไม่ชัดเจนในช่วงแรกหลังจากเกิดอุบัติเหตุทำให้เกิดการล่าช้าในการตรวจวินิจฉัย ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยามีหลายวิธีที่ถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ เช่น อัลตราซาวด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และ diagnostic peritoneal lavage (DPL) เป็นต้น ในกรณีนี้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องถูกใช้อย่างแพร่หลายเพราะสามารถ ตรวจดูอวัยวะในช่องท้องได้อย่างละเอียด นอกจากนี้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีความไว ความจำเพาะ และความแม่นยำสูงในการตรวจการบาดเจ็บของช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ[2]

ในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุที่มีการบาดเจ็บของอวัยวะเนื้อแน่น (solid organ injury) ได้แก่ ตับ ม้าม ไต ตับอ่อน และต่อมหมวกไต สามารถใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์แบ่งระดับความรุนแรงของอวัยวะที่บาดเจ็บตาม American Association for the Surgery of Trauma (AAST)[3] มีประโยชน์ในการพยากรณ์โรคและมีส่วนสำคัญในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งส่วนใหญ่รักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด เช่น กรณีที่สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติและไม่มีข้อบ่งชี้จากลักษณะทางคลินิกที่ต้องทำการผ่าตัดช่องท้อง ในขณะที่การบาดเจ็บของลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ พบได้ร้อยละ 1-5 แต่มีแนวโน้มรักษาด้วยวิธีผ่าตัด นอกจากนี้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีบทบาทสำคัญที่ช่วยลดการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดโดยไม่จำเป็น (unnecessary laparotomy) ซึ่งพบได้ร้อยละ 8.6-25.9 ในผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บช่องท้อง

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2563-2565 มีผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จำนวน 487 คน, 439 คน และ 473 คน ตามลำดับ[4] ซึ่งเป็นชนิดไม่มีแผลทะลุ และมีแผลทะลุ อวัยวะที่พบการบาดเจ็บมากที่สุดคือ ตับ รองลงมาม้าม การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของตับในกรณีสัญญาณชีพปกติและตรวจไม่พบภาวะเสียเลือดมาก โดยส่วนใหญ่มักให้การรักษาตามอาการโดยไม่ต้องผ่าตัด ซึ่งพบว่าให้ผลการรักษาค่อนข้างดี มีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าการรักษาโดยการผ่าตัด เนื่องจากลดภาวะเสี่ยงที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนหลังจากการผ่าตัด การได้รับเลือดในอนาคต การรักษาแบบประคับประคองพบว่ามีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยพบว่าทั้งในและต่างประเทศมีแนวโน้มให้การรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดเป็นหลักเช่นเดียวกัน การศึกษานี้จึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุกับวิธีการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดและรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด เพื่อประโยชน์ในการพยากรณ์โรค วางแผนการรักษา และลดการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะการบาดเจ็บภายในช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุกับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด

วิธีการดำเนินวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่สงสัยมีการบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 193 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่สงสัยมีการบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

คุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. เพศชายและเพศหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่มีประวัติร่วมกับอาการทางคลินิกสงสัยมีการบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ ที่มีสัญญาณชีพคงที่

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่สงสัยมีการบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ ที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ (systolic blood pressure น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร (PR) มากกว่า 100 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในเลือด (O_2 saturation) น้อยกว่า 95%)
2. ผู้ป่วยที่ถูกส่งตรงไปที่ห้องผ่าตัดเพื่อผ่าตัดเปิดหน้าท้องแบบฉุกเฉินเนื่องจากมีข้อบ่งชี้

การกำหนดขนาดตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 124 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการบาดเจ็บ ประกอบด้วย สาเหตุการบาดเจ็บ อาการทางคลินิก ผล Hct วิธีการรักษา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลไปทดลองเก็บข้อมูลผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธี Cronbach'S alpha coefficient = 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากผ่านข้อพิจารณาด้านจริยธรรมเรียบร้อยแล้ว โดยจากภาพถ่ายทางรังสี (picture archiving and communication system: PACS) แปลผลภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยรังสีแพทย์ 2 ท่าน แล้วบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนระบุรหัส แล้วบันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ใช้อธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการบาดเจ็บ

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สถิติที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัย โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation) เพื่อทดสอบความอิสระต่อกันของตัวแปร จากนั้นหาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Multiple logistic regression) และนำมาเขียนเป็นสมการพยากรณ์ในรูปสมการถดถอย

คะแนนดิบและสมการถดถอยคะแนนมาตรฐาน เพื่อหาปัจจัยทำนาย

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและอาการทางคลินิกของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ จำนวน 124 คน ระหว่างกลุ่มผ่าตัด และไม่ผ่าตัด มีความแตกต่างกัน ด้านเพศ การตรวจอัลตราซาวด์แบบ FAST และระดับ Hct แรกรับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและอาการทางคลินิกของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ (N=124)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและอาการทางคลินิก	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา คน (ร้อยละ)			P-value
	ผ่าตัด (n=28)	ไม่ผ่าตัด (n=96)	รวม (n=124)	
เพศ				
ชาย	21 (75.00)	62 (64.58)	83 (66.94)	0.042*
หญิง	7 (25.00)	34 (35.42)	41 (33.06)	
อายุ (ปี)				
15-45	18 (64.28)	53 (55.21)	71 (57.26)	0.563
46-60	7 (25.00)	32 (33.33)	39 (31.45)	
>60	3 (10.72)	11 (11.46)	14 (11.29)	
Mean ± S.D.	33.47±11.84	34.32±10.98	33.92±10.17	0.348
สาเหตุการบาดเจ็บ				
อุบัติเหตุจราจร	19 (67.86)	76 (79.17)	95 (76.61)	0.294
ตกจากที่สูง	6 (21.43)	12 (12.50)	18 (14.52)	
ทำร้ายร่างกาย	3 (10.71)	8 (8.33)	11 (8.87)	
FAST				
Positive	23 (82.14)	64 (66.67)	87 (70.16)	0.001*
Negative	5 (17.86)	32 (33.33)	37 (29.84)	
Hct แรกรับ (%) Mean ± S.D.	30.17±9.04	34.29±7.74	33.74±7.96	0.002*

ลักษณะเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุที่พบมากที่สุด คือ เลือดออกในช่องท้อง (hemoperitoneum) ร้อยละ 79.03 การบาดเจ็บที่ตับ ร้อยละ 41.94 การบาดเจ็บที่ม้าม ร้อยละ 19.35 ความผิดปกติที่พบร่วม ได้แก่ การบาดเจ็บของทรวงอกส่วนล่างร้อยละ 18.55 การบาดเจ็บที่กระดูกเชิงกราน ร้อยละ 8.06 และพบผู้ป่วยที่ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องปกติร้อยละ 9.68 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะการบาดเจ็บภายในช่องท้องจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ (N=124)

ลักษณะเอกซเรย์คอมพิวเตอร์	จำนวน (ร้อยละ)
เลือดออกในช่องท้อง (hemoperitoneum)	98 (79.03)
การบาดเจ็บที่ตับ (liver injury)	52 (41.94)
การบาดเจ็บของทรวงอกส่วนล่าง (lower thorax injury)	23 (18.55)
การบาดเจ็บที่ไต (kidney injury)	20 (16.13)
การบาดเจ็บที่ม้าม (splenic injury)	24 (19.35)
เลือดออกในท้องด้านหลัง (retroperitoneal hemorrhage)	23 (18.55)
การบาดเจ็บที่กระดูกเชิงกราน (pelvis injury)	10 (8.06)
การบาดเจ็บที่ลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ (bowel and mesenteric injury)	20 (16.13)
ลมในช่องท้อง (pneumoperitoneum)	18 (14.52)
การบาดเจ็บที่ตับอ่อน (pancreas injury)	3 (2.42)
การบาดเจ็บที่กระเพาะปัสสาวะ (bladder injury)	8 (6.45)
ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องปกติ (CT negative)	12 (9.68)

จากการแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บอวัยวะเนื้อแน่น (solid organ injury) ตาม American Association for the Surgery of Trauma (AAST) แบ่งเป็น AAST grade 1-5 พบ AAST grade 1 จำนวน 11 คน AAST grade 2 จำนวน 22 คน AAST grade 3 จำนวน 32 คน AAST grade 4 จำนวน 22 คน และ AAST grade 5 จำนวน 12 คน โดยพบความรุนแรงระดับ 3 มากที่สุด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ลักษณะการบาดเจ็บของ solid organ injury ตาม American Association for the Surgery of Trauma (AAST)

solid organ injury	I	II	III	IV	V	รวม
การบาดเจ็บที่ตับ (liver injury)	7	12	21	8	4	52
การบาดเจ็บที่ม้าม (splenic injury)	1	4	5	8	6	24
การบาดเจ็บที่ไต (kidney injury)	3	4	6	5	2	20
การบาดเจ็บที่ตับอ่อน (pancreas injury)	0	2	0	1	0	3
รวม	11	22	32	22	12	99

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของลักษณะภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุกับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด พบว่า การบาดเจ็บรุนแรงที่ม้าม (AAST grade IV-V) การบาดเจ็บที่ลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ กระเพาะปัสสาวะแตกเข้าช่องท้อง เลือดออกในช่องหลังเยื่อบุช่องท้อง (retroperitoneal hemorrhage) และการและมีลมในช่องท้อง (pneumoperitoneum) สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของลักษณะภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุกับแนวทางในการรักษาผู้ป่วย

ลักษณะเอกซเรย์คอมพิวเตอร์	ผ่าตัด	ไม่ผ่าตัด	P-value
การบาดเจ็บรุนแรงที่ตับ (AAST grade IV-V)	7	5	0.421
การบาดเจ็บรุนแรงที่ไต (AAST grade IV-V)	3	4	0.518
การบาดเจ็บรุนแรงที่ม้าม (AAST grade IV-V)	6	10	0.012*
การบาดเจ็บที่ลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้	12	8	0.004*
การบาดเจ็บที่ตับอ่อนที่มีการฉีกขาดของท่อตับอ่อน (pancreatic transection)	1	2	0.547
กระเพาะปัสสาวะแตกเข้าช่องท้อง	8	0	0.000*
retroperitoneal hemorrhage	10	13	0.034*
pneumoperitoneum	10	4	0.013*

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและอาการทางคลินิกของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุจำนวน 124 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 66.94 มีอายุระหว่าง 15-45 ปี ร้อยละ 57.26 อายุเฉลี่ย 33.92 ปี สาเหตุการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุจราจรมากที่สุดร้อยละ 76.61 เนื่องจากลักษณะนิสัยของเพศชายเป็นเพศที่ชอบเสี่ยงภัย ความตื่นเต้น ขับรถเร็ว ประกอบกับจำนวนผู้ขับขี่บนท้องถนนส่วนใหญ่มักเป็นเพศชาย และใช้เวลาในการขับขี่ยาวนานกว่า ผู้ชายจึงเกิดอุบัติเหตุได้มากกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรวรรณ จุลปานนท์[5] ศึกษารูปแบบการบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุและปัจจัยที่ทำนายการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (3.4:1) อายุเฉลี่ย 35.2 ปี (S.D.=17.4) ช่วงอายุที่พบมากสุดคือ 15-45 ปี ร้อยละ 60.6 สาเหตุที่พบมากที่สุดคืออุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 84.7 และยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Bakht Rokhan และคณะ[6] ที่ศึกษาวิเคราะห์รูปแบบของการบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุชนิดไม่มีแผลเปิดโดยใช้การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่า จากผู้ป่วยทั้งหมด 105 คน พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 78.10 สาเหตุจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนร้อยละ 72.38 แต่แตกต่างกับการศึกษาของ Ajmal R และคณะ[7] ในด้านของอายุพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 28.8 ปี อาจเป็นเพราะกฎหมายในบางประเทศอนุญาตให้ขับขี่รถได้ตั้งแต่อายุ 15-17 ปี สำหรับกฎหมายในประเทศไทยเริ่มต้นที่อายุ 18 ปี ขึ้นไป และอายุ 20 ปี จึงอนุญาตขับขี่รถสาธารณะได้

ลักษณะความผิดปกติของเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จากการศึกษานี้ พบว่า ลักษณะความผิดปกติที่พบมากที่สุด คือ มีเลือดออกในช่องท้อง (hemoperitoneum) ร้อยละ 79.03 รองลงมา มีการบาดเจ็บที่ตับ (liver injury) ร้อยละ 41.94 และการบาดเจ็บที่ม้าม (splenic injury) ร้อยละ 19.35 ข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Ajmal R และคณะ ที่ศึกษาลักษณะการบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุที่พบจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่าภาวะเลือดออกในช่องท้องพบมากที่สุดร้อยละ 58 การบาดเจ็บของตับร้อยละ 24.4 ซึ่งในการศึกษานี้มีผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุที่รับการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดร้อยละ 77.42 สอดคล้องกับหลายการศึกษา เช่น Coccolini F และคณะ[8,9] ที่กล่าวถึงผู้ป่วยที่มีสภาพไหลเวียนโลหิตคงที่ มีการบาดเจ็บระดับน้อยถึงปานกลาง และผู้ที่มีการบาดเจ็บระดับรุนแรงที่ไม่มีการบาดเจ็บภายในอื่นที่ต้องผ่าตัดร่วมด้วยควรใช้การรักษาแบบไม่ผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก โดยอัตราการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดของการศึกษานี้ยังใกล้เคียงกับการศึกษาของ Maximilian Goedecke และคณะ[10] ที่พบการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดร้อยละ 71

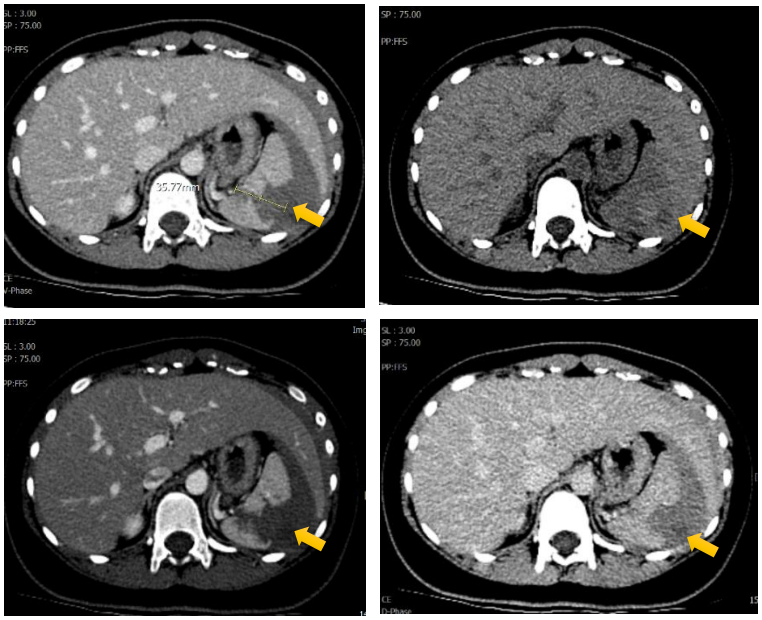
ความสัมพันธ์ของลักษณะภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุกับแนวทางในการรักษาผู้ป่วยในการศึกษานี้ พบว่า การบาดเจ็บรุนแรงที่ม้าม (AAST grade IV-V) การบาดเจ็บที่ลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ กระเพาะปัสสาวะแตกเข้าช่องท้อง เลือดออกในช่องหลังเยื่อบุช่องท้อง (retroperitoneal hemorrhage) และการมีลมในช่องท้อง (pneumoperitoneum) สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ซึ่งผู้ที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงที่ม้าม จำนวน 6 ราย ที่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด จำนวน 3 ราย มีอายุมากกว่า 55 ปี 2 รายมีการบาดเจ็บที่ลำไส้ร่วมด้วย และ 1 ราย มีภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาผู้บาดเจ็บที่ม้ามของ Coccolini F และคณะ ที่แนะนำให้ CT scan พร้อมฉีดสารทึบรังสีทางหลอดเลือดดำ (contrast-enhanced CT) เพื่อประเมินลักษณะการบาดเจ็บของม้ามและหาการบาดเจ็บอื่น ๆ ร่วมด้วยทุกราย หากพิจารณาการรักษาด้วยวิธีที่ไม่ผ่าตัด นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาถึงอายุ และคะแนนบาดเจ็บรวม (Injury Severity Score) อีกด้วย

ภาวะเลือดออกในช่องหลังเยื่อบุช่องท้อง (retroperitoneal hemorrhage) ที่พบในการศึกษานี้ มีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด เนื่องจากช่องหลังเยื่อบุช่องท้อง (retroperitoneal space) ประกอบด้วยอวัยวะสำคัญหลายอวัยวะ ได้แก่ ตับอ่อน ลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัม ไต ต่อมหมวกไต รวมถึงเส้นเลือด การบาดเจ็บของอวัยวะในช่องหลังเยื่อบุช่องท้อง (retroperitoneal injury) มีอัตราการเสียชีวิตสูง และมักเกิดร่วมกับการบาดเจ็บหลายอวัยวะ (multiple organ injuries)[11] ดังนั้นการพบเลือดออกในช่องหลังเยื่อบุช่องท้อง หรือลมรั่วในบริเวณนี้ ต้องมองหาก้อนเลือดที่อยู่ใกล้อวัยวะที่บาดเจ็บ (sentinel clot) เพื่อระบุอวัยวะที่บาดเจ็บเฉพาะ เช่น duodenal perforation หรือ pancreatic transection เนื่องจากจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเร่งด่วน ในการศึกษานี้ยังพบว่าการมีลมในช่องท้อง (pneumoperitoneum) สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด การที่พบลมรั่วในช่องท้อง จะทำให้สงสัยว่ามีการบาดเจ็บของอวัยวะภายในกลวง (hollow viscus organ injury) แต่การพบ free intraperitoneal air ไม่ได้เกิดจากการฉีกขาดของลำไส้เสมอไป อาจเกิดจากลมรั่วในเยื่อหุ้มปอด การใส่ท่อระบายในช่องอก หรือการบาดเจ็บของกะบังลม การที่พบ free intraperitoneal air ร่วมกับ free intraperitoneal fluid, seatbelt sign หรือ focal wall abnormality มักจะสงสัยการบาดเจ็บของลำไส้

ภาวะกระเพาะปัสสาวะแตกเข้าช่องท้อง (intraperitoneal bladder rupture) มีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดในการศึกษานี้ เนื่องจากปัสสาวะที่รั่วเข้าช่องท้องจะส่งผลทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อบุช่องท้องได้ แต่การบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะพบน้อยในการศึกษานี้โดยพบจำนวน 8 ราย ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Shin SS และคณะ[12] ที่ศึกษาการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในการประเมินการฉีกขาดของกระเพาะปัสสาวะในช่องท้องหลังจากบาดเจ็บผู้ป่วยจำนวน 74 ราย พบการฉีกขาดของกระเพาะปัสสาวะในช่องท้องจำนวน 20 ราย โดยพบ free intraperitoneal fluid ทุกราย พบลิ่มเลือด (Blood Clot) จำนวน 16 ราย ซึ่งการตรวจพบดังกล่าวยังช่วยเพิ่มความมั่นใจในการวินิจฉัยการฉีกขาดของกระเพาะปัสสาวะในช่องท้องหลังบาดเจ็บโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีเลือดปนในปัสสาวะชัดเจน

จากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ สามารถบอกรายละเอียดการบาดเจ็บ ความรุนแรง พยากรณ์โรค รวมถึงวางแผนการรักษา สำหรับศัลยแพทย์ได้ นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ ยังเป็นแนวทางให้รังสีแพทย์มุ่งเน้นมองหาความผิดปกติที่มีผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดได้เป็นพิเศษ

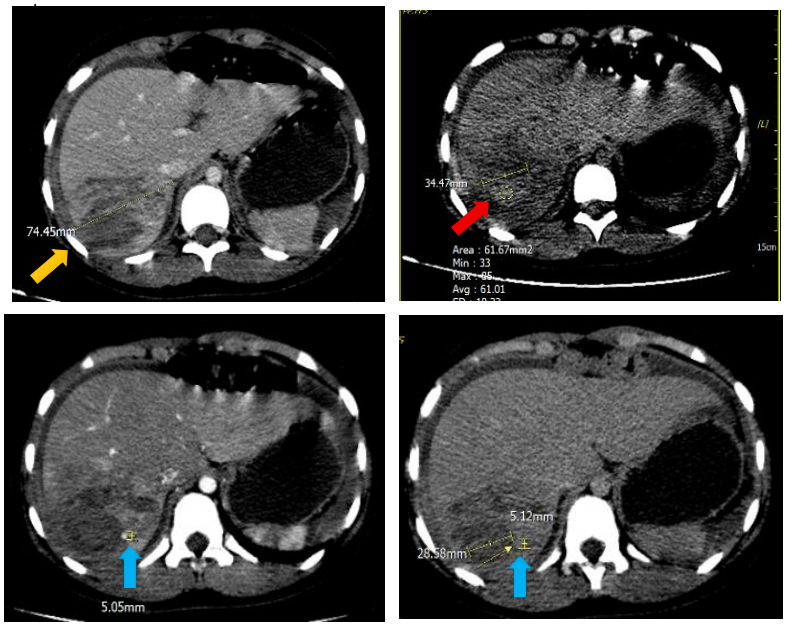
รูปที่ 1 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องแสดงการบาดเจ็บของม้าม ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ไม่ต้องผ่าตัด



Grade III splenic injury by AAST 2018

- Multiple lacerations (up to 3.6 cm in maximal depth in the axial plane) at the superior to mid part of the spleen involving splenic hilum, causing less than 25% devascularization of the affected splenic parenchyma ( ).
- Intact splenic hilar vessels.
- No gross active contrast extravasation.
- Associated some hemoperitoneum at left subdiaphragmatic, perisplenic, subsplenic, subhepatic regions, bilateral paracolic gutters, interbowel loops, and pelvic cavity.

รูปที่ 2 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องแสดงการบาดเจ็บของตับ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ไม่ต้องผ่าตัด



Grade III liver injury by AAST 2018

- Multiple lacerations (up to 7.1 in maximal depth in the axial plane ( ) with a 3.4-cm intraparenchymal hematoma ( ) mainly involved hepatic segment VII, and involving hepatic segment VI and VIII.
- A 0.5-cm focal arterial enhancing lesion ( ) within the affected parenchyma in hepatic segment VII, adjacent to the intraparenchymal hematoma, which shows the same size and isodensity in later phases, DDx focal hyperemia or pseudoaneurysm. Please correlate with hepatic angiogram.
- No gross active contrast extravasation.
- Associated moderate to large amount of hemoperitoneum at bilateral subdiaphragmatic, perihepatic, perisplenic, subhepatic, subsplenic, bilateral paracolic gutters, interbowel loops, and pelvic cavity.

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนประเทศไทย ปี 2567. https://www.ddc.moph.go.th/dip/journal_detail.php?publish=15876&deptcode=dip
2. American College of Surgeons: Committee on trauma. Advanced trauma life support program for doctors. American College of Surgeons; 2024.
3. The American Association for the Surgery of Trauma renal injury grading scale: Implications of the 2018 revisions for injury reclassification and predicting bleeding interventions. J Trauma Acute Care Surg. 2020; 88(3): 357-365.
4. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี.(2567). สถิติอุบัติเหตุทางจราจร 2563-2565. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. 2567.
5. อรวรรณ จุลปานนท์. รูปแบบการบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุและปัจจัยที่ทำนายการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3; 19(3): 183-195.
6. Bakht Rokhan et al.(2021). Determine the pattern of blunt abdominal injuries by CT scan. Int J Radiol Radiat Ther. 2021; 8(2): 56-59.
7. Ajmal R, Mansoor MA, Nasir S.(2018). Patterns of various injuries in blunt abdominal trauma in patients secondary to road traffic accident and fall presented to a tertiary care hospital-A CT scan bases study from Liaquat National Hospital, Karachi. PJR 2018; 28(2): 138-44.
8. Coccolini F, Coimbra R, Ordonez C, Kluger Y, Vega F, Moore EE, et al.(2020). Liver trauma: WSES 2020 guidelines. World J Emerg Surg 2020; 15(1): 1-15.
9. Coccolini F, Montori G, Catena F, Kluger Y, Biffl W, Moore EE, et al.(2017). Splenic trauma: WSES classification and guidelines for adult and pediatric patients. World J Emerg Surg 2017; 12(1): 1-26.
10. Maximilian Goedecke et al.(2019). No need for surgery? Patterns and outcomes of blunt abdominal trauma. Innov Surg Sci 2019; 4(3): 100–107.
11. Petrone P, Alvarez CM, Cartagena L, Ali F, Brathwaite CE.(2018). Approach and management of traumatic retroperitoneal injuries. Cir Esp (Engl Ed). 2018; 96(5): 250-9.
12. Shin SS, Jeong YY, Chung TW, Yoon W, Kang HK, Kang TW, et al.(2007). The sentinel clot sign: a useful CT finding for the evaluation of intraperitoneal bladder rupture following blunt trauma. Korean J Radiol. 2007; 8(6): 492-7.

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of Health Product Risk Surveillance System in Sahatsakhan Sub-district, Sahatsakhan District, Kalasin Province.

(Received: September 20,2025 ; Revised: September 28,2025 ; Accepted: September 29,2025)

ศุภวัฒน์ อิ่มเจริญ[1]
Supawat Imcharoen[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนาระบบ และผลลัพธ์การใช้ระบบ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567-กรกฎาคม 2568 รวมระยะเวลา 9 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรและภาคีเครือข่าย รวม 111 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 98 ตัวอย่าง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ แบบสอบถามพฤติกรรม แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบเก็บข้อมูลการเฝ้าระวัง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test, χ^2) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนากลไกเฝ้าระวังที่เป็นรูปธรรม 2) การสนับสนุนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน 3) การขยายบทบาทเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ และ 4) การบูรณาการทุกภาคส่วน ผลลัพธ์การนำระบบไปใช้พบว่า การดำเนินการเมื่อพบปัญหาเพิ่มขึ้น โดยการแจ้งเตือนเจ้าของร้านเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.71 การรายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77.55 การแก้ไขปัญหาได้สมบูรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 81.63 การครอบคลุมการเฝ้าระวังทั้ง 13 หมู่บ้านเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.84 คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 8.41 เป็น 9.18 คะแนน พฤติกรรมการเฝ้าระวังเพิ่มขึ้นจาก 25.90 เป็น 41.20 คะแนน และคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจาก 11.85 เป็น 19.95 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= 2.28, 3.95, 2.67)

คำสำคัญ: ระบบเฝ้าระวัง, ผลิตภัณฑ์สุขภาพ, การมีส่วนร่วมของเภสัชกรรมชุมชน

Abstract

This study is research and development (R&D) approach with objectives to investigating the current situation and problems, developing a system, and evaluating the outcomes of implementing a community-based health product risk surveillance system in Sahatsakhan Sub-district, Sahatsakhan District, Kalasin Province. Study was conducted from November 2024 to July 2025, spanning a period of 9 months. Qualitative sample comprised 111 participants, including community leaders, pharmaceutical and consumer protection staff, health promoting hospital personnel, village health volunteers, students, and community store owners. The quantitative sample consisted of 98 health product surveillance records collected before and after system implementation. Research tools included focus group discussion guidelines, knowledge tests, attitude questionnaires, behavior questionnaires, satisfaction assessment forms, and surveillance data collection forms. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (Paired t-test, χ^2), while qualitative data were analyzed using content analysis.

Result findings revealed that the development process of the health product risk surveillance system comprised four main components: 1) development of concrete surveillance mechanisms, 2) enhancement of community health product literacy, 3) expansion of pharmacist roles in primary pharmaceutical care, and

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

4) integration of all sectors. The implementation outcomes demonstrated significant improvements in problem response actions, with store owner notifications increasing to 85.71%, reports to relevant agencies rising to 77.55%, complete problem resolution reaching 81.63%, and surveillance coverage across all 13 villages expanding to 91.84%. Mean knowledge scores increased from 8.41 to 9.18 points, surveillance behavior scores improved from 25.90 to 41.20 points, and satisfaction scores rose from 11.85 to 19.95 points, all statistically significant at the .05 level (t= 2.28, 3.95, 2.67).

Keywords: surveillance system, health products, community pharmaceutical participation

บทนำ

ปัญหาการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยเป็นประเด็นสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน องค์การอนามัยโลก[1] รายงานผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอมและไม่ได้มาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 10.50 ของตลาดโลก โดยประเทศกำลังพัฒนามีสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 30 พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ความรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูล[2] การขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้ผู้บริโภคเสี่ยงต่อการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีการโฆษณาเกินจริง ผู้บริโภคขาดความรู้ในการประเมินความปลอดภัยและประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้อยละ 65.30 ของผู้บริโภคตัดสินใจซื้อจากการโฆษณาโดยไม่ได้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม ระบบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในหลายประเทศยังไม่ครอบคลุมระดับชุมชน ทำให้การป้องกันปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ[3]

ประเทศไทย[4] พบปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงกระจายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การสำรวจร้านค้าปลีกในระดับตำบล 23 จังหวัด จำนวน 4,128 ร้าน พบร้านค้าปลีกจำหน่ายยาอันตรายร้อยละ 78.40 ยาปฏิชีวนะร้อยละ 65.20 และยาที่มีสเตียรอยด์ ร้อยละ 45.60 ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่มีเลขทะเบียนหรือมีเลขทะเบียนปลอม[5] พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนไทยได้รับอิทธิพลจากการโฆษณาทางสื่อต่างๆ โดยร้อยละ 72.80 ตัดสินใจซื้อจากการได้ยินข่าวลือหรือคำบอกเล่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีการศึกษาต่ำ การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบร้อยละ 68.90 ใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบันโดยไม่แจ้งแพทย์[6] ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความสามารถในการคุ้มครองตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.65 การรู้เท่าทันสื่อมีผลต่อการตระหนักรู้โฆษณาหลอกลวง โดยผู้ที่มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อสูงมีความสามารถในการระบุโฆษณาหลอกลวงได้[7] ร้อยละ 85.70 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพต้องอาศัยแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) และทฤษฎีระบบ (System Theory) ในการบูรณาการภาคีเครือข่ายหลายระดับ (Kemmis et al., 2014) กระบวนการพัฒนาระบบควรใช้หลักการ PDCA (Plan-Do-Check-Act) เพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งแต่ละตัวแปรมีความเชื่อมโยงกันตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างทัศนคติเชิงบวก และนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ (Bloom et al., 1971) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังต้องคำนึงถึงบริบทของชุมชน ความพร้อมของบุคลากร และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง[8]

อำเภอสหัสขันธ์[9] จังหวัดกาฬสินธุ์ ในพื้นที่ตำบลสหัสขันธ์ มีพื้นที่ 13 หมู่บ้าน มีร้านค้าชุมชน

จำนวน 54 ร้าน จากการสำรวจเบื้องต้นพบร้านค้าจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมประมาณร้อยละ 68.50 โดยส่วนใหญ่เป็นยาอันตราย ยาปฏิชีวนะ และยาที่มีสเตียรอยด์ ปัญหาสำคัญในพื้นที่ได้แก่ การขาดความต่อเนื่องในการเฝ้าระวัง การขาดแกนนำในการประสานงาน และการขาดศูนย์รวมข้อมูลการเฝ้าระวัง ผู้ประกอบการร้านค้าส่วนใหญ่ขาดความตระหนักในข้อกฎหมายและอันตรายต่อสุขภาพ ประชาชนในพื้นที่ร้อยละ 73.20 ไม่อ่านฉลากก่อนซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ และร้อยละ 65.80 เชื่อการโฆษณาทางวิทยุและรถเร่ พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.85 จาก 5.00 โดยด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพมีคะแนนต่ำสุด ประชาชนมีความสามารถในการคัดกรองข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพร่วมกับกับยาที่ไม่ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ ในชุมชน มีปัญหาการจำหน่าย ยาอันตราย ยาปฏิชีวนะ ยาต้านการอักเสบและยาบรรจุเสร็จ ยาที่ไม่ได้รับอนุญาต เช่น penicillin, piroxicam, tetracycline, ยาลดไข้ที่ผสมตัวยาหลายตัว, ยาชุดแก้ปวด, ยาแก้ไอ Bromhexine, ผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มรักษาบรรเทาอาการปวด ฉลากไม่ครบถ้วน มีการโฆษณาตามวิทยุ รถเร่ และการฝากขาย เป็นต้น จากการทบทวนปัญหาเบื้องต้น พบว่า ร้านค้าร้านชำ บางร้านยังคงจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ที่กฎหมายไม่อนุญาตให้จำหน่ายในร้านชำ ในการลงพื้นที่ในร้านค้าในชุมชนแต่ละครั้งผู้ประกอบการไม่ได้ใส่ใจและตระหนักถึงข้อกฎหมายและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้น ขาดความต่อเนื่องในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพและการใช้ยาที่สมเหตุผลในชุมชน และขาดแกนนำในการดำเนินงานและประสานงานอย่างเป็นระบบ ขาดศูนย์รวมในการรับเรื่องราวและประมวลผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพและการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลในชุมชนเป็นต้น

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับชุมชนจึงมีความจำเป็นเร่งด่วน เพื่อสร้างกลไกการป้องกันที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ การศึกษาควรมุ่งพัฒนาระบบที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลสหัสขันธ์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับ เพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน ผลการวิจัยจะเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลไปยังพื้นที่ในอำเภอสหัสขันธ์ ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อเป็นการพัฒนาและใช้ระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดี ลดความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐานและการใช้ยาที่เสี่ยงเป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาสถานการณ์ ความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยดำเนินการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ร่วมด้วย ดำเนินการวิจัย 9 เดือน

ระหว่างพฤศจิกายน 2567-กรกฎาคม 2568 และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลสหัสขันธ์ เจ้าหน้าที่ รพสต. เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข อสม. นักเรียน และเจ้าของร้านค้าชุมชน ในพื้นที่ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์, เชิงปริมาณ ข้อมูลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ตำบลสหัสขันธ์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567-กรกฎาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน จำนวน 13 คน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสหัสขันธ์ จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่ รพสต. จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบลสหัสขันธ์ จำนวน 4 คน อสม. จำนวน 39 คน ตัวแทนนักเรียน จำนวน 26 คน เจ้าของร้านค้าชุมชน จำนวน 13 คน รวมทั้งสิ้น 111 คน เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling), เชิงปริมาณ แบบบันทึกการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ย้อนหลัง 1 ปี (พฤศจิกายน 2566-ตุลาคม 2567) และข้อมูลการเฝ้าระวังระหว่างการใช้ระบบ (พฤศจิกายน 2567-กรกฎาคม 2568) ก่อน-หลัง การพัฒนากลุ่มละ 49 ตัวอย่างเท่ากัน รวม 98 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 6 ชุด ดังนี้ 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) แบบทดสอบความรู้ 3)แบบสอบถามทัศนคติ 4) แบบสอบถามพฤติกรรม 5) แบบประเมินความพึงพอใจ 6) แบบเก็บข้อมูลการเฝ้าระวัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้ Content Analysis ตามวิธีของ Crabtree & Miller[10]ประกอบด้วย การจัดแฟ้ม (Organizing) จัดเรียงข้อมูลตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ระยะเวลาการเก็บข้อมูล และประเด็นหลักของการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอิ่มตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในการเปรียบเทียบก่อนหลังการพัฒนา โดยใช้ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนก่อนหลังในด้าน ความรู้ ทัศนคติ และ พฤติกรรม และใช้ χ^2 เปรียบเทียบข้อมูลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 234/2567 รับรอง ณ วันที่ 7 พฤศจิกายน 2567- 6 พฤศจิกายน 2568 โดยได้ขออนุญาตและได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ตามเกณฑ์การคัดเข้า และเก็บข้อมูล โดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดโดยก่อนดำเนินการวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา สถานการณ์ ความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอ สหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 สถานการณ์ ปัญหา การเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในตำบลสหัสขันธ์ ยังมีปัญหาและความท้าทายหลายประการ เนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงในตลาดอย่างต่อเนื่อง ความซับซ้อนของช่องทางการกระจายผลิตภัณฑ์ในชุมชน และการขาดระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชาชนไม่ได้รับการคุ้มครองจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะในด้านการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีเลขทะเบียน การประเมินความปลอดภัยของยาสมุนไพร และการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับผู้บริโภคส่วนใหญ่มีความไม่รู้เท่าทันและไม่สามารถแยกแยะผลิตภัณฑ์ปลอดภัยได้ ขาดการสนับสนุนองค์ความรู้จากครอบครัวและชุมชน การให้ความรู้เรื่องการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยยังไม่เป็นระบบและไม่มีความต่อเนื่อง อีกทั้งการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีประสิทธิภาพ เครือข่ายในชุมชนยังมีความรู้และทักษะในการตรวจสอบและรายงานผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงไม่เพียงพอ การใช้เทคโนโลยีในการเฝ้าระวังยังมีข้อจำกัด ขาดระบบแจ้งเตือนและการบันทึกข้อมูลที่เป็นระบบ ทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย และไม่ได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในตำบลสหัสขันธ์ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกฝ่าย ทั้งจากทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล เครือข่ายชุมชน หน่วยงานกำกับดูแล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงควรมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองจากผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงอย่างครบถ้วน มีความปลอดภัยจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน เข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ ได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และสร้างระบบสนับสนุนจากชุมชนที่ยั่งยืน

1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มบุคลากรสุขภาพและเครือข่ายที่เข้าร่วมระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 111 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 84 คน ร้อยละ 75.68 และเพศชาย จำนวน 27 คน ร้อยละ 24.32 ตามลำดับ อายุ ส่วนมากมีอายุ ≤30 ปี และ 51-60 ปี จำนวนเท่ากัน คือ 31 คน ร้อยละ 27.93 รองลงมา 41-50 ปี จำนวน 21 คน ร้อยละ 18.92 >60 ปี จำนวน 16 คน ร้อยละ 14.41 และ 31-40 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 10.81 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยอายุ 41.3 ± 19.8 ปี ศาสนา ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 111 คน ร้อยละ 100.00 สถานภาพ ส่วนมากแต่งงานแล้ว จำนวน 67 คน ร้อยละ 60.36 รองลงมาโสด จำนวน 34 คน ร้อยละ 30.63 หย่าแยกกันอยู่ จำนวน 4 คน ร้อยละ 3.60 ส่วนหม้ายและอื่นๆ มีจำนวนเท่ากัน คือ 3 คน ร้อยละ 2.70 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนมากจบประถมศึกษา จำนวน 56 คน ร้อยละ 50.45 รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 24 คน ร้อยละ 21.62 มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 15 คน ร้อยละ 13.51 สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 8 คน ร้อยละ 7.21 ปริญญาตรี จำนวน 7 คน ร้อยละ 6.31 และอนุปริญญา/ปวส. จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.90 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ส่วนมากเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 39 คน ร้อยละ 35.14 รองลงมานักเรียน จำนวน 26 คน ร้อยละ 23.42 กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านและเจ้าของร้านค้าชุมชนจำนวนเท่ากัน คือ 13 คน ร้อยละ 11.71 ตามลำดับ ส่วนบุคลากร รพ.สต. จำนวน 6 คน ร้อยละ 5.41 และบุคลากร อปท. จำนวน 4 คน ร้อยละ 3.60 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือน ส่วนมากมีรายได้ ≤10,000 บาท จำนวน 70 คน ร้อยละ 63.06 รองลงมา 10,001-20,000 บาท

จำนวน 24 คน ร้อยละ 21.62 30,001-50,000 บาท จำนวน 9 คน ร้อยละ 8.11 และ 20,001-30,000 บาท จำนวน 8 คน ร้อยละ 7.21 ตามลำดับ โดยไม่มีผู้ที่มีรายได้เกิน 50,000 บาทต่อเดือน มีค่าเฉลี่ยรายได้ 11,908 ± 13,496 บาทต่อเดือน

2. กระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอ สหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

กระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การคิดเชิงระบบและการบูรณาการทุกภาคส่วนในการสร้างระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้กับชุมชนอย่างยั่งยืน ประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก 1) การพัฒนากลไกเฝ้าระวังที่เป็นรูปธรรม 2) การสนับสนุนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน 3) การขยายบทบาทเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ 4) การบูรณาการทุกภาคส่วน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1) การพัฒนากลไกเฝ้าระวังที่เป็นรูปธรรม ปัญหาที่พบ ได้แก่ ขาดกลไกเฝ้าระวังที่เป็นรูปธรรม ไม่มีระบบที่ชัดเจนในการตรวจสอบหรือเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นยา อาหารเสริม สมุนไพร เครื่องสำอาง หรือเวชภัณฑ์อื่นๆ แนวทางแก้ไข คัดเลือก กลุ่มแกนนำ อสม นักเรียน ผู้นำชุมชน ผู้ประกอบการ เข้าอบรม เพื่อเสริมสร้างทักษะงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดยการลงพื้นที่สำรวจร้านค้าและ ร้านชำในชุมชน โดยใช้เครื่องมือ โปรแกรม G-RDU และให้คำแนะนำเรื่องการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม และฝึกทักษะการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยผู้บริโภค ผ่านระบบรายงานของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (HPVC) จัดตั้งกลุ่มไลน์เฝ้าระวังชุมชน (Community Health Product Watch line) ภายใต้ความร่วมมือของการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

2.2) การสนับสนุนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ปัญหาที่พบ ได้แก่ ชุมชนขาดองค์ความรู้ (Health Literacy ต่ำ) ชาวบ้านจำนวนมากไม่สามารถแยกแยะผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัยหรือผิดกฎหมายได้ มีการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่มีเลขทะเบียน ไม่มี อย. ไม่มีเลขจดแจ้ง หรือโฆษณาเกินจริงโดยไม่มีการรายงาน แนวทางแก้ไข จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ เช่น คลินิกผลิตภัณฑ์สุขภาพเคลื่อนที่ จัดทำป้ายนิทรรศการ/QR code ตรวจเลข อย. ร่วมมือกับผู้นำชุมชน อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน และภาคีเครือข่าย ร่วมมือกับโรงเรียนบรรจุเข้าหลักสูตรการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนให้กับนักเรียน สนับสนุนกลุ่ม อย. น้อย ให้เยาวชนเป็น "นักสืบผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน"

2.3) การขยายบทบาทเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ปัญหาที่พบ ได้แก่ บทบาทของเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่มุ่งเน้นในเชิงตั้งรักษามากกว่างานส่งเสริมป้องกัน เภสัชกรทำหน้าที่ส่วนใหญ่ในการจ่ายยาและให้คำแนะนำ แต่ยังไม่มีบทบาทชัดเจนในการเฝ้าระวังในระดับชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย แนวทางแก้ไข ปรับบทบาทเภสัชกรขยายงานเภสัชกรรมปฐมภูมิสู่งานเชิงรุก สนับสนุนให้เภสัชกรกลายเป็นผู้ประสานงานระบบเฝ้าระวัง ทำงานร่วมกับ อสม. อปท. ผู้นำชุมชน และโรงเรียน นำข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังไปวิเคราะห์เพื่อใช้วางแผนคุ้มครองผู้บริโภคระดับพื้นที่

2.4) การบูรณาการทุกภาคส่วน ปัญหาที่พบ ได้แก่ ขาดการเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย โรงเรียน อสม. ผู้นำชุมชน อย.น้อย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำงานแบบแยกส่วน ไม่เชื่อมโยงกัน ทำให้การจัดการปัญหาไม่เป็นระบบ แนวทางแก้ไข จัดรูปแบบให้มีเวทีแลกเปลี่ยนระหว่าง รพ.สต.,

อบต., สาธารณสุขอำเภอ และโรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ เกิดเครือข่าย อย.น้อย อสม. เภสัชกรอย่างเป็นรูปธรรม

3. ผลของการใช้การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนและหลังการใช้ระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อมูลการ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนและหลังใช้ระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 98 ราย แบ่งเป็นก่อนใช้ระบบ 49 ราย และหลังใช้ระบบ 49 ราย พบว่า ด้านประเภทผลิตภัณฑ์ที่พบปัญหา ก่อนใช้ระบบส่วนมากพบผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่มีเลขหรือเลขไม่ถูกต้อง ทั้ง เลข อย./เลขจดแจ้ง/เลขทะเบียนยา จำนวน 21 ราย ร้อยละ 42.86 รองลงมาผลิตภัณฑ์สุขภาพหมดอายุ/เสื่อมคุณภาพ จำนวน 14 ราย ร้อยละ 28.57 ผลิตภัณฑ์ผสมสารสเตียรอยด์ จำนวน 7 ราย ร้อยละ 14.29 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไม่ได้มาตรฐาน จำนวน 5 ราย ร้อยละ 10.20 และเครื่องสำอางปลอม/ไม่ได้มาตรฐาน จำนวน 2 ราย ร้อยละ 4.08 ตามลำดับ หลังใช้ระบบ ยังคงพบผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่มีเลขหรือเลขไม่ถูกต้อง ทั้ง เลข อย./เลขจดแจ้ง/เลขทะเบียนยา จำนวน 17 ราย ร้อยละ 34.69 รองลงมายาหมดอายุ/เสื่อมคุณภาพและผลิตภัณฑ์ผสมสารสเตียรอยด์จำนวนเท่ากัน คือ 11 ราย ร้อยละ 22.45 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไม่ได้มาตรฐาน จำนวน 7 ราย ร้อยละ 14.29 และเครื่องสำอางปลอม/ไม่ได้มาตรฐาน จำนวน 3 ราย ร้อยละ 6.12 ตามลำดับ ด้านสถานที่พบผลิตภัณฑ์เสี่ยง ก่อนใช้ระบบส่วนมากพบที่ร้านชำทั่วไป จำนวน 30 ราย ร้อยละ 61.22 รองลงมาแผงลอยในตลาดนัด จำนวน 9 ราย ร้อยละ 18.37 การขายตามบ้าน/เร่ขาย จำนวน 7 ราย ร้อยละ 14.29 และร้านขายออนไลน์ จำนวน 3 ราย ร้อยละ 6.12 ตามลำดับ หลังใช้ระบบ ยังคงพบที่ร้านชำทั่วไปมากที่สุด จำนวน 28 ราย ร้อยละ 57.14 รองลงมาแผงลอยในตลาดนัด จำนวน 12 ราย ร้อยละ 24.49 การขายตามบ้าน/เร่ขาย จำนวน 5 ราย ร้อยละ 10.20 และร้านขายออนไลน์ จำนวน 4 ราย ร้อยละ 8.16 ตามลำดับ ด้านการดำเนินการเมื่อพบปัญหา ก่อนใช้ระบบ ส่วนมากให้ความรู้ผู้บริโภค จำนวน 37 ราย ร้อยละ 75.51 รองลงมาแจ้งเตือนเจ้าของร้าน จำนวน 33 ราย ร้อยละ 67.35 รายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 28 ราย ร้อยละ 57.14 และเก็บตัวอย่างตรวจสอบสารปนเปื้อน จำนวน 21 ราย ร้อยละ 42.86 ตามลำดับ หลังใช้ระบบส่วนมากให้ความรู้ผู้บริโภค จำนวน 45 ราย ร้อยละ 91.84 รองลงมาแจ้งเตือนเจ้าของร้าน จำนวน 42 ราย ร้อยละ 85.71 รายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 38 ราย ร้อยละ 77.55 และเก็บตัวอย่างตรวจสอบสารปนเปื้อน จำนวน 30 ราย ร้อยละ 61.22 ตามลำดับ ด้านผู้พบและรายงานปัญหา ก่อนใช้ระบบ ส่วนมากเป็น อสม. จำนวน 14 ราย ร้อยละ 28.57 รองลงมาเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาล และประชาชนทั่วไปจำนวนเท่ากัน คือ 9 ราย ร้อยละ 18.37 เจ้าหน้าที่ รพ.สต.และผู้นำชุมชนจำนวนเท่ากัน คือ 7 ราย ร้อยละ 14.29 และนักเรียน จำนวน 3 ราย ร้อยละ 6.12 ตามลำดับ หลังใช้ระบบ ส่วนมากเป็น อสม. จำนวน 19 ราย ร้อยละ 38.78 รองลงมาเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 10 ราย ร้อยละ 20.41 เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาล และผู้นำชุมชน จำนวนเท่ากัน คือ 7 ราย ร้อยละ 14.29 ประชาชนทั่วไป จำนวน 4 ราย ร้อยละ 8.16 และนักเรียน จำนวน 2 ราย ร้อยละ 4.08 ตามลำดับ ด้านผลลัพธ์การดำเนินการ ก่อนใช้ระบบ ส่วนมากแก้ไขปัญหาได้สมบูรณ์ จำนวน 30 ราย ร้อยละ 61.22 รองลงมาแก้ไขได้บางส่วน จำนวน 12 ราย ร้อยละ 24.49 อยู่ระหว่างดำเนินการ จำนวน 5

ราย ร้อยละ 10.20 และไม่สามารถแก้ไขได้ จำนวน 2 ราย ร้อยละ 4.08 ตามลำดับ หลังใช้ระบบส่วนมากแก้ไขปัญหาได้สมบูรณ์ จำนวน 40 ราย ร้อยละ 81.63 รองลงมาแก้ไขได้บางส่วน จำนวน 7 ราย ร้อยละ 14.29 อยู่ระหว่างดำเนินการ จำนวน 2 ราย ร้อยละ 4.08 และไม่มีรายที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ร้อยละ 0.00 ตามลำดับ ด้านการติดตามผล ก่อนใช้ระบบ ส่วนมากมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 37 ราย ร้อยละ 75.51 รองลงมาติดตามเป็นครั้งคราว จำนวน 7 ราย ร้อยละ 14.29 และไม่มีการติดตาม จำนวน 5 ราย ร้อยละ 10.20 ตามลำดับ หลังใช้ระบบ ส่วนมากมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 47 ราย ร้อยละ 95.92 รองลงมาติดตามเป็นครั้งคราว จำนวน 2 ราย ร้อยละ 4.08 และไม่มีรายที่ไม่มีการติดตาม ร้อยละ 0.00 ตามลำดับ ด้านความครอบคลุมการเฝ้าระวัง ก่อนใช้ระบบ ส่วนมากครอบคลุมบางหมู่บ้าน จำนวน 28 ราย ร้อยละ 57.14 รองลงมาครอบคลุมทั้ง 13 หมู่บ้าน จำนวน 21 ราย ร้อยละ 42.86 และไม่มีรายที่ไม่ครอบคลุม ร้อยละ 0.00 ตามลำดับ หลังใช้ระบบ ส่วนมากครอบคลุมทั้ง 13 หมู่บ้าน จำนวน 45 ราย ร้อยละ 91.84 รองลงมาครอบคลุมบางหมู่บ้าน จำนวน 4 ราย ร้อยละ 8.16 และไม่มีรายที่ไม่ครอบคลุม ร้อยละ 0.00 ตามลำดับ

3.2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพรายข้อ ก่อน-หลังการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวม 8.41 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 84.10 อยู่ในระดับดี 3 อันดับแรกในข้อที่ตอบถูกสูงสุดได้แก่ ข้อ 8 ควรอ่านฉลากของผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนเลือกซื้อ ร้อยละ 95.5 รองลงมาข้อ 6 ถ้ามีผื่นแพ้ควรเลิกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้นทันที ร้อยละ 94.6 และข้อ 9 ข้อมูลโรงงานที่ผลิตของผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ ร้อยละ 92.8 ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวม 9.18 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 91.80 อยู่ในระดับดี 3 อันดับแรกในข้อที่ตอบถูกสูงสุดได้แก่ ข้อ 8 ควรอ่านฉลากของผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนเลือกซื้อ ร้อยละ 99.1 รองลงมาข้อ 6 ถ้ามีผื่นแพ้ควรเลิกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้นทันที ร้อยละ 98.2 และข้อ 9 ข้อมูลโรงงานที่ผลิตของผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ ร้อยละ 97.3 ตามลำดับ

3.3 การเปรียบเทียบทัศนคติที่เกี่ยวกับความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพรายข้อ ก่อน-หลังการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวม 2.31 คะแนน (S.D.=0.41) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 46.20 อยู่ในระดับไม่ดี 3 อันดับแรกในข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ข้อ 7 ท่านคิดว่าผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐานไม่ควรมีในชุมชน คะแนนเฉลี่ย 2.47 (S.D.=0.73) รองลงมาข้อ 1 ท่านคิดว่า อย. เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 2.45 (S.D.=0.68) และข้อ 9 การศึกษาข้อมูลก่อนซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพจะช่วยประหยัดได้ คะแนนเฉลี่ย 2.41 (S.D.=0.69) ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวม 2.49 คะแนน (S.D.=0.49) คิดเป็นร้อยละ 49.80 อยู่ในระดับปานกลาง 3 อันดับแรกในข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ข้อ 7 ท่านคิดว่าผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐานไม่ควรมีในชุมชน คะแนนเฉลี่ย 2.64 (S.D.=0.77) รองลงมาข้อ 1 ท่านคิดว่า อย. เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 2.58 (S.D.=0.72) และข้อ 9 การศึกษาข้อมูลก่อนซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพจะช่วยประหยัดได้ คะแนนเฉลี่ย 2.56 (S.D.=0.73) ตามลำดับ

3.4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพรายข้อ ก่อน-หลังการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัส

ขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวม 2.59 คะแนน (S.D.=0.73) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 51.80 อยู่ในระดับไม่ดี 3 อันดับแรกในข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ข้อ 6 ท่านเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพจากร้านค้าที่น่าเชื่อถือได้ คะแนนเฉลี่ย 2.82 (S.D.=0.71) รองลงมาข้อ 3 ท่านสังเกต เครื่องหมาย อย. ทุกครั้งก่อนซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 2.73 (S.D.=0.76) และข้อ 7 ท่านเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพตามคำแนะนำของบุคคลที่มีความรู้ทางการแพทย์และน่าเชื่อถือ คะแนนเฉลี่ย 2.71 (S.D.=0.79) ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวม 4.12 คะแนน (S.D.=0.64) คิดเป็นร้อยละ 82.40 อยู่ในระดับดี 3 อันดับแรกในข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ข้อ 3 ท่านสังเกต เครื่องหมาย อย. ทุกครั้งก่อนซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 4.32 (S.D.=0.59) รองลงมาข้อ 6 ท่านเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพจากร้านค้าที่น่าเชื่อถือได้ คะแนนเฉลี่ย 4.28 (S.D.=0.62) และข้อ 1 ท่านปรึกษาเภสัชกรก่อนเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงสูง คะแนนเฉลี่ย 4.25 (S.D.=0.67) ตามลำดับ

3.5 การเปรียบเทียบความพึงพอใจรายข้อก่อน-หลัง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวม 2.37 คะแนน (S.D.=0.44) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 47.40 อยู่ในระดับไม่ดี 3 อันดับแรกในข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ข้อ 3 ความรู้ความสามารถของบุคลากรและภาคีเครือข่ายในการดูแลเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 2.45 (S.D.=0.65) รองลงมาข้อ 1 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน คะแนนเฉลี่ย 2.42 (S.D.=0.68) และข้อ 2 อัธยาศัยไมตรี และความเต็มใจในการส่งเสริมทักษะการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 2.38 (S.D.=0.72) ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวม 3.99 คะแนน (S.D.=0.37) คิดเป็นร้อยละ 79.80 อยู่ในระดับดี 3 อันดับแรกในข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ข้อ 1 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน คะแนนเฉลี่ย 4.15 (S.D.=0.58) รองลงมาข้อ 3 ความรู้ความสามารถของบุคลากรและภาคีเครือข่ายในการดูแลเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 4.12 (S.D.=0.55) และข้อ 2 อัธยาศัยไมตรี และความเต็มใจในการส่งเสริมทักษะการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 4.08 (S.D.=0.62) ตามลำดับ

3.6 การเปรียบเทียบภาพรวม ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจ ที่เกี่ยวกับความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อน-หลังการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย 8.41 คะแนน (S.D. 1.42) อยู่ในระดับดี ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย 9.18 คะแนน (S.D. 0.96) อยู่ในระดับดี จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=2.28

ทัศนคติต่อการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า ทัศนคติต่อการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย 23.10 คะแนน (S.D. 4.10) อยู่ในระดับไม่ดี ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า ทัศนคติต่อการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย 24.85 คะแนน (S.D. 4.85) อยู่ในระดับปานกลาง จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับทัศนคติต่อการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=1.68

พฤติกรรมการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า พฤติกรรมการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย 25.90 คะแนน (S.D. 7.30) อยู่ในระดับไม่ดี ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า พฤติกรรมการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย 41.20 คะแนน (S.D. 6.40) อยู่ในระดับดี จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับพฤติกรรมการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, t=3.95

ความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวัง ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า ความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวังมีคะแนนเฉลี่ย 11.85 คะแนน (S.D. 2.18) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า ความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวังมีคะแนนเฉลี่ย 19.95 คะแนน (S.D. 1.85) อยู่ในระดับดี จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=2.67 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อน-หลังการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=111)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
1. ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ	8.41	1.42	ดี	9.18	0.96	ดี	2.28	0.024*
2. ทัศนคติต่อการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ	23.10	4.10	ไม่ดี	24.85	4.85	ปานกลาง	1.68	0.096
3. พฤติกรรมการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ	25.90	7.30	ไม่ดี	41.20	6.40	ดี	3.95	<0.001*
4. ความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวัง	11.85	2.18	ปานกลาง	19.95	1.85	ดี	2.67	0.009*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.7 การเปรียบเทียบประสิทธิผลการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน-หลังการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ด้านการดำเนินการเมื่อพบปัญหา พบว่า การแจ้งเตือนเจ้าของร้าน ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า มีการแจ้งเตือนเจ้าของร้าน จำนวน 33 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 67.35) ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า มีการแจ้งเตือนเจ้าของร้าน จำนวน 42 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 85.71) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า การแจ้งเตือนเจ้าของร้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เก็บตัวอย่างตรวจสอบสารปนเปื้อน ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า มีการเก็บตัวอย่างตรวจสอบสารปนเปื้อน จำนวน 21 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 42.86) ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า มีการเก็บตัวอย่างตรวจสอบสารปนเปื้อน จำนวน 30 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 61.22) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า เก็บตัวอย่างตรวจสอบสารปนเปื้อน เพิ่มขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ และ การรายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า มีการรายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 28 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 57.14) ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า มีการรายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 38 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 77.55) จากการทดสอบ

ทางสถิติ พบว่า การรายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, χ^2=4.58 และ การให้ความรู้ผู้บริโภค ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า มีการให้ความรู้ผู้บริโภค จำนวน 37 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 75.51) ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า มีการให้ความรู้ผู้บริโภค จำนวน 45 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 91.84) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า การให้ความรู้ผู้บริโภคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านผลลัพธ์การดำเนินการ พบว่า การแก้ไขปัญหาได้สมบูรณ์ ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า สามารถแก้ไขปัญหาได้สมบูรณ์ จำนวน 30 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 61.22) ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า สามารถแก้ไขปัญหาได้สมบูรณ์ จำนวน 40 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 81.63) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า การแก้ไขปัญหาได้สมบูรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การแก้ไขได้บางส่วน ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า สามารถแก้ไขได้บางส่วน จำนวน 12 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 24.49) ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า สามารถแก้ไขได้บางส่วน จำนวน 7 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 14.29) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า การแก้ไขได้บางส่วนลดลง แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

ด้านการติดตามผล พบว่า การติดตามอย่างต่อเนื่อง ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 37 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 75.51) ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง จำนวน 47 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 95.92) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า การติดตามอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การไม่มีการติดตาม ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า ไม่มีการติดตาม จำนวน 5 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 10.20) ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า ไม่มีการติดตาม จำนวน 0 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 0.00) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า การไม่มีการติดตามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านความครอบคลุมการเฝ้าระวัง พบว่า การครอบคลุมทั้ง 13 หมู่บ้าน ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า มีการครอบคลุมทั้ง 13 หมู่บ้าน จำนวน 21 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 42.86) ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า มีการครอบคลุมทั้ง 13 หมู่บ้าน จำนวน 45 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 91.84) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า การครอบคลุมทั้ง 13 หมู่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การครอบคลุมบางหมู่บ้าน ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า มีการครอบคลุมบางหมู่บ้าน จำนวน 28 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 57.14) ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า มีการครอบคลุมบางหมู่บ้าน จำนวน 4 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 8.16) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า การครอบคลุมบางหมู่บ้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านประเภทผู้พบและรายงานปัญหา พบว่า การเปรียบเทียบประเภทผู้พบ/รายงานปัญหา พบว่า บุคลากรสุขภาพ (อสม./รพ.สต./เภสัชกร) ผู้นำชุมชน ประชาชนทั่วไป และนักเรียน แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบปัญหาสำคัญ 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านการเฝ้าระวังตามมาตรฐาน ด้านการติดตามและประเมิน ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านความปลอดภัยและการป้องกัน และด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม เนื่องจากร้านค้าในชุมชนเป็นจุดสำคัญในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วีรณัฐ ไชยคุณ[11] และ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประวิ อำพันธุ์[12] และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุดารัตน์ จังอินทร์[13]

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้กระบวนการพัฒนา 4

กระบวนการหลัก ได้แก่ การพัฒนากลไกเฝ้าระวังที่เป็นรูปธรรม การสนับสนุนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน การขยายบทบาทเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ และการบูรณาการทุกภาคส่วน เนื่องจากการให้ความรู้เรื่องการอ่านฉลากและเครื่องหมาย อย. เลขทะเบียน อย. เลขจดแจ้ง มีความสำคัญต่อการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วีรณัฐ ไชยคุณ[11] สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล[14]

การศึกษาผลของการใช้การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ในด้านผลกระทบต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้น ด้านผลลัพธ์การดำเนินการ พบว่า การแก้ไขปัญหาได้สมบูรณ์เพิ่มขึ้น ส่วนการแก้ไขได้บางส่วนลดลง แสดงให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาได้อย่างสมบูรณ์มากขึ้น ด้านความครอบคลุมการเฝ้าระวัง พบว่าการครอบคลุมทั้ง 13 หมู่บ้านเพิ่มขึ้น ส่วนการครอบคลุมบางหมู่บ้านลดลง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความครอบคลุมที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลกระทบต่อความพึงพอใจ ความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวังเพิ่มขึ้นซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้นโดยเฉพาะในด้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน และความรู้ความสามารถของบุคลากรและภาคีเครือข่าย ส่วนการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วีรณัฐ ไชยคุณ[11] และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายดานสุขภาพ[15]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควรเน้นการสร้างกลไกที่เป็นรูปธรรม โดยพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และการใช้เทคโนโลยีที่เข้าถึงได้ง่าย

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ควรจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในด้านการระบุและรายงานผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยง

3. ควรมีการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ควรสร้างกลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วย บุคลากร และภาคีเครือข่าย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสหัสขันธ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. (2017). WHO global surveillance and monitoring system for substandard and falsified medical products. World Health Organization.

2.Axon, D. R., Vanova, J., Edel, C., & Slack, M. (2017). Dietary supplement use, knowledge, and perceptions among student pharmacists. American Journal of Pharmaceutical Education, 81(5), 92.

3.Yang, S. C., Hsu, W., & Chiang, C. (2020). The associations among individual factors, media literacy and dietary supplement use among college students: Cross-sectional study. Journal of Medical Internet Research, 22(8), e19056.

4.กฤษณี เกิดศรี และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับความสามารถในการคุ้มครองตนเองของผู้บริโภคในเรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ. วารสารเภสัชกรรมไทย, 10(1), 239-248.

5.ฐานันดร สหะวรกุลศักดิ์ และสมบัติ ธำรงสินถาวร. (2561). ศักยภาพการรู้เท่าทันสื่อที่ส่งผลต่อการตระหนักรู้โฆษณาหลอกลวงในกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ในจังหวัดชลบุรี. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2(1), 26-37.

6.ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และคณะ. (2559). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในปัจจุบัน. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

7.เบญจมาศ บุดดาวงศ์ และคณะ. (2559). แหล่งต้นทางและเส้นทางการกระจายยาไม่เหมาะสมในชุมชนจาก 8 จังหวัด สู่ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสมเชิงระบบ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 11(1), 260-268.

8.ณัฏฐ์ณพัชร์ อ่อนตาม. (2563). เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle). วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย, 1(3), 39-46.

9.รายงานของกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสหัสขันธ์. (2566). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.

10.Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

11.วีรณัฐ ไชยคุณ. (2564). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสุขศึกษา. มหาวิทยาลัยบูรพา.

12.ประวิ อำพันธุ์. (2562). สถานการณ์ ปัญหา และการพัฒนารูปแบบแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพของสถานีวิทยุกระจายเสียงจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสุขศึกษา. มหาวิทยาลัยบูรพา.

13.สุดารัตน์ จังอินทร์. (2565). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน; การจัดการความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟาริน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เครือขายบริการสุขภาพอำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสุขภาพ. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

14.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในปัจจุบัน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

15.มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายดานสุขภาพ. (2559). การพัฒนาขอเสนอเกี่ยวกับระบบโครงสร้างการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทยในอนาคต. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายดานสุขภาพ.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

Development of Care Model for Psychiatric Patients with Substance Abuse Having Aggressive Violent Behavior in Community by Multidisciplinary Team and Network Partners, Sophisai District, Buengkan Province.

(Received: September 20,2025 ; Revised: September 28,2025 ; Accepted: September 29,2025)

ทิพวรรณ คิตเสน[1]
Tippawan Kittasen[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย และศึกษาผลการใช้รูปแบบดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึง กันยายน 2568 รวมระยะเวลา 9 เดือน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน รวม 79 คน และผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จำนวน 88 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และแบบประเมินความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบได้รูปแบบเป็น HEALING Model ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) H-Holistic Crisis Response System ระบบเผชิญเหตุแบบองค์รวม 2) E-Education and Community Awareness การศึกษาและสร้างความตระหนักในชุมชน 3) A-Alliance Building การสร้างเครือข่ายพันธมิตร 4) L-Learning Partnership การเรียนรู้ร่วมกันผ่านโรงเรียนครอบครัว 5) I-Integrated Care การบูรณาการการดูแลต่อเนื่อง 6) N-Nurturing Environment การสร้างสภาพแวดล้อมสนับสนุน 7) G-Group Support การสนับสนุนแบบกลุ่ม ผลการใช้รูปแบบพบว่า อาการซึมเศร้าลดลงจากร้อยละ 75.00 เป็นร้อยละ 35.23 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูงลดลงจากร้อยละ 25.00 เป็นร้อยละ 3.41 พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาลดลงจากร้อยละ 75.00 เป็นร้อยละ 25.00 ความพึงพอใจปรับปรุงจากระดับไม่ดี (ร้อยละ 40.40) เป็นระดับดี (ร้อยละ 82.08) การทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าอาการทางจิตเวชและความพึงพอใจมีการปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด, พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง, ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

Abstract

This study was Participatory Action Research (PAR) aimed to investigate the situation, problems, and existing models of care for psychiatric patients with substance abuse having aggressive violent behavior; develop a care model for psychiatric patients with substance abuse having aggressive violent behavior in community by multidisciplinary team and network partners; and evaluate the effectiveness of this care model in So Phisai District, Bueng Kan Province. Study was during January – September 2025 total of 9 months. The sample consisted of 79 healthcare personnel and community network partners, and 88 psychiatric patients with substance abuse having aggressive violent behavior. Research instruments included semi-structured interview guides, demographic questionnaires, depression assessment forms, suicide risk assessment forms, aggressive behavior assessment forms,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

and satisfaction assessment forms. Statistics used included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test for pre-post comparisons.

Study results revealed that HEALING Model comprised seven core components: 1) H-Holistic Crisis Response System 2) E-Education and Community Awareness 3) A-Alliance Building 4) L-Learning Partnership through family schools 5) I-Integrated Care continuity 6) N-Nurturing Environment support 7) G-Group Support. Results showed significant improvements: depression symptoms decreased from 75.00% to 35.23%, high suicide risk reduced from 25.00% to 3.41%, verbal aggressive behavior declined from 75.00% to 25.00%, and satisfaction improved from poor (40.40%) to good levels (82.08%). Statistical analysis revealed significant improvements in psychiatric symptoms and satisfaction ($p < .001$).

Keywords: Psychiatric patients with substance abuse, Aggressive violent behavior, Multidisciplinary team

บทนำ

ปัญหาจิตเวชจากการใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อาชญากรรม สิทธิมนุษยชน และความยากจน ในปี 2564 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกจำนวนมากกว่า 296 ล้านคน ในช่วงอายุ 15-64 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.00 จากช่วงทศวรรษที่ผ่านมา และมีผู้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพรุนแรงจากการเสพยาเสพติดจำนวน 39.5 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 45.00[1] ประเทศไทยในปี 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง (SMI-V) จำนวน 13,194 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 8,245 คน ร้อยละ 62.49 เมื่อพิจารณาตามประเภทผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-19) จำนวน 2,213 คน ร้อยละ 17.34[2] จังหวัดบึงกาฬเป็นจังหวัดที่ติดชายแดนสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีการจับกุมยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนสูงขึ้นในทุกปี จึงเป็นแหล่งลำเลียงของยาเสพติดที่สำคัญ อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ มีการแพร่ระบาดอย่างหนัก โดยในปี 2567 มีผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่ไม่ได้เข้าถึงบริการรักษาประมาณ 700 คน มีรายงานก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตเป็นจำนวน 4 ราย และสูญเสียทรัพย์สินจำนวนมากไม่สามารถระบุมูลค่าความเสียหายได้[3] การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต้องการการทำงานแบบบูรณาการของทีม สหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมและมีความต่อเนื่องที่ควรเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย[4] แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัด[5]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการบูรณาการการดูแลแบบองค์รวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบเดิม ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามกระบวนการ PAOR ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึง เมษายน 2568 รวมระยะเวลา 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในอำเภอโซ่พิสัย จำนวน 17 คน ตัวแทนภาครัฐและภาคีเครือข่าย จำนวน 62 คน และผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง (กลุ่มสีแดง) ที่ขึ้นทะเบียนบำบัดในพื้นที่อำเภอโซ่พิสัย จำนวน 234 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย บุคลากรสหวิชาชีพ จำนวน 17 คน ภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 62 คน รวม 79 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จำนวน 88 คน โดยคำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากรและสุ่มจากทะเบียนรายชื่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และแบบประเมินความพึงพอใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.92 จากนั้นจึงทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient = 0.94

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเป็น 8 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ 2) การกำหนดมาตรการกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา 3) การกำหนดบทบาทภาคีเครือข่าย 4) การดำเนินการตามรูปแบบมาตรการกิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่าย 5) การสรุปถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคแนวทางแก้ไข 6) การปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไข 7) การดำเนินการตามรูปแบบที่ปรับปรุง และ 8) การสรุปถอดบทเรียนสุดท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนหลังการใช้รูปแบบ ด้วยสถิติ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

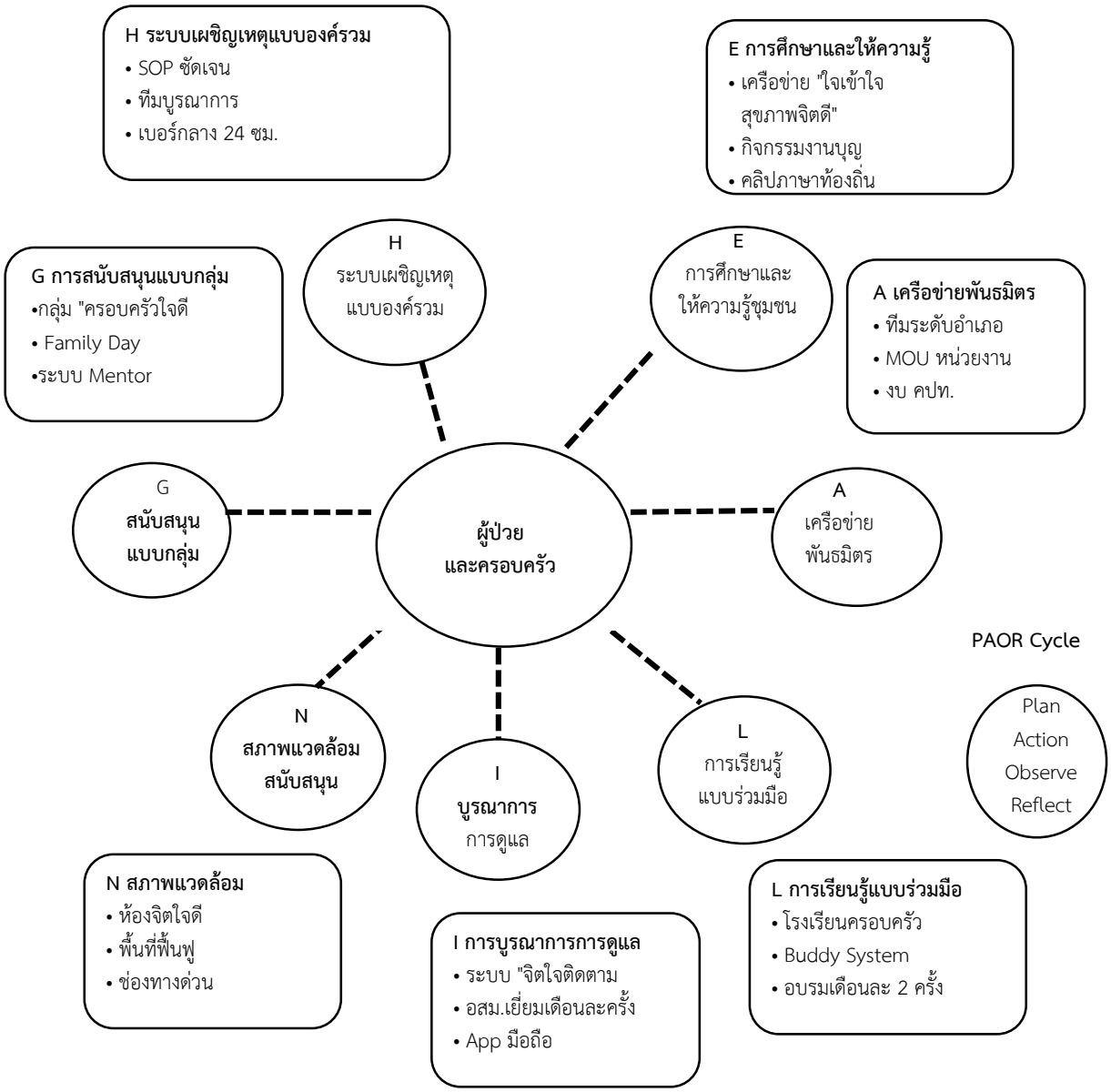
การวิจัยครั้งนี้ได้ขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โดยคำนึงถึงจริยธรรมทางการวิจัยในการศึกษาตลอดเวลาและให้ความสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นส่วนตัว (privacy) ด้านการรักษาความลับ (confidentiality) และด้านการยินยอมพร้อมใจ (informed consent)

ผลการวิจัย

สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จากการสนทนากลุ่มและการสำรวจ พบว่าอำเภอโซ่พิสัยมีผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดกลุ่มสีแดง จำนวน 234 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.45 ของผู้ป่วยทั้งจังหวัด ปัญหาหลักมี 8 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ปริมาณผู้ป่วยสูง ระบบเผชิญเหตุไม่มีประสิทธิภาพ การตีตราในชุมชน การขาดการดูแลต่อเนื่อง การทำงานแยกส่วนของหน่วยงาน ครอบครัวขาดความรู้และทักษะ สิ่งแวดล้อมการให้บริการไม่เหมาะสม และขาดระบบสนับสนุนครอบครัว ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 88 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 73 คน ร้อยละ 82.95 มีค่าเฉลี่ยอายุ 35.52 ± 13.23 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับ ประถมศึกษา จำนวน 33 คน ร้อยละ 37.50 อาชีพหลักส่วนใหญ่

ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 40 คน ร้อยละ 45.45

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ได้เป็น HEALING Model ถูกพัฒนาขึ้นโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 2 วงรอบ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ H-Holistic Crisis Response System ระบบเผชิญเหตุแบบองค์รวมที่บูรณาการตำรวจ กู้ภัย และ รพ.สต. ทำงานร่วมกันตาม SOP ที่ชัดเจน E-Education and Community Awareness การศึกษาและสร้างความตระหนักในชุมชนผ่านเครือข่าย "ใจเข้าใจ สุขภาพจิตดี" และการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น A-Alliance Building การสร้างเครือข่ายพันธมิตรระดับอำเภอที่มี MOU ระหว่าง 15 หน่วยงาน L-Learning Partnership การเรียนรู้ร่วมกันผ่าน "โรงเรียนครอบครัวจิตใจดี" และระบบ Buddy System I-Integrated Care การบูรณาการการดูแลผ่านระบบ "จิตใจติดตาม" โดย อสม.เยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง N-Nurturing Environment การสร้างสภาพแวดล้อมสนับสนุนด้วย "ห้องจิตใจดี" และพื้นที่ฟื้นฟู G-Group Support การสนับสนุนแบบกลุ่มผ่าน "ครอบครัวจิตใจดี" และ Family Day ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพ 4.1 โมเดลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ด้านการปรับปรุงอาการทางจิตเวช ผลการศึกษาพบการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน อาการซึมเศร้าลดลงจากร้อยละ 75.00 เป็นร้อยละ 35.23 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูงลดลงจากร้อยละ 25.00 เป็นร้อยละ 3.41 พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาลดลงจากร้อยละ 75.00 เป็นร้อยละ 25.00 พฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของที่ไม่มีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.23 เป็นร้อยละ 85.23 พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองที่ไม่มีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.55 เป็นร้อยละ 89.77 และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นที่ไม่มีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.77 เป็นร้อยละ 87.50 ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ มีผลการประเมินอาการทางจิตเวชดังต่อไปนี้ ภาวะซึมเศร้า 2Q ส่วนมากมีอาการซึมเศร้า จำนวน 66 คน ร้อยละ 75.00 รองลงมาไม่มีอาการซึมเศร้า จำนวน 22 คน ร้อยละ 25.00 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ส่วนมากมีความเสี่ยงต่ำ จำนวน 40 คน ร้อยละ 45.45 รองลงมาไม่มีความเสี่ยง จำนวน 26 คน ร้อยละ 29.55 และมีความเสี่ยงสูง จำนวน 22 คน ร้อยละ 25.00 ตามลำดับ พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ส่วนมากพูดเสียงดังโกรธ จำนวน 35 คน ร้อยละ 39.77 รองลงมาพูดหยาบคาย ด่าทอ จำนวน 22 คน ร้อยละ 25.00 และไม่มี จำนวน 22 คน ร้อยละ 25.00 เท่ากัน ตามลำดับ ขู่จะทำร้ายผู้อื่น จำนวน 9 คน ร้อยละ 10.23 พฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ ส่วนมากปาของ ทุบประตู จำนวน 31 คน ร้อยละ 35.23 รองลงมาไม่มี จำนวน 31 คน ร้อยละ 35.23 เท่ากัน และเตะ ขว้างสิ่งของ จำนวน 18 คน ร้อยละ 20.45 ตามลำดับ ทำลายสิ่งของ ทุบกระจก จำนวน 8 คน ร้อยละ 9.09 พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ส่วนมากไม่มี จำนวน 48 คน ร้อยละ 54.55 รองลงมาดึงผม ตบตัวเอง จำนวน 22 คน ร้อยละ 25.00 และโขกศีรษะ ชกตัวเอง จำนวน 13 คน ร้อยละ 14.77 ตามลำดับ กรีดตัวเองทำให้เกิดบาดแผล จำนวน 5 คน ร้อยละ 5.68 พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น ส่วนมากไม่มี จำนวน 35 คน ร้อยละ 39.77 รองลงมาขวางทาง เสื้อผ้าถูกดึง จำนวน 31 คน ร้อยละ 35.23 และผลัก ตบ เตะ จำนวน 18 คน ร้อยละ 20.45 ตามลำดับ ตี กัด เตะอย่างรุนแรง จำนวน 4 คน ร้อยละ 4.55 ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ มีผลการประเมินอาการทางจิตเวชดังนี้ ภาวะซึมเศร้า 2Q ส่วนมากไม่มีอาการซึมเศร้า จำนวน 57 คน ร้อยละ 64.77 รองลงมามีอาการซึมเศร้า จำนวน 31 คน ร้อยละ 35.23 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ส่วนมากไม่มีความเสี่ยง จำนวน 66 คน ร้อยละ 75.00 รองลงมามีความเสี่ยงต่ำ จำนวน 19 คน ร้อยละ 21.59 และมีความเสี่ยงสูง จำนวน 3 คน ร้อยละ 3.41 ตามลำดับ พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ส่วนมากไม่มี จำนวน 66 คน ร้อยละ 75.00 รองลงมาพูดเสียงดัง โกรธ จำนวน 16 คน ร้อยละ 18.18 และพูดหยาบคาย ด่าทอ จำนวน 5 คน ร้อยละ 5.68 ตามลำดับ ขู่จะทำร้ายผู้อื่น จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.14 พฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของส่วนมากไม่มี จำนวน 75 คน ร้อยละ 85.23 รองลงมาปาของ ทุบประตู จำนวน 10 คน ร้อยละ 11.36 และเตะ ขว้างสิ่งของ จำนวน 3 คน ร้อยละ 3.41 ตามลำดับ ไม่พบการทำลายสิ่งของ ทุบกระจก พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ส่วนมากไม่มี จำนวน 79 คน ร้อยละ 89.77 รองลงมาดึงผม ตบตัวเอง จำนวน 7 คน ร้อยละ 7.95 และโขกศีรษะ ชกตัวเอง จำนวน 2 คน ร้อยละ 2.27 ตามลำดับ ไม่พบการกรีดตัวเองทำให้เกิดบาดแผล พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น

ส่วนมากไม่มี จำนวน 77 คน ร้อยละ 87.50 รองลงมา ขวางทาง เสื้อผ้าถูกดึง จำนวน 8 คน ร้อยละ 9.09 และผลัก ตบ เตะ จำนวน 3 คน ร้อยละ 3.41 ตามลำดับ ไม่พบการตี กัด เตะอย่างรุนแรง

2) ด้านความพึงพอใจต่อบริการ ความพึงพอใจของผู้ป่วยปรับปรุงจากระดับไม่ดี (ร้อยละ 40.40) เป็นระดับดี (ร้อยละ 82.08) โดยด้านที่ปรับปรุงดีที่สุดคือการเกิดผลดีต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด การบริการที่ดีด้วยอัธยาศัย และง่ายสะดวกในการนำไปใช้ การปรับปรุงความพึงพอใจนี้สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบใหม่ ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในแต่ละด้านอยู่ในระดับไม่ดีทุกด้าน โดยการเกิดผลดีต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด คะแนนเฉลี่Y 2.08 คะแนน (S.D.=0.78) ง่ายสะดวกในการนำไปใช้ คะแนนเฉลี่ย 2.12 คะแนน (S.D.=0.84) และการบริการที่ดีด้วยอัธยาศัย คะแนนเฉลี่ย 2.05 คะแนน (S.D.=0.82) ตามลำดับ เป็นด้านที่มีคะแนนสูงสุด 3 ข้อแรก โดยมีคะแนนความพึงพอใจรวม 10.10 คะแนน (S.D.=1.84) จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 40.40 (S.D.=7.36) อยู่ในระดับไม่ดี ส่วนความพึงพอใจที่มีคะแนนต่ำสุด 2 ข้อแรก ได้แก่ การเฝ้าระวังและควบคุม คะแนนเฉลี่ย 1.89 คะแนน (S.D.=0.86) และการรักษาบำบัด คะแนนเฉลี่ย 1.96 คะแนน (S.D.=0.81) ตามลำดับ หลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในแต่ละด้านปรับปรุงขึ้นเป็นระดับดีเกือบทุกด้าน โดยการเกิดผลดีต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด คะแนนเฉลี่ย 4.22 คะแนน (S.D.=0.68) การบริการที่ดีด้วยอัธยาศัย คะแนนเฉลี่ย 4.18 คะแนน (S.D.=0.65) และง่ายสะดวกในการนำไปใช้ คะแนนเฉลี่ย 4.15 คะแนน (S.D.=0.67) ตามลำดับ เป็นด้านที่มีคะแนนสูงสุด 3 ข้อแรก โดยมีคะแนนความพึงพอใจรวม 20.52 คะแนน (S.D.=1.57) จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 82.08 (S.D.=6.28) อยู่ในระดับดี ส่วนความพึงพอใจที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ การเฝ้าระวังและควบคุม คะแนนเฉลี่ย 3.89 คะแนน (S.D.=0.79) อยู่ในระดับปานกลาง และการรักษาบำบัด คะแนนเฉลี่ย 4.08 คะแนน (S.D.=0.72) อยู่ในระดับดี ตามลำดับ

3) การทดสอบความแตกต่างในภาพรวม ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย จิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

3.1) ด้านอาการทางจิตเวช ประกอบด้วย อาการซึมเศร้า (2Q Score) มีคะแนนเฉลี่ยลดลงจากระดับมีอาการ (Mean ± SD = 1.75±0.42) เป็นไม่มีอาการ (Mean ± SD = 0.35±0.48) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q Score) มีคะแนนเฉลี่ยลดลงจากระดับเสี่ยงสูง (Mean ± SD = 6.25±3.21) เป็นเสี่ยงต่ำ (Mean ± SD = 2.78±2.45) และพฤติกรรมรุนแรง (OAS Score) มีคะแนนเฉลี่ยลดลงจากระดับปานกลาง (Mean ± SD = 8.45±2.67) เป็นเล็กน้อย (Mean ± SD = 2.89±1.85) ความเครียด (ST-5 Score) มีคะแนนเฉลี่ยลดลงจากระดับเครียดมาก (Mean ± SD = 8.92±2.14) เป็นเครียดน้อย (Mean ± SD = 4.67±1.89) การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า อาการทางจิตเวชทุกด้านมีการปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<0.001$)

3.2) ด้านความพึงพอใจต่อบริการและผลลัพธ์การดูแล โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจรวมก่อนพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับไม่ดี (Mean ± SD = 10.10±1.84) คะแนนความพึงพอใจภายหลังพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับดี (Mean ± SD = 20.52±1.57) การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ผลลัพธ์การดูแลทุกด้านมีการปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<0.001$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแล อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ (n=88)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{d}$	t	95%CI	p-value
อาการซึมเศร้า (2Q Score)							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	1.75	0.42	มีอาการ	-1.40	-21.85	[-1.53, -1.27]	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	0.35	0.48	ไม่มีอาการ				
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q Score)							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	6.25	3.21	เสี่ยงสูง	-3.47	-15.42	[-3.91, -3.03]	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	2.78	2.45	เสี่ยงต่ำ				
พฤติกรรมรุนแรง (OAS Score)							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	8.45	2.67	ปานกลาง	-5.56	-18.73	[-6.14, -4.98]	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	2.89	1.85	เล็กน้อย				
ความเครียด (ST-5 Score)							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	8.92	2.14	เครียดมาก	-4.25	-16.84	[-4.75, -3.75]	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	4.67	1.89	เครียดน้อย				
ความพึงพอใจต่อบริการ							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	10.10	1.84	ไม่ดี	10.42	42.67	[9.94, 10.90]	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	20.52	1.57	ดี				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบที่บูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน มีประสิทธิผลในการปรับปรุงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงอย่างครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสยาภรณ์ เดชดี และอรวรรณ หนูแก้ว (2564) ที่พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[4] การที่อาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูงลดลงจากร้อยละ 25.00 เป็นร้อยละ 3.41 สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ ห้วยทราย และคณะ (2564) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง และต้องการการดูแลแบบบูรณาการ[6] การลดลงของพฤติกรรมรุนแรงในทุกรูปแบบแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบเผชิญเหตุแบบองค์รวมและการใช้เทคนิคที่ไม่ใช้ความรุนแรง การเพิ่มขึ้นของความพึงพอใจจากระดับไม่ดี (ร้อยละ 40.40) เป็นระดับดี (ร้อยละ 82.08) สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพของการให้บริการ การจัดตั้ง "ห้องจิตใจดี" และพื้นที่ฟื้นฟูเฉพาะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของวิภาวี เผ่ากันทรากร และนภา จิรัฐจินตนา (2564) เกี่ยวกับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟู[7] ความสำเร็จของ HEALING Model เกิดจากการบูรณาการหลายองค์ประกอบที่ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ การใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านการจัดตั้งเครือข่าย "ใจเข้าใจ สุขภาพจิตดี" สอดคล้องกับการศึกษาของณฐพร ผลงาม (2564) ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของการบำบัดฟื้นฟู[8] การพัฒนา "โรงเรียนครอบครัวจิตใจดี" และระบบ Buddy System สอดคล้องกับแนวคิดของอรรถพล ยิ้มยรรยง และ

เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ (2564) ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัด[5]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในบริบทของพื้นที่อื่น ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ โดยใช้เวลาในการพัฒนาอย่างน้อย 4 เดือน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเพิ่มจำนวนและเวลาการทำงานของบุคลากรจิตเวชและการอบรมทีมสหวิชาชีพในการใช้เทคนิคที่ไม่ใช้ความรุนแรง

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวของรูปแบบ โดยเฉพาะการติดตามผลที่ 6 เดือนและ 1 ปี หลังการแทรกแซง เพื่อประเมินความยั่งยืนของระบบและการคงอยู่ของเครือข่ายชุมชน

4. ควรศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ และประเมินต้นทุนและผลตอบแทนทางเศรษฐศาสตร์ของการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและครอบครัวทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลโซ่พิสัยและบุคลากรสุขภาพจิตที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบ นายอำเภอโซ่พิสัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 7 แห่ง ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายทุกท่านที่ร่วมสร้างสรรค์รูปแบบ รวมถึงประชาชนชาวอำเภอโซ่พิสัยที่ให้การสนับสนุนตลอดการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC). เอกสารรายงานการใช้ยาเสพติดโลก (world drug report) ปี พ.ศ.2561. [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://wdr.unodc.org/wdr2019

2.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประเทศไทย ประจำปี 2563. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2564.

3.โรงพยาบาลโซ่พิสัย. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ประจำปี 2567. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2567.

4.สยาภรณ์ เดชดี และอรวรรณ หนูแก้ว. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(2):67-82.

5.อรรถพล ยิ้มยรรยง และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ. ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟู. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(3):134-145.

6.ธิดารัตน์ ห้วยทราย และคณะ. ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2564;35(1):78-91.

7.วิภาวี เผ่ากันทรากร และนภา จิรัฐจินตนา. ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2564;35(3):98-112.

8.ณฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(2):243-258.

9.คำไฝ พลสงคราม และ สิทธินนท์ หาญจริง. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในศูนย์พักคอยนาคาล้อมรักษ์ อำเภอโซ่พิสัยจังหวัดบึงกาฬ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(3):819-829.

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

Risk factors of severity of pneumonia in pediatric patients in Sophisai Hospital, Buengkan Province.

(Received: September 20,2025 ; Revised: September 28,2025 ; Accepted: September 29,2025)

พัชราภรณ์ จันทร์ลุน[1]
Pacharaporn Junloon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจวิเคราะห์แบบย้อนกลับ (Retrospective Analytical Study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทั่วไปที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็ก ศึกษาปัจจัยทางคลินิกและความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็ก และศึกษาปัจจัยทางการรักษาที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็ก ณ โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึง 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มความรุนแรงน้อย-ปานกลาง 36 คน และกลุ่มความรุนแรงมาก 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย (Case Record Form) ครอบคลุมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลลัพธ์การรักษา สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Odds Ratio Chi-square test และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กจากการวิเคราะห์เชิงเดี่ยวมี 8 ปัจจัย ได้แก่ โรคประจำตัว (OR = 6.82, 95%CI: 2.78-16.67, p<0.001) การสูบบุหรี่ในครอบครัว (OR = 5.20, 95%CI: 2.15-12.58, p<0.001) ฤดูกาลที่เจ็บป่วย (OR = 3.33, 95%CI: 1.35-8.22, p=0.009) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนมาพบแพทย์ (OR = 4.00, 95%CI: 1.64-9.75, p=0.002) เซลล์เม็ดเลือดขาวสูง (OR = 6.50, 95%CI: 1.32-32.00, p=0.021) Neutrophil สูง (OR = 4.44, 95%CI: 1.56-12.67, p=0.005) Lymphocyte ต่ำ (OR = 5.60, 95%CI: 1.72-18.19, p=0.004) และความรุนแรงของ Infiltration (OR = 5.25, 95%CI: 1.89-14.58, p=0.001) จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ 3 ปัจจัย ที่ยังคงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ โรคประจำตัว (Adjusted OR = 4.85, 95%CI: 1.58-14.89, p=0.006) การสูบบุหรี่ในครอบครัว (Adjusted OR = 3.42, 95%CI: 1.12-10.45, p=0.031) และความรุนแรงของ Infiltration (Adjusted OR = 3.67, 95%CI: 1.15-11.71, p=0.028) โมเดลที่ได้สามารถทำนายความรุนแรงของโรคได้ร้อยละ 81.90

คำสำคัญ: โรคปอดอักเสบในเด็ก, ปัจจัยเสี่ยง, ความรุนแรงของโรค

Abstract

This study was a retrospective analytical study aimed to investigate general factors affecting pneumonia severity in pediatric patients, examine clinical factors and pneumonia severity in pediatric patients, and evaluate treatment factors affecting pneumonia severity in pediatric patients at Sophisai Hospital, Buengkan Province. The sample consisted of 72 pediatric patients aged 1 month to 15 years diagnosed with pneumonia, divided into mild-moderate severity group (36 patients) and severe group (36 patients). Research instruments included case record forms covering demographic data, clinical information, laboratory investigations, and treatment outcomes. Statistics used included frequency, percentage, mean, standard deviation, odds ratio, chi-square test, and multivariable logistic regression analysis.

Study results revealed eight risk factors significantly associated with pneumonia severity in univariate analysis: underlying diseases (OR = 6.82, 95%CI: 2.78-16.67, p<0.001), household smoking exposure (OR = 5.20, 95%CI: 2.15-12.58, p<0.001), rainy season illness (OR = 3.33, 95%CI: 1.35-8.22, p=0.009), time from symptom onset to medical consultation (OR = 4.00, 95%CI: 1.64-9.75, p=0.002), elevated WBC count (OR = 6.50, 95%CI: 1.32-32.00, p=0.021),

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

high neutrophil percentage (OR = 4.44, 95%CI: 1.56-12.67, p=0.005), low lymphocyte percentage (OR = 5.60, 95%CI: 1.72-18.19, p=0.004), and infiltration severity on chest X-ray (OR = 5.25, 95%CI: 1.89-14.58, p=0.001). Multivariable logistic regression analysis identified three independent risk factors: underlying diseases (Adjusted OR = 4.85, 95%CI: 1.58-14.89, p=0.006), household smoking exposure (Adjusted OR = 3.42, 95%CI: 1.12-10.45, p=0.031), and infiltration severity (Adjusted OR = 3.67, 95%CI: 1.15-11.71, p=0.028). The model achieved 81.90% accuracy in predicting disease severity.

Keywords: Pediatric pneumonia, risk factors, disease severity

บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในเด็กทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีเด็กเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบประมาณ 740,180 คนในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14.00 ของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก[1] ข้อมูลล่าสุดจาก Global Burden of Disease ระบุว่าจำนวนเด็กที่เสียชีวิตจากปอดอักเสบลดลงอย่างมากจาก 693,000 คนในปี พ.ศ. 2562 เหลือ 502,000 คนในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นจำนวนต่ำที่สุดที่เคยบันทึกไว้[2] ประมาณร้อยละ 90.00 ของการเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบในเด็กเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ประเทศไทยพบว่าโรคปอดอักเสบยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยในเด็ก กระทรวงสาธารณสุขรายงานอัตราป่วยด้วยโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 1,865.27 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2564[3] กรมควบคุมโรคระบุว่าปอดอักเสบพบได้ประมาณร้อยละ 8.00-10.00 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี[4] จังหวัดบึงกาฬพบอัตราป่วยด้วยโรคปอดอักเสบในเด็กสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2564 มีอัตราป่วย 2,157.85 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ, 2564)[5] โรงพยาบาลโซ่พิสัยซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง พบผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเข้ารับการรักษาเฉลี่ย 325 รายต่อปี ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 8.75[6] การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กมีความสำคัญต่อการวางแผนการป้องกันและรักษา การศึกษาของสุชาดา สุวรรณจุฑา และคณะ (2537) พบว่าโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรค (OR = 4.04, 95%CI: 1.00-15.40)[7] การศึกษาของ Kasundriya และคณะ พบว่าการเกิดก่อนกำหนด ประวัติโรคหัด การได้รับวัคซีนไม่ครบ และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อปอดอักเสบรุนแรง[8]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบให้มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทั่วไปในผู้ป่วยเด็กที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็ก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางคลินิกและความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทางการรักษาที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็ก ในโรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนกลับ Retrospective Analytical Study) ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 24 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึง 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบและเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึง 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ จำนวน 72 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการเปรียบเทียบสัดส่วนสองกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มความรุนแรงน้อย-ปานกลาง จำนวน 36 คน และกลุ่มความรุนแรงมาก จำนวน 36 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายจากตารางเลขสุ่ม

เกณฑ์คัดเข้า มีดังนี้ ผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึง 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอักเสบตามรหัส ICD-10 (J12-J18) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโซ่พิสัย มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่แสดงลักษณะของปอดอักเสบ และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก มีดังนี้ ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการปอดอักเสบจากการสำลักสิ่งแปลกปลอม ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง และผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบแต่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนตามตัวแปรที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย (Case Record Form: CRF) ครอบคลุม 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI ภาวะโภชนาการ โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีน 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมในครอบครัว การสูบบุหรี่ในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย ฤดูกาลที่เจ็บป่วย การเข้าถึงบริการสุขภาพ 3) ข้อมูลทางคลินิกแรกรับ ได้แก่ อาการและอาการแสดง สัญญาณชีพ ผลการตรวจร่างกาย 4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, CRP, blood culture การตรวจภาพรังสี X-ray ทรวงอก 5) การรักษาและผลลัพธ์ ได้แก่ ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ การใช้ออกซิเจน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์สุดท้าย การกลับมารักษาซ้ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 1 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.95

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเป็น 4 ระยะหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมการ (ระยะเวลา 2 เดือน) 2) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูล (ระยะเวลา 3 เดือน) 3) การตรวจสอบและจัดเตรียมข้อมูล (ระยะเวลา 1 เดือน) 4) การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล (ระยะเวลา 2 เดือน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test และคำนวณ Odds Ratio วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (Multivariable Logistic Regression) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก โดยควบคุมตัวแปรกวนต่างๆ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โดยคำนึงถึงจริยธรรมทางการวิจัยในการศึกษาตลอดเวลาและให้ความสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นส่วนตัว (privacy) ด้านการรักษาความลับ (confidentiality) และด้านการยินยอมพร้อมใจ (informed consent)

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 72 คน กลุ่มความรุนแรงน้อย-ปานกลาง ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 22 คน ร้อยละ 61.11 มีอายุ

เฉลี่ย 4.36 ± 2.79 ปี ภาวะโภชนาการปกติทุกราย ร้อยละ 100.00 มีโรคประจำตัว จำนวน 12 คน ร้อยละ 33.33 โดยส่วนมากเป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 83.33 กลุ่มความรุนแรงมาก ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 20 คน ร้อยละ 55.56 มีอายุเฉลี่ย 3.90 ± 1.75 ปี มีโรคประจำตัว จำนวน 25 คน ร้อยละ 69.44 โดยส่วนมากเป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 88.00

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มความรุนแรงมากมีการสูบบุหรี่ในครอบครัว ร้อยละ 72.22 เปรียบเทียบกับกลุ่มน้อย-ปานกลาง ร้อยละ 33.33 ฤดูกาลที่เจ็บป่วยในกลุ่มรุนแรงมากส่วนมากป่วยในฤดูฝน ร้อยละ 55.56 ขณะที่กลุ่มน้อย-ปานกลางป่วยในฤดูหนาวมากที่สุด ร้อยละ 50.00 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนมาพบแพทย์ กลุ่มรุนแรงมากมาพบแพทย์เร็วกว่า (น้อยกว่า 24 ชั่วโมง ร้อยละ 66.67) เปรียบเทียบกับกลุ่มน้อย-ปานกลาง ร้อยละ 33.33

ข้อมูลทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มความรุนแรงมากมีหายใจเร็วและหายใจลำบากทุกราย ร้อยละ 100.00 มีการบุ๋มของทรวงอกทุกราย ร้อยละ 100.00 เปรียบเทียบกับกลุ่มน้อย-ปานกลางที่ไม่มีอาการดังกล่าว อัตราการหายใจเฉลี่ย 39.4 ± 8.6 ครั้ง/นาที เปรียบเทียบกับ 25.8 ± 4.2 ครั้ง/นาที ออกซิเจนซาจูเรชันเฉลี่ย 94.2 ± 2.8% เปรียบเทียบกับ 96.8 ± 1.4% การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า กลุ่มรุนแรงมากมีเซลล์เม็ดเลือดขาวเฉลี่ย 14,620 ± 5,840 /µL เปรียบเทียบกับ 9,450 ± 3,280 /µL ค่า Neutrophil เฉลี่ย ร้อยละ 69.8 ± 15.2 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 58.4 ± 12.6 ค่า Lymphocyte เฉลี่ย ร้อยละ 26.4 ± 12.4 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 35.2 ± 14.8

การรักษาและผลลัพธ์ ผู้ป่วยกลุ่มรุนแรงมากต้องใช้ออกซิเจนทุกราย ร้อยละ 100.00 โดยใช้ HFNC ร้อยละ 72.22 และ Oxygen cannula ร้อยละ 27.78 ขณะที่กลุ่มน้อย-ปานกลางไม่ต้องใช้ออกซิเจนเลย ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.2 ± 1.1 วัน เปรียบเทียบกับ 2.7 ± 0.8 วัน การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันในกลุ่มรุนแรงมากพบร้อยละ 16.67 เปรียบเทียบกับกลุ่มน้อย-ปานกลาง ร้อยละ 5.56 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กจากการวิเคราะห์เชิงเดี่ยว

ปัจจัยเสี่ยง	Odds Ratio	95%CI	p-value
ปัจจัยทั่วไป			
โรคประจำตัว	6.82	2.78-16.67	<0.001*
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม			
การสูบบุหรี่ในครอบครัว	5.20	2.15-12.58	<0.001*
ฤดูกาลที่เจ็บป่วยในฤดูฝน (เปรียบเทียบฤดูกาลอื่น)	3.33	1.35-8.22	0.009*
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ (< 24 ชม เปรียบเทียบ ≥ 24 ชม)	4.00	1.64-9.75	0.002*
ปัจจัยทางห้องปฏิบัติการ			
WBC > 15,000 /µL	6.50	1.32-32.00	0.021*
Neutrophil > 70%	4.44	1.56-12.67	0.005*
Lymphocyte ≤ 20%	5.60	1.72-18.19	0.004*
ความรุนแรงของ Infiltration (ปานกลาง-รุนแรง เปรียบเทียบ เล็กน้อย)	5.25	1.89-14.58	0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรเพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก (Multivariable Logistic Regression) การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุ

ตัวแปรเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก โดยนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์เชิงเดี่ยวทั้งหมดมาวิเคราะห์ร่วมกัน ได้แก่ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ในครอบครัว ฤดูกาลที่เจ็บป่วย ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนมาพบแพทย์ เซลล์เม็ดเลือดขาว Neutrophil Lymphocyte และความรุนแรงของ Infiltration ในภาพรังสี จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรเพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก โมเดลที่ได้มีความแม่นยำในการทำนายความรุนแรงของโรคร้อยละ 81.9 และสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 68 โดยโมเดลในการทำนายมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test: χ^2 = 6.42, p = 0.600, Classification accuracy = 81.9%, Nagelkerke R^2 = 0.68 เมื่อนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์เชิงเดี่ยวทั้งหมดมาวิเคราะห์ร่วมกันและควบคุมตัวแปรกวน มีเพียง 3 ปัจจัยเสี่ยงที่ยังคงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว (Adjusted OR = 4.85, 95%CI: 1.58-14.89, p=0.006) การสูบบุหรี่ในครอบครัว (Adjusted OR = 3.42, 95%CI: 1.12-10.45, p=0.031) และความรุนแรงของ Infiltration ในภาพรังสีระดับปานกลาง-รุนแรง (Adjusted OR = 3.67, 95%CI: 1.15-11.71, p=0.028) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงทั้งสามนี้มีความสำคัญในการพยากรณ์ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรต่อความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก (n=72)

ปัจจัยเสี่ยง	Adjusted OR	95%CI	p-value
การมีโรคประจำตัว	4.85	1.58-14.89	0.006*
การสูบบุหรี่ในครอบครัว	3.42	1.12-10.45	0.031*
ฤดูกาลที่เจ็บป่วยในฤดูฝน (ฤดูฝน เปรียบเทียบ ฤดูร้อนและหนาว)	2.18	0.71-6.70	0.172
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนมาพบแพทย์ (< 24 ชั่วโมง เปรียบเทียบ ≥ 24 ชั่วโมง)	2.89	0.94-8.87	0.064
WBC (> 15,000 เปรียบเทียบ ≤ 15,000 /µL)	3.78	0.65-21.98	0.139
Neutrophil (> 70% เปรียบเทียบ ≤ 70%)	2.45	0.68-8.82	0.166
Lymphocyte (≤ 20% เปรียบเทียบ > 20%)	3.21	0.80-12.89	0.099
ความรุนแรงของ Infiltration (ปานกลาง-รุนแรง เปรียบเทียบ เล็กน้อย)	3.67	1.15-11.71	0.028*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 **โมเดลสถิติ:** Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test: χ^2 = 6.42, p = 0.600; Nagelkerke R^2 = 0.68; Classification accuracy = 81.9%

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า โรคประจำตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก โดยเด็กที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเป็นโรคปอดอักเสบรุนแรงมากสูงกว่าเด็กที่ไม่มีโรคประจำตัว 4.85 เท่า หลังจากควบคุมตัวแปรกวนแล้ว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาดา สุวรรณจุฑา และคณะ ที่พบว่าโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรค[7] และการศึกษาของ Kasundriya และคณะ ที่พบว่าโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปอดอักเสบรุนแรง[8] โดยเฉพาะโรคหอบหืดซึ่งพบในการศึกษานี้เป็นสัดส่วนสูงในกลุ่มรุนแรงมาก การสูบบุหรี่ในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอีกประการหนึ่ง โดยเด็กที่อาศัยในครอบครัวที่มีการสูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรครุนแรงมากสูงกว่า 3.42 เท่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร และคณะ ที่พบว่าเด็กที่อาศัยในครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลนานกว่า[9] แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของควันบุหรี่มือสองต่อระบบทางเดินหายใจของเด็ก ความรุนแรงของ Infiltration ในภาพรังสี X-ray ทรวงอกเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ

ในการทำนายความรุนแรงของโรค โดยเด็กที่มี Infiltration ระดับปานกลาง-รุนแรงมีโอกาสเป็นโรครุนแรงมากสูงกว่า 3.67 เท่า ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าภาพรังสีสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินความรุนแรงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่เด็กที่มาพบแพทย์เร็ว (น้อยกว่า 24 ชั่วโมง) กลับมีโอกาสเป็นโรครุนแรงมากสูงกว่าในการวิเคราะห์เชิงเดี่ยว แต่สูญเสียนัยสำคัญในการวิเคราะห์พหุตัวแปร อาจอธิบายได้ว่าเด็กที่มีอาการรุนแรงจะทำให้ผู้ปกครองรีบนำมาพบแพทย์เร็วกว่า ขณะที่เด็กที่มีอาการเล็กน้อยผู้ปกครองอาจรอดูอาการก่อน

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติ ควรมีการคัดกรองและติดตามเด็กที่มีโรคประจำตัวอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในครอบครัวที่มีเด็กเล็ก และใช้ภาพรังสี X-ray ร่วมกับตัวชี้วัดทางห้องปฏิบัติการในการประเมินความรุนแรงของโรค

2. การวิจัยครั้งต่อไป ควรเป็นการศึกษาไปข้างหน้าและขยายขอบเขตไปยังโรงพยาบาลหลายแห่ง เพื่อยืนยันปัจจัยเสี่ยงที่พบและเพิ่มความสามารถในการนำผลไปใช้ได้กว้างขวางขึ้น

3. ควรมีการพัฒนาโมเดลทำนายความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กโดยใช้ปัจจัยเสี่ยงที่พบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจทางคลินิก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษา ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลโซ่พิสัย ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และบุคลากรฝ่ายเวชระเบียนที่สนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลเพื่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.(2565). Pneumonia in children. Geneva: WHO; 2565.

2.Global Initiative for Asthma.(2567). Global strategy for asthma management and prevention. Vancouver: GINA; 2567.

3.กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.(2564). รายงานการเฝ้าระวังโรคปอดอักเสบในเด็ก ประจำปี 2564. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2564.

4.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคปอดอักเสบในเด็ก. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565.

5.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ.(2564). รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบในเด็ก ประจำปี 2564. บึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2564.

6.โรงพยาบาลโซ่พิสัย.(2564). รายงานสถิติผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ประจำปี 2562-2564. บึงกาฬ: โรงพยาบาลโซ่พิสัย; 2564.

7.สุชาดา สุวรรณจุฑา และคณะ.(2537). ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตและการป่วยหนักของโรคปอดอักเสบในเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2537;19(3):123-134.

8.Kasundriya S, Bharti B, Rana SK, Bharti S, Kumar P.(2020). Incidence and risk factors of severe pneumonia in children hospitalized with pneumonia in Ujjain, India. Indian Pediatrics. 2020;57(8):716-720.

9.กนกพร และคณะ.(2565). ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลนานกว่า 7 วันในเด็กโรคปอดอักเสบ. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2565;45(2):123-135.

ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

The Effects of a Continuity-of-Care Program via Telemedicine Services on Glycated Hemoglobin Levels and Quality of Life in Patients with Uncontrolled Diabetes Mellitus.

(Received: September 26,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

ปิยวรรณ ลารังสิทธิ์[1] สุรวัจน์ กระแสร์เตชะหิรัญ[2] กฤตยา เนียรกระโทก[3]
Piyawan Larangsit1 Surawach Krasaetechahirun2 Krittaya Nienkratoke3

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชนบท อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกลเป็นระยะเวลา 3 เดือน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และ 3) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับโปรแกรม คือ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความง่ายของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อย สถิติไคแสควร์ ร่วมกับสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซคท์ สถิติ Paired-samples t-test และ Independence t-test

ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต (Mean = 99.46, SD = 12.447) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 90.86, SD = 4.911) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001) และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (Mean = 7.53, SD = .814) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 9.06, SD = 1.960)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) นอกจากนี้พบว่า ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ (Mean = 33.73, SD = 7.579) และการรับรู้ความง่ายของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 30.50, SD = 8.048)

คำสำคัญ: ระบบบริการแพทย์ทางไกล, การดูแลต่อเนื่อง, ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด, คุณภาพชีวิต

Abstract

This quasi-experimental study with a post-test design aimed to evaluate the effects of a telemedicine-based continuity-of-care program on glycated hemoglobin (HbA1c) levels and quality of life among patients with uncontrolled diabetes mellitus. A total of 60 patients attending the outpatient non-communicable disease clinic at Chonnabot Hospital were recruited and randomly assigned to either the experimental group (n = 30) or the control group (n = 30). The experimental group participated in the continuity-of-care program via telemedicine for three months, whereas the control group received standard nursing care according to hospital routine. Data were collected using a personal and medical information form, a quality of life questionnaire, and an HbA1c record form. Program adherence and user perception were assessed using a questionnaire measuring perceived usefulness and perceived ease of use of the telemedicine system.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชนบท อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น
Corresponding Author, Piyawan Larangsit E-mail address: orn.piyawan@gmail.com
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชนบท อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลชนบท อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น

Descriptive statistics, including frequency and percentage, were used to summarize participant characteristics. Inferential analyses were performed using Chi-square test, Fisher's exact test, paired-samples t-test, and independent-samples t-test.

The study results indicated that, following the intervention, the experimental group had a significantly higher mean quality of life score (Mean = 99.46, SD = 12.447) compared to the control group (Mean = 90.86, SD = 4.911, p = 0.001). Moreover, the experimental group demonstrated a significantly lower mean glycated hemoglobin level (Mean = 7.53, SD = 0.814) than the control group (Mean = 9.06, SD = 1.960, p < 0.001). In addition, after receiving the program, the experimental group reported moderate levels of perceived usefulness (Mean = 33.73, SD = 7.579) and perceived ease of use (Mean = 30.50, SD = 8.048) of the telemedicine service.

Keywords: Telemedicine services, Continuity-of-Care, Glycated hemoglobin, Quality of life

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย มีสาเหตุจากการลดลงของการหลั่งอินซูลิน ความไวต่ออินซูลินที่ลดลง และการตอบสนองต่ออินซูลินที่ไม่เพียงพอ[1] ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการควบคุมการเผาผลาญกลูโคสและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง[2] ข้อมูลปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยมีอัตราการเสียชีวิตถึง 6.7 ล้านคนต่อปี[3] ในประเทศไทยมีผู้ป่วยขึ้นทะเบียน 3.3 ล้านคน ผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยปีละ 300,000 คน และมีประชากรที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยกว่า 2 ล้านคน รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงอีก 7.7 ล้านคน[4] ข้อมูลในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 3,804 รายเป็น 3,873 ราย และมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากรสูงถึง 578.36–649.91 ราย ซึ่งสะท้อนภาระโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[5] ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ[6] ภาวะกรดเมตาบอลิก ภาวะไตวาย[7] โรคจอประสาทตาเสื่อม[8] กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง[9] และความผิดปกติของระบบประสาทที่นำไปสู่แผลเรื้อรังและการสูญเสียอวัยวะ[10] โดยมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่เหมาะสม การขาดการตรวจคัดกรอง และการขาดการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพ[11-12] ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลจึงมีความสำคัญในการพัฒนาวิธีป้องกันและจัดการโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[14]

การรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการ โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[14-15] การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์ รวมทั้งการควบคุมน้ำหนัก ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง[12] ทั้งนี้ โรคเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม[11,16] โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาจประสบปัญหาความเสื่อมถอยทางสุขภาพและภาระโรคที่เพิ่มขึ้น[17-18] การจัดการโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องจึงจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการจากหลายภาคส่วน รวมถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับบริบท

ของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น[19]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผ่านการจัดทำแนวปฏิบัติร่วมของทีมสหวิชาชีพ การจัดยา ระบบรับส่งเลือดสำหรับตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทั้งแบบข้อความและ VDO Calling[20] โดยพบว่าการประยุกต์ใช้ Telemedicine ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถลดความดันโลหิตได้ การใช้เทคโนโลยีเพื่อเฝ้าระวังและติดตามตนเองร่วมกับกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพ ยังช่วยให้การควบคุมความดันโลหิตมีประสิทธิผลมากกว่ากลุ่มควบคุม[21-23] นอกจากนี้การจัดการตนเองร่วมกับระบบบริการสุขภาพทางไกล เช่น โปรแกรมไลน์และคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไขมันในเลือด สามารถสนับสนุนการประเมินสุขภาพ การติดตามผล และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย[24] ประโยชน์หลักของ Telemedicine ได้แก่ การขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทห่างไกล ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการเดินทาง และเพิ่มความสะดวกสบาย ลดความเครียดจากการเดินทางของผู้ป่วย[25]

คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชนบท อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมาก โดยจากสถิติพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1C ≤7) เพียงร้อยละ 14.88, 18.72 และ 23.26 ตามลำดับ[5] ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (>40%) ผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง มาตรวจตามนัดและรับยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ด้วยจำนวนผู้ป่วยที่มาก ทำให้แพทย์และพยาบาลอาจไม่สามารถให้ข้อมูลหรือคำแนะนำในการดูแลตนเองอย่างละเอียด ส่งผลให้ผู้ป่วยประสบปัญหาในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมทั้งขาดรายได้จากการทำงาน ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล ซึ่งมีผลกระทบต่อการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลชนบท อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น จึงริเริ่มนำระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้ในการติดตามการรักษา นัดพบผู้ป่วยผ่านระบบทางไกล จัดส่งยาให้ผู้ป่วยโดยไม่ต้องมาที่โรงพยาบาล และให้ข้อมูลครอบคลุมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยา อาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด อย่างไรก็ตาม Telemedicine ยังเป็นสิ่งใหม่สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ยังไม่เข้าใจประโยชน์ จึงจำเป็นต้องฝึกทักษะการใช้งานเพื่อให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยประยุกต์แนวคิดการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยี เพื่อสร้างการรับรู้ประโยชน์และความง่ายในการใช้งานระบบ พร้อมคาดหวังว่าโปรแกรมนี้จะสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนการประยุกต์ใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการให้บริการทางสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคมยุคปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับ

โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน วัดผลหลังการทดลอง ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยตั้งแต่ พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น

อาสาสมัครหรือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย

คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชนบท อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้าร่วมศึกษาวิจัย (inclusion criteria) มีดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีค่า HbA1C > 7 % โดยผลการตรวจเลือดครั้งล่าสุดก่อนเข้าร่วมวิจัยมีอายุไม่เกิน 3 เดือน 3) มีระดับความรู้สึกตัวดี และไม่มีภาวะสับสน 4) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น โดยสามารถตอบคำถามโดยการพยักหน้าได้ และสามารถอ่านตัวหนังสือขนาด 20 Angsana New ในระยะ 1-2 ฟุต ได้ 5) มีโทรศัพท์มือถือแบบพกพา และสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ ประเมินจากการทดลองใช้แอปพลิเคชันไลน์ เมื่อทำการให้ข้อมูลการเข้าร่วมการวิจัย โดยจะต้องมีทักษะตามการประเมินครบทุกข้อ คือ เข้ากลุ่มไลน์ที่ตั้งห้องเพื่อทดสอบได้ อ่านข้อความไลน์ได้ และสอบถามข้อมูลเจ้าหน้าที่ในไลน์ได้ 6) ยินยอมเข้าร่วมการรักษาร่วมกับการใช้บริการการแพทย์ทางไกล และ 7) หากเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับความยินยอมจากผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติสายตรงให้เข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การถอนอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion Criteria) มีดังนี้ 1) มีภาวะโรคร่วมอื่นๆ ได้แก่ โรคติดต่อร้ายแรง หรือภาวะที่มีผลต่อการควบคุมกล้ามเนื้อ เช่น พาร์กินสัน หรือมีภาวะไม่สมดุลของระบบไหลเวียนโลหิต และ 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น โรคจิตเภท

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G power 3.1.9.4 เลือกสถิติ t-test เลือก Means difference between two Independents means กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.5 (ปานกลาง) ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.05 และค่า Power of test (1-β) = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 ราย และเพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Attrition rate) เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10[26] จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้นมีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 60 คน ผู้วิจัยจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับสลากสุ่ม โดยสัปดาห์หมายเลขคี่ เช่น สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 เป็นกลุ่มควบคุม และสัปดาห์หมายเลขคู่ เช่น สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 คือกลุ่มทดลอง และทำการจับคู่ (Matched pair) เพื่อให้ลักษณะของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล เป็นโปรแกรมที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้การดูแลรักษา และติดตามอาการของผู้ป่วย รวมถึงการจัดยาส่งให้ผู้ป่วย การอำนวยความสะดวกในการฟังผลตรวจเลือดผ่านระบบการแพทย์ทางไกล จัดระบบการให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และการโทรผ่านแอปพลิเคชันไลน์ด้วยภาพและเสียง (VDO Calling) การดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ดำเนินการโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยีของเดวิส[27] ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การส่งเสริมการยอมรับแอปพลิเคชันช่วยสื่อสาร ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก คือ 1) การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และ 2) การส่งเสริมการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน

กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของระบบบริการการแพทย์ทางไกลทั้งประโยชน์ในด้านการติดตามการรักษา การตรวจตามนัดผ่านระบบแพทย์ทางไกล การจัดส่งยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน การให้คำแนะนำกระตุ้นเตือนผ่านระบบไลน์แอปพลิเคชัน

2) การให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

กิจกรรม 2 การส่งเสริมการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความง่ายของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) ผู้วิจัยสาธิตการใช้งานระบบบริการการแพทย์ทางไกลให้กลุ่มตัวอย่างดู และฝึกทักษะการใช้งานให้ผู้ป่วยใช้งานอย่างถูกต้อง

3) ให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับการใช้งานระบบบริการการแพทย์ทางไกล ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ขั้นตอนที่ 2 การติดตามประเมินผลเพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรคในการใช้และให้แรงเสริมเชิงบวกในการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามการใช้งาน และแรงเสริมเชิงบวกให้มีการใช้งานอย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) ผู้วิจัยติดตามการใช้งานของผู้ป่วยผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล สนับสนุนการส่งข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

2) สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการใช้งานพร้อมให้ข้อมูลตามปัญหา

3) ให้แรงเสริมเชิงบวก ให้มีการใช้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

4) การโทรติดตามผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือน

5) หากผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพรุนแรง คุกคามชีวิตแนะนำให้มาที่แผนกฉุกเฉิน (ER) และให้การดูแล รวมถึงคำแนะนำจนผู้ป่วย D/C กลับบ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาของผู้ป่วย

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) มีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก คือ ให้ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง มาก 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง เล็กน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เลย สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบจะตรงข้ามกับข้อคำถามเชิงบวก ข้อคำถามเชิงบวก มีทั้งหมด 23 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 และข้อคำถามเชิงลบ มีทั้งหมด 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 2, 9, 11

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ไม่เลย	1 คะแนน	5 คะแนน
เล็กน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน

คะแนนรวมที่เป็นไปได้ต่ำสุดคือ 26 คะแนน และคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุดคือ 130 คะแนน คะแนนที่ได้มากแสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตสูง แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 95.33 – 130 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 60.67 – 95.32 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 26.00 – 60.66 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ

3. แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดสะสม โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองเพื่อใช้ในการบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดสะสมก่อนการทดลองและภายหลังเข้าร่วมการวิจัยครบ 3 เดือน โดยกำหนดค่าปกติที่ระดับ < 6.5 การวิเคราะห์ทางสถิตินำค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดสะสมไปวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

1. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยีของเดวิส[27] เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของระบบบริการการแพทย์ทางไกล ทั้งประโยชน์ในด้านการติดตามการรักษา การตรวจตามนัดผ่านระบบแพทย์ทางไกล การจัดส่งยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน การให้คำแนะนำกระตุ้นเตือนผ่านระบบไลน์แอปพลิเคชันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ให้ 5 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์มากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์มาก 3 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์น้อย และ 1 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์น้อยที่สุด คะแนนที่เป็นไปได้ต่ำสุดคือ 10 คะแนน และคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุดคือ 50 คะแนน คะแนนที่ได้มากแสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ด้านบวกสูง แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 36.67 – 50.00 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 23.34 – 36.66 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 10.00 – 23.33หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ระดับต่ำ

2. แบบสอบถามการรับรู้ความง่ายของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยีของเดวิส[27] เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้ความง่ายของการใช้งานระบบบริการการแพทย์

ทางไกล มีข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ให้ 5 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความง่ายในการใช้งานมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความง่ายในการใช้งานมาก 3 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความง่ายในการใช้งานปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความง่ายในการใช้งานน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความง่ายในการใช้งานน้อยที่สุด คะแนนที่เป็นไปได้ต่ำสุดคือ 10 คะแนน และคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุดคือ 50 คะแนน คะแนนที่ได้มากแสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความง่ายในการใช้งานสูง แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 36.67 – 50.00 หมายถึง มีการรับรู้ความง่ายระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 23.34 – 36.66 หมายถึง มีการรับรู้ความง่ายระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 10.00 – 23.33 หมายถึง มีการรับรู้ความง่ายระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต 2) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล และ 3) แบบสอบถามการรับรู้ความง่ายของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity index: CVI) เท่ากับ 0.82 0.84 และ 0.80 ตามลำดับ และนำมาทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลชนบท อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.80 0.84 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรม และโครงร่างงานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชนบท อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย และใช้ข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการวิจัย

2) เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลชนบท อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่นเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงวัตถุประสงค์ เครื่องมือที่ใช้ กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์หมายเลขคี่เป็นกลุ่มควบคุม และสัปดาห์หมายเลขคู่เป็นกลุ่มทดลองสลับกันในแต่ละสัปดาห์ จนครบกลุ่มละ 30 ราย

3) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและรายละเอียดที่ผู้วิจัยจะปฏิบัติ และสอบถามความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และให้ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านรายละเอียดของเอกสารให้ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัยอย่างละเอียดครบถ้วน

5) ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดสะสม

6) ดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ในกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตามรายละเอียดของ

โปรแกรมที่ถูกดำเนินการในกลุ่มทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาลโดยที่ไม่ได้รับโปรแกรม และเมื่อเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยครบ 3 เดือน ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอีกครั้ง ดังนี้ 1) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต 2) แบบบันทึกระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เพื่อประเมินผลภายหลังเข้าร่วมการทดลอง สำหรับแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล และแบบสอบถามการรับรู้ความง่ายของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีจำนวนน้อยกว่า 50 ราย ผู้วิจัยจึงพิจารณาอ่านค่าสถิติด้วยสถิติ Shapiro wilk test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05 ผลการตรวจสอบพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ มีค่า $p > .05$

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ โดยใช้สถิติไคแสควร์ (Chi-square) ร่วมกับสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซคท์ (Fisher's exact test) ในการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired-samples t-test และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมวิจัยด้วยสถิติ Independence t-test สำหรับการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล และการรับรู้ความง่ายของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล ซึ่งดำเนินการเก็บในกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ใช้การแปลผลคะแนนและจัดระดับตามเกณฑ์ที่กำหนด

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข ตามเลขที่รับรอง REC 013/2568 ลงวันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเก็บรักษาความลับของข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัยและการรายงานผล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 มีอายุเฉลี่ย 60.67 ปี (SD = 8.11) โดยมากกว่าครึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 93.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือประถมศึกษาและประกาศนียบัตร ร้อยละ 26.7 เท่ากัน อาชีพหลักของกลุ่มนี้คือเกษตรกร ร้อยละ 40.0 และรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 36.7 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15,001–30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.3 สิทธิการรักษาที่ใช้มากที่สุดคือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 73.3 รองลงมาคือสิทธิข้าราชการ/กรมบัญชีกลาง ร้อยละ 23.3

กลุ่มควบคุมมีผู้เข้าร่วมวิจัย 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 56.47 ปี (SD = 10.23) โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือช่วง 51–60 ปี และมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 36.7 เท่ากัน ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 90.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือประถมศึกษา ร้อยละ 23.3 และประกาศนียบัตร ร้อยละ 16.7 อาชีพหลักคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือเกษตรกร ร้อยละ 26.7 และมีสัดส่วนที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมากกว่ากลุ่มทดลอง ร้อยละ 16.7 รายได้ส่วนใหญ่เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 15,001–30,000 บาทต่อเดือน

ร้อยละ 80.0 สิทธิการรักษาที่ใช้มากที่สุดคือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 93.3 ขณะที่สิทธิข้าราชการ/กรมบัญชีกลางพบเพียงร้อยละ 3.3

ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันในด้านระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการประกอบอาชีพ โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อย่างไรก็ตาม ในด้านสิทธิการรักษาและรายได้ต่อเดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	รวม (n=60)	Statistic value	*p*- value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	13 (43.3)	10 (33.3)	23 (38.3)	-.787[c]	.434
หญิง	17 (56.7)	20 (66.7)	37 (61.7)		
อายุ (Mean, SD)	60.67 (8.108)	56.47 (10.228)	58.57 (9.392)	1.763[t]	.083
31-40 ปี	1 (3.3)	3 (10.0)	4 (6.7)		
41-50 ปี	2 (6.7)	5 (16.6)	7 (11.7)		
51-60 ปี	10 (33.3)	11 (36.7)	21 (35.0)		
> 60 ปี	17 (56.7)	11 (36.7)	28 (46.7)		
สถานภาพสมรส				-.441[f]	.661
โสด	1 (3.3)	1 (3.3)	2 (3.3)		
คู่	28 (93.4)	27 (90.0)	55 (91.7)		
หม้าย	1 (3.3)	2 (6.7)	3 (5.0)		
ระดับการศึกษา				.274[f]	.785
ไม่ได้ศึกษา	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (1.7)		
ประถมศึกษา	8 (26.7)	7 (23.3)	15 (25.0)		
มัธยมศึกษา	10 (33.3)	16 (53.3)	26 (43.3)		
ประกาศนียบัตร	8 (26.7)	5 (16.7)	13 (21.7)		
ปริญญาตรี	3 (10.0)	2 (6.7)	5 (8.3)		
การประกอบอาชีพ				-.647[f]	.520
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1 (3.3)	1 (3.3)	2 (3.3)		
ค้าขาย	4 (13.3)	2 (6.7)	6 (10.0)		
รับจ้าง	11 (36.7)	14 (46.7)	25 (41.7)		
เกษตรกร	12 (40.0)	8 (26.7)	20 (33.3)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2 (6.7)	5 (16.7)	7 (11.7)		
รายได้ต่อเดือน (บาท)				-2.666[f]	.010[*]
< 10,000	5 (16.7)	0 (0.0)	5 (8.3)		
10,000 – 15,000	10 (33.3)	5 (16.7)	15 (25.0)		
15,001 – 30,000	13 (43.3)	24 (80.0)	37 (61.7)		
30,001 – 50,000	2 (6.7)	1 (3.3)	3 (5.0)		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	รวม (n=60)	Statistic value	*p*- value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
สิทธิการรักษาของผู้ป่วย				2.305[f]	.026[*]
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	22 (73.3)	28 (93.3)	50 (83.3)		
ประกันสังคม	1 (3.3)	1 (3.3)	2 (3.3)		
ข้าราชการ/กรมบัญชีกลาง	7 (23.3)	1 (3.3)	8 (13.3)		

หมายเหตุ * = $p<.05$, ** = $p<.001$, c = Chi-square, f = Fisher's exact test, t = Independence t-test

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของคุณภาพชีวิต และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ภายหลังเข้าร่วมการวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกลเป็นระยะเวลา 3 เดือน มีคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิต และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ภายหลังเข้าร่วมการวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	t	*p*- value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
คุณภาพชีวิต (หลังการทดลอง)	99.46 (12.447)	90.86 (4.911)	3.520[b]	.001
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม				
ก่อนการทดลอง	9.36 (1.640)	9.47 (2.197)	-.213[b]	.832
หลังการทดลอง	7.53 (.814)	9.06 (1.960)	-3.949[b]	.000
t	6.237[a]	.842[a]		
p- value	.000	-407		

หมายเหตุ [a] = paired t-test, [b] = independent t-test

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 33.73, SD = 7.579) และการรับรู้ความง่ายของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 30.50, SD = 8.048) จากคะแนนที่เป็นไปได้ 10–50 คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล และการรับรู้ความง่ายของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล ภายหลังเข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มทดลอง (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30) Mean (SD)	คะแนนที่เป็นไปได้ต่ำสุด-สูงสุด	ระดับ
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล	33.73 (7.579)	10-50	มีการรับรู้ประโยชน์ระดับปานกลาง
การรับรู้ความง่ายของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล	30.50 (8.048)	10-50	มีการรับรู้ความง่ายระดับปานกลาง

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ออกแบบมาเพื่อส่งเสริมการติดตามอาการและการจัดการโรคเบาหวานอย่างครบวงจร ตั้งแต่การจัดยาส่งถึงบ้าน การฟังผลตรวจเลือดผ่านระบบทางไกล การให้คำปรึกษาและการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ด้วยภาพและเสียง ตลอดจนการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลในระดับปานกลาง และการรับรู้ความง่ายในการใช้งานอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าของการดูแลต่อเนื่องและสามารถใช้งานระบบได้อย่างถูกต้อง การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ผ่านกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของระบบและการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าระบบช่วยลดความยุ่งยากในการติดตามอาการและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง ในขณะเดียวกันการส่งเสริมการรับรู้ความง่ายในการใช้งานผ่านการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง รวมถึงการให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ ทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะและความคุ้นเคยกับระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอในการใช้งาน การติดตามผลและให้แรงเสริมเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง เช่น การโทรติดตามผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 3 เดือน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสปรับพฤติกรรมและใช้ระบบอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการเหล่านี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการยอมรับเทคโนโลยีของเดวิส[27] ซึ่งชี้ว่าการรับรู้ประโยชน์และความง่ายในการใช้งานมีผลต่อการยอมรับเทคโนโลยีและการใช้งานอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าการให้ความรู้และการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังยอมรับและใช้ระบบสุขภาพดิจิทัลได้ดีขึ้น เช่น การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องทางไกลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าการสอนการใช้งานและให้คำปรึกษาต่อเนื่องช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย[28]

โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลและคำปรึกษาได้สะดวก แต่ยังส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตและการลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลและคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม[29] ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการมีคุณภาพ

ชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Kempf และคณะที่พบว่าระบบบริการแพทย์ทางไกลที่มีประสิทธิภาพสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีการใช้งานระบบอย่างต่อเนื่องมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมที่ลดลง[29] ในด้านระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การลดลงของระดับน้ำตาลสะสมอย่างมีนัยสำคัญสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยได้รับการติดตามและคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การให้แรงเสริมเชิงบวกและการติดตามผลผ่านระบบบริการทางไกลช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีวินัยในการใช้ระบบและปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างสม่ำเสมอ ทั้งหมดนี้มีผลให้เกิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างเป็นรูปธรรม[30]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกลสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น โรงพยาบาลและคลินิกควรพิจารณานำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนการฝึกทักษะการใช้เทคโนโลยีการติดตามผล และการให้คำแนะนำเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและเพิ่มความสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังสามารถปรับใช้และขยายผลไปยังผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพการจัดการโรคในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต

ควรพิจารณาขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ใหญ่ขึ้นและครอบคลุมหลายพื้นที่ นอกจากนี้ควรมีการติดตามผลระยะยาวมากกว่า 3 เดือน เพื่อตรวจสอบความยั่งยืนของผลลัพธ์ทั้งด้านคุณภาพชีวิตและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การศึกษาควรพิจารณาการการวัดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วยอย่างละเอียด เพื่อปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. Reamrimmadun Y, Jaidee W, Wattanaburanon A, Rojpaisarnkit K.(2025). Effectiveness of a Web-based Application on Health Literacy, Self-Efficacy, Self-Care, and Glycemic Control in Elderly Patients with Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. Journal of Current Science and Technology. 2025;15(1):83.
2. Nwosu N. Reduction in Hemoglobin A1c in Adults Aged 25 to 75 Years With Uncontrolled Diabetes Using Mobile Application Self-Management Program (Doctoral dissertation, University of Massachusetts Global).
3. International Diabetes Federation.(2021). IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021. Available from: https://diabetesatlas.org/
4. กรมควบคุมโรค.(2565). รายงานประจำปี กองโรคไม่ติดต่อ: สถานการณ์โรคเบาหวาน ประเทศไทย ปี 2565. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565.
5. โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น.(2567). สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประจำปี 2567. ขอนแก่น: โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น; 2567.
6. วิไลวรรณ สุพรรณ.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ: กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(3):608-15.

7. เลิศวิทย์ เหลือผล.(2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2567;9(1):455-66.
8. โสภาพันธ์ งานจัตุรัส.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอตา: กรณีศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร. 2567:74-86.
9. อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ.(2563). พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครสวรรค์. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2563;8(3):603-14.
10. ประภารัตน์ ตั้งสกุล.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า: กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(1):324-32.
11. Pearce I, Simó R, Lövestam-Adrian M, Wong DT, Evans M.(2019). Association between diabetic eye disease and other complications of diabetes: Implications for care. A systematic review. Diabetes Obes Metab. 2019;21(3):467-78.
12. Armstrong DG, Swerdlow MA, Armstrong AA, Conte MS, Padula WV, Bus SA.(2020). Five year mortality and direct costs of care for people with diabetic foot complications are comparable to cancer. J Foot Ankle Res. 2020;13(1):16.
13. Hazazi A, Wilson A.(2022). Improving Management of Non-communicable Chronic Diseases in Primary Healthcare Centres in The Saudi Health Care System. Health Serv Insights. 2022;15:11786329221088694.
14. ยุวดี คาดีวี, วิชชุนี ละม้ายศรี.(2566). การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):509-20.
15. สกลสุภา สิงคิบุตร, เรืองฤทธิ์ โทรพันธ์, เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์.(2567). การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อติดตามและเตือนอาการผิดปกติต่อความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2567;30(2):56-74.
16. Ayalew M, Deribe B, Hussen S, Defar S, Gedefaw A.(2022). Quality of life among patients with chronic non-communicable diseases during COVID-19 pandemic in Southern Ethiopia: A cross-sectional analytical study. Front Psychiatry. 2022;13:855016.
17. Hazazi A, Wilson A.(2022). Improving Management of Non-communicable Chronic Diseases in Primary Healthcare Centres in The Saudi Health Care System. Health Serv Insights. 2022;15:11786329221088694.
18. Hegedüs L, Bianco AC, Jonklaas J, Pearce SH, Weetman AP, Perros P.(2022) Primary hypothyroidism and quality of life. Nat Rev Endocrinol. 2022;18(4):230-42.
19. อุษนีย์ รามฤทธิ์, สุภัค จันทร์สองดวง, พรสงกรานต์ มนคาถา, นฤมล โพธิสาขา.(2566). การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(1):402-10.
20. บุษยมาส บุศยารัศมี.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในยุควิถีใหม่ เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2565;42(1):63-78.
21. Lu JF, Chen CM, Hsu CY.(2019). Effect of home telehealth care on blood pressure control: A public healthcare centre model. J Telemed Telecare. 2019;25(1):35-45.
22. Hammersley V, Parker R, Paterson M, Hanley J, Pinnock H, Padfield P, Stoddart A, Park HG, Sheikh A, McKinstry B.(2020). Telemonitoring at scale for hypertension in primary care: An implementation study. PLoS Med. 2020;17(6):e1003124.
23. Orozco-Beltran D, Sánchez-Molla M, Sanchez JJ, Mira JJ; ValCrònic Research Group.(2017). Telemedicine in Primary Care for Patients With Chronic Conditions: The ValCrònic Quasi-Experimental Study. J Med Internet Res. 2017;19(12):e400.

24. กรรณิการ์ ยิ่งยืน, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์.(2559). นวัตกรรมเพื่อการจัดการตนเองผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559;31(6):365-71.
25. กระทรวงสาธารณสุข.(2564). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา. 2564 ก.พ 1;138(23ง):6.
26. Grove SK, Burns N, Gray J.(2012). The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7th ed. St. Louis: Elsevier Health Sciences; 2012.
27. Davis FD.(1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. MIS Q. 1989;13(3):319-40.
28. Laursen SH, Giese IE, Udsen FW, Hejlesen OK, Barington PF, Ohrt M, Vestergaard P, Hangaard S.(2024). A telemonitoring intervention design for patients with poorly controlled type 2 diabetes: protocol for a feasibility study. Pilot Feasibility Stud. 2024;10(1):83.
29. Kempf K, Dubois C, Arnold M, Amelung V, Leppert N, Altin S, Vomhof M, Icks A, Martin S.(2023). Effectiveness of the telemedical lifestyle intervention program telipro for improvement of Hba1c in type 2 diabetes: a randomized-controlled trial in a real-life setting. Nutrients. 2023;15(18):3954.
30. Kusuma CF, Aristawidya L, Susanti CP, Kautsar AP.(2022). A review of the effectiveness of telemedicine in glycemic control in diabetes mellitus patients. Medicine. 2022;101(48):e32028.

ผลของโปรแกรมความเชื่อมั่นและความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

Effects of the Self-Efficacy and Outcome Expectation Program on Long-Term Dependent Elderly Caregivers in Ta Phraya District, Sa Kaeo Province.

(Received: September 26,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

อัญชุรีย์ อินทร์พิมพ์[1]
Anchuree Inphim[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ One-group pretest-posttest design มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Outcome Expectation) ต่อความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (Caregiver) ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลทัพราช อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำนวน 27 คน ผ่านการอบรมตามหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความรู้ แบบวัดทักษะ และแบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นในการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน, ภาวะพึ่งพิง, การดูแลระยะยาว

Abstract

This quasi-experimental study utilized a one-group pretest-posttest design to examine the effects of a program based on the Self-Efficacy Theory and Outcome Expectation on caregivers' knowledge, skills, and confidence in caring for long-term dependent elderly persons. The participants were 27 caregivers residing in Thap Rat Subdistrict, Ta Phraya District, Sa Kaeo Province, who had completed at least 70 hours of elderly caregiver training as recommended by the Department of Health. The research instruments consisted of a knowledge assessment form, a caregiving skills evaluation form, and a self-efficacy scale. Data were analyzed using paired sample t-tests. The findings revealed that after participating in the program, the caregivers had significantly higher average scores in knowledge, caregiving skills, and confidence compared to before participation ($p < 0.05$).

Keywords: elderly caregiver, self-efficacy, dependency, long-term care

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างมีนัยสำคัญ จากสัดส่วนประชากรวัยแรงงานที่ลดลงเข้าสู่ยุคสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อย่างเต็มรูปแบบ โดยในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) ภายในปี พ.ศ. 2574 ซึ่งหมายถึงการที่ประชากรไทยจะมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวม โดยเฉพาะในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (dependent elderly) ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งทางกาย ใจ และสังคม จาก

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกไพล ตำบลทัพราช สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

ข้อมูลของกรมอนามัย พบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเกิดภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียง ซึ่งมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลรอบข้างอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลมักเป็นสมาชิกในครอบครัวซึ่งมิได้มีพื้นฐานความรู้หรือประสบการณ์ด้านการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด ความวิตกกังวล และบางครั้งอาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการดูแล (Burnout) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุ[1]

โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ชนบท เช่น อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว พบว่าโครงสร้างประชากรของอำเภอประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวนมาก และมีการพึ่งพิงระบบดูแลจากครอบครัวเป็นหลัก ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพมีข้อจำกัดในด้านบุคลากร งบประมาณ และการเข้าถึงบริการ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตกอยู่กับ “ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ” (informal caregivers) เช่น บุตร หลาน คู่สมรส หรือญาติพี่น้อง ซึ่งแม้จะมีเจตนาดีแต่ขาดทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องและปลอดภัย การสนับสนุนและเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุให้กับผู้ดูแลจึงเป็นประเด็นสำคัญทางนโยบายสาธารณสุขในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริม “ความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง” (self-efficacy) ของผู้ดูแล ซึ่งเป็นแนวคิดสำคัญที่อธิบายโดย Albert Bandura ว่า เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้สำเร็จ หากบุคคลมีระดับ self-efficacy สูง จะมีแนวโน้มที่จะตั้งเป้าหมาย ลงมือปฏิบัติ และฟันฝ่าอุปสรรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น ๆ ได้มากขึ้น นอกจากนี้ Bandura ยังเสนอว่า “ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของพฤติกรรม” (outcome expectation) เป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กล่าวคือ หากบุคคลเชื่อว่าพฤติกรรมของตนจะนำไปสู่ผลดี ก็จะมีแนวโน้มที่จะลงมือกระทำมากขึ้น ตัวอย่างเช่น หากผู้ดูแลเชื่อมั่นว่าการดูแลที่เหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ก็จะเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองและปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเต็มใจ [2]

จากการศึกษาหลายฉบับพบว่า การส่งเสริม self-efficacy และ outcome expectation ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น การฝึกปฏิบัติการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง (mastery experience) และการได้รับแรงเสริมทางสังคม (social persuasion) มีผลอย่างมากต่อการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในบริบทของอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ยังไม่มีการพัฒนาโปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้กรอบแนวคิด self-efficacy และ outcome expectation อย่างเป็นระบบ ขณะที่ในทางปฏิบัติพบว่า ผู้ดูแลจำนวนมากแม้จะผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัยแล้วก็ตาม แต่เมื่อเวลาผ่านไปนานกว่า 2 ปีโดยไม่มีการอบรมต่อเนื่อง ทำให้ความรู้และทักษะเสื่อมถอย และความเชื่อมั่นในการดูแลลดลงอย่างเห็นได้ชัด ด้วยเหตุนี้ การวิจัยในครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมความเชื่อมั่นและความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โดยอาศัยแนวคิดทางทฤษฎีของ Bandura เป็นกรอบในการดำเนินงาน เพื่อตอบโจทย์การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมั่นใจ มีความรู้และทักษะที่เหมาะสม และสามารถปรับตัวได้อย่างยั่งยืนในบริบทของชุมชนชนบท ซึ่งผลลัพธ์ของโปรแกรมนี้จะเป็นต้นแบบในการขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และเป็นเครื่องมือสำคัญในการเตรียมความพร้อมของสังคมไทยต่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระดับลึกและถาวร[3]

ในฐานะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Care giver) มีบทบาทสำคัญในการรองรับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน โดยนอกจากจะมีหน้าที่ในการช่วยเหลือด้านการดำรงชีวิตประจำวันแล้ว ยังต้องรับผิดชอบต่อการดูแลด้านสุขภาพ เช่น การจัดการโรคเรื้อรัง อาทิ

เบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมถึงการดูแลผู้ป่วยติดเตียง[4] ผู้ดูแลเหล่านี้มักเผชิญกับภาระงานและผลกระทบทางอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้าทางจิตใจ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านความมั่นใจในทักษะการดูแลและแรงจูงใจ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง[5]

นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดด้านการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องเท่าที่ควร[6] ในพื้นที่ตำบลทัพราช อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี แต่ยังขาดการฟื้นฟูความรู้และทักษะ อีกทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพและการสนับสนุนยังมีข้อจำกัดเนื่องจากภาระงานจำนวนมาก และยังไม่เคยมีการวิจัยเชิงทดลองที่มุ่งเน้นการพัฒนาผู้ดูแลในพื้นที่ดังกล่าว

ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวจึงเป็นเรื่องเร่งด่วน โดยควรมุ่งเน้นการฟื้นฟูความรู้ เสริมสร้างทักษะ ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะวิกฤต และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (เพื่อเสริมสร้าง ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของผู้ดูแล อันเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล ลดภาระทางกายและจิตใจ และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาสุขภาพชุมชนและการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยของประเทศในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อมั่นและความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Care giver)

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อมั่นและความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Care giver)

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความเชื่อมั่นในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อมั่นและความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Care giver)

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อมั่นและความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Care giver) ความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นในกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อมั่นและความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Care giver) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest One-group Design) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอตาพระยาที่ผ่านหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 70 ชั่วโมง ที่จัดโดยกรมอนามัย จำนวน 27 คน โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2568 ถึงพฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Care giver) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 70 ชั่วโมง ที่จัดโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำนวน 135 คน

กลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Care giver) ที่ผ่าน

การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 70 ชั่วโมง ที่จัดโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตำบลทัพราช อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำนวน 27 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยที่ใกล้เคียง ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง โดยมีตัวอย่าง 30 คน ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 สำหรับสถิติ paired t-test แบบ One-tail ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กำลังการทดสอบ 0.80 และขนาดอิทธิพลปานกลาง 0.50 ได้จำนวน 30 คน แต่เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในพื้นที่ตำบลทัพราช อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว มีเพียง 27 คน จึงเลือกทั้งหมดเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 70 ชั่วโมง โดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องขึ้นทะเบียนในระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Long Term Care) อยู่ในพื้นที่ตำบลทัพราช

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ขอถอนตัวออกจากการวิจัยหรือไม่สามารถเข้าโปรแกรมครบตามขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมความเชื่อมั่นและความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Care giver) จัดกิจกรรมจำนวน 7 ครั้ง ใช้เวลา 7 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura) ซึ่งมีแนวทางในการเสริมสร้างการเรียนรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมผ่านกระบวนการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจาก 4 แหล่ง ได้แก่

1) การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง การอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ ฝึกปฐมพยาบาลเบื้องต้น และฝึกภาคปฏิบัติจากการเยี่ยมบ้าน

2) การเรียนรู้จากตัวแบบ การดูสื่อวีดิทัศน์การฝึกปฏิบัติจริง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้ดูแลที่มีประสบการณ์

3) การชักจูงด้วยวาจา การให้คำชมเชย รางวัล การใช้คำพูดเสริมพลังทางบวก และการให้กำลังใจจากกลุ่มเพื่อนผู้ดูแล

4) การจัดการด้านร่างกายและอารมณ์ การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ที่สนุกสนาน และการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเอื้อต่อการเรียนรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้สร้างและประยุกต์จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[7] โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ (ถูก/ผิด) ให้คะแนนถูก 1 คะแนน ผิด 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามจำนวน 30 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติถูกต้อง (3 คะแนน) ปฏิบัติไม่ถูกต้อง (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ความเชื่อมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามจำนวน 30 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมาก (3 คะแนน) ค่อนข้างมั่นใจ (2 คะแนน) และไม่มั่นใจเลย (1 คะแนน)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยการอบรมและชี้แจงแนวทางการดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย รวมทั้งเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และความเชื่อมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ พร้อมทั้งจัดเตรียมหลักสูตรสำหรับการอบรม

1.2 ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรม และระยะเวลาเข้าร่วมโครงการ รวมถึงการลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม และนัดหมายเพื่อเข้ารับการอบรม

ระยะดำเนินการทดลอง

การทดลองใช้เวลา 7 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (90 นาที) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ปลอดภัยเพื่อการเรียนรู้ การชี้แจงโปรแกรมการอบรม ทำแบบทดสอบความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นก่อนทดลอง รวมถึงการสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พร้อมฝึกการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการประสานงานรถฉุกเฉิน 1669

สัปดาห์ที่ 2 (120 นาที) ให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม และฝึกการดูแลเบื้องต้น ได้แก่ การตรวจวัดสัญญาณชีพ การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง และการดูแลสายสวนปัสสาวะ

สัปดาห์ที่ 3 (120 นาที) ฝึกปฏิบัติจริงในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงและจากตัวแบบ ใช้การเสริมแรงทางบวก เช่น การให้รางวัลและการชมเชย รวมถึงการดูสื่อวีดิทัศน์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสาธิตรายกลุ่ม/รายบุคคล

สัปดาห์ที่ 4 (180 นาที) ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อฝึกทักษะภาคปฏิบัติ ได้แก่ การตรวจวัดสัญญาณชีพ การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

สัปดาห์ที่ 5 (180 นาที) ฝึกปฏิบัติด้วยตนเองในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

สัปดาห์ที่ 6 (180 นาที) ลงเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและทบทวนทักษะการดูแล ให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงจนเกิดความมั่นใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น

สัปดาห์ที่ 7 (180 นาที) สรุปและอภิปรายผลกิจกรรม โดยเปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ทำแบบทดสอบความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นหลังการทดลอง และคืนข้อมูลสู่ชุมชนรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การวิเคราะห์แบบสอบถามความเชื่อมั่นและความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Care giver) แบ่งออกเป็น ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้าน ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และด้านความเชื่อมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลใช้ สถิติที (Paired t–test) ก่อนและหลังการทดลอง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เลขที่โครงการวิจัย SKPHO 5/2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 85.19 ขณะที่เพศชายมีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 14.81 เมื่อพิจารณาด้านอายุ พบว่ากลุ่มอายุที่มีสัดส่วนมาก

ที่สุดคือ อายุระหว่าง 44–61 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 48.15 รองลงมาคือกลุ่มอายุมากกว่า 62 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 18.52) กลุ่มอายุ 36–43 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 25.93) และกลุ่มอายุ 18–35 ปี มีเพียง 2 คน (ร้อยละ 7.41) ในด้านระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 40.74 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 25.93) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 5 คน (ร้อยละ 18.52) และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 4 คน (ร้อยละ 14.81) สำหรับลักษณะอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 37.04 รองลงมาคือแม่บ้าน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 25.93) ทำไร่ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 22.22) และทำนา จำนวน 4 คน (ร้อยละ 14.81) ในส่วนของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 2,000–4,000 บาท จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 55.56 รองลงมาคือกลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 4,000–6,000 บาท จำนวน 5 คน (ร้อยละ 18.52) รายได้มากกว่า 6,000 บาท จำนวน 4 คน (ร้อยละ 14.81) และกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาท จำนวน 3 คน (ร้อยละ 11.11) เมื่อพิจารณาระยะเวลาการผ่านการอบรมในบทบาทของ Care Giver พบว่า ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมมาแล้วมากกว่า 5 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 รองลงมาคือผู้ที่อบรมมาแล้ว 2–3 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 22.22) 1–2 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 18.52) และ 3–5 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 14.81)

2. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

จากการประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นและความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว พบว่า คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกข้อคำถาม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบถูกในแต่ละข้อได้ตั้งแต่ ร้อยละ 18.52 ถึง ร้อยละ 70.37 โดยข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 9 เรื่อง “การต่อปากต่อคำกับผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุอารมณ์ดี ไม่หลงลืมหรือสมองเสื่อมง่าย” (ร้อยละ 18.52) และข้อ 7 เรื่อง “บ้านที่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วย ถ้ามีพื้นต่างระดับไม่ควรทาสีแตกต่างกัน เพราะจำทำให้ผู้สูงอายุเวียนศีรษะเกิดอุบัติเหตุ ล้มได้ง่าย” (ร้อยละ 22.22) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นในทุกข้ออย่างมีนัยสำคัญ โดยมีสัดส่วนผู้ตอบถูกสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 70.37 ถึง ร้อยละ 100.00 โดยข้อที่มีผู้ตอบถูกสูงสุดถึงร้อยละ 100.00 ได้แก่ ข้อ 20 เรื่อง “หลักในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุ คือ ถูกโรค ถูกคน ถูกเวลา ถูกวิธี และถูกขนาด” และข้อ 13 เรื่อง “การป้อนอาหารควรจัดให้ผู้สูงอายุนอนศีรษะสูง เพื่อกลืนอาหารสะดวกและป้องกันการสำลักอาหาร” มีผู้ตอบถูกถึงร้อยละ 96.30 จากผลการประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้น้อย (ร้อยละ 66.67) ขณะที่มีเพียงร้อยละ 7.41 เท่านั้นที่มีระดับความรู้มาก แต่หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้มากถึงร้อยละ 88.89 และไม่มีผู้ใดอยู่ในระดับความรู้น้อยเลย

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=27)

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	ความแตกต่างเฉลี่ย (S.D.)	95%CI	P-value
ก่อนการทดลอง	8.30 (1.88)	9.81 (1.75)	9.16 - 10.46	< 0.001

หลังการทดลอง	18.11 (1.26)			

3. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (care giver)

จากผลการประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้ดูแลก่อนและหลังการดำเนินโครงการ พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ดูแลมีทักษะในระดับต่ำในบางประเด็น โดยเฉพาะในเรื่องการนับชีพจรและอธิบายค่าชีพจรได้อย่างถูกต้อง (ค่าเฉลี่ย = 0.85) และการทำความสะอาดรูเปิดถุงปัสสาวะด้วยแอลกอฮอล์หรือโพรวิดีน (ค่าเฉลี่ย = 0.85) ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างองค์ความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการดูแลด้านสุขภาพพื้นฐานของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ในทางตรงกันข้ามประเด็นที่ผู้ดูแลมีทักษะในระดับดีอยู่แล้วก่อนการทดลอง ได้แก่ การเตรียมปรอทและการวัดอุณหภูมิได้อย่างถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม (ค่าเฉลี่ย = 1.22) และการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น การไม่มีธรณีประตูหรือมีราวจับบันไดในบ้าน (ค่าเฉลี่ย = 1.18) ซึ่งเป็นทักษะที่สอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน หลังการทดลอง พบว่าทักษะของผู้ดูแลมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นในทุกประเด็น โดยเฉพาะในประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน 2 อันดับแรก ได้แก่ การนับชีพจรและอธิบายค่าชีพจรได้ถูกต้อง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 0.85 เป็น 1.74 (เพิ่มขึ้น 0.89 คะแนน) และการทำความสะอาดรูเปิดถุงปัสสาวะด้วยแอลกอฮอล์หรือโพรวิดีน จาก 0.85 เป็น 1.70 (เพิ่มขึ้น 0.85 คะแนน) แสดงให้เห็นว่าเนื้อหาและกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมทักษะการดูแลในประเด็นที่ผู้ดูแลขาดความรู้มากที่สุดในช่วงก่อนการอบรมได้อย่างมีนัยสำคัญ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับ พอใช้ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 74.07 รองลงมาคือ ระดับ ไม่ดี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 และระดับ ดี มีเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.71 ตามลำดับ (คะแนนต่ำสุด 24 คะแนน, คะแนนสูงสุด 52 คะแนน และคะแนนเฉลี่ย 30.85 คะแนน) ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการดูแลอยู่ในระดับ ดี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 88.89 รองลงมาคือ ระดับ พอใช้ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 และไม่มีผู้ที่มีทักษะในระดับไม่ดี (คะแนนต่ำสุด 45 คะแนน, คะแนนสูงสุด 58 คะแนน และคะแนนเฉลี่ย 50.59 คะแนน)

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=27)

ทักษะการดูแล	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	ความแตกต่างเฉลี่ย (S.D.)	95%CI	P-value
ก่อนการทดลอง	18.1 (4.2)	29.5 (3.5)	28.11 - 30.89	< 0.001
หลังการทดลอง	47.6 (3.1)			

4. ความเชื่อมั่นของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (care giver)

จากผลการประเมินความเชื่อมั่นของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวก่อนและหลังการดำเนินโครงการ พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ดูแลมีระดับความเชื่อมั่นในบางประเด็นอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในเรื่องความมั่นใจในการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้น เช่น ไข้สูงหรือหกล้ม

(ค่าเฉลี่ย = 0.90) และความมั่นใจในการสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุขเมื่อพบปัญหา (ค่าเฉลี่ย = 0.88) ในทางตรงกันข้าม ประเด็นที่ผู้ดูแลมีระดับความเชื่อมั่นในระดับดีอยู่แล้วก่อนการทดลอง ได้แก่ ความมั่นใจในการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยภายในบ้าน เช่น ราวจับ ห้องน้ำปลอดภัย และไม่มีสิ่งกีดขวาง (ค่าเฉลี่ย = 1.25) และความมั่นใจในการดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น การอาบน้ำ ป้อนอาหาร (ค่าเฉลี่ย = 1.20) หลังการทดลอง พบว่าความเชื่อมั่นของผู้ดูแลมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นในทุกประเด็น โดยเฉพาะในประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน 2 อันดับแรก ได้แก่ ความมั่นใจในการจัดการภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้น ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 0.90 เป็น 1.78 (เพิ่มขึ้น 0.88 คะแนน) และความมั่นใจในการสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุขเมื่อพบปัญหา จาก 0.88 เป็น 1.75 (เพิ่มขึ้น 0.87 คะแนน) จากผลการประเมินความเชื่อมั่นของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในระดับ ปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 70.37 รองลงมาคือ ระดับ น้อย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 25.93 และระดับ มาก มีเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.70 ตามลำดับ (คะแนนต่ำสุด 32 คะแนน, คะแนนสูงสุด 60 คะแนน และคะแนนเฉลี่ย 41.85 คะแนน) ส่วน หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในระดับ มาก จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 85.19 รองลงมาคือ ระดับ ปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 14.81 และไม่มีผู้ที่มีความเชื่อมั่นในระดับน้อย (คะแนนต่ำสุด 55 คะแนน , คะแนนสูงสุด 70 คะแนน และคะแนนเฉลี่ย 63.48 คะแนน)

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความเชื่อมั่นของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (care giver) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (care giver) มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อมั่นของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (care giver) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=27)

ความเชื่อมั่น	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	ความแตกต่างเฉลี่ย (S.D.)	95%CI	P-value
ก่อนการทดลอง	41.85 (6.25)	21.63 (5.02)	19.58 - 23.68	< 0.001
หลังการทดลอง	63.48 (4.12)			

สรุปและอภิปรายผล

1. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม แสดงว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรู้เฉพาะทางได้จริง ความรู้ถือเป็นรากฐานสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง การขาดความรู้แม้เพียงเล็กน้อยอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น การให้อาหารผิดวิธี หรือการดูแลแผลไม่เหมาะสม ผลนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bandura[6] ที่เน้นการเสริม self-efficacy ผ่านข้อมูลที่ถูกต้องและประสบการณ์ตรง และสนับสนุนผลการศึกษาของบุบผาพร ฝนใจเมือง และคณะ[5] ที่ชี้ว่าการอบรมแบบมีโครงสร้างช่วยเพิ่มพูนความรู้ผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ

2. ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะทักษะเฉพาะทาง เช่น การวัดสัญญาณชีพและการดูแลสายสวนปัสสาวะ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเรียนรู้ผ่านการฝึกปฏิบัติจริงสอดคล้องกับ Experiential Learning Theory ของ Kolb และทฤษฎี Self-Efficacy ของ Bandura[6] ที่ชี้ว่า mastery experience คือวิธีที่ทรงพลังที่สุดในการสร้างความมั่นใจและคงทักษะในระยะยาว

3. ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ผู้ดูแลมีคะแนนความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังโปรแกรม แสดงให้เห็นถึงการเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวก ความภาคภูมิใจ และความมั่นใจในการเผชิญสถานการณ์จริง ซึ่งมีความสำคัญไม่แพ้ความรู้หรือทักษะ เพราะเป็นแรงขับภายในให้เกิดความสม่ำเสมอและการตัดสินใจที่ถูกต้องในภาวะคับขัน สอดคล้องกับทฤษฎี Self-Efficacy ของ Bandura [4] ที่พบว่าการสนับสนุนทางจิตใจและการสะท้อนตนเองช่วยเพิ่มความเชื่อมั่น ลดความเครียด และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. การสร้างกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ควรมีการรวมกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้เกิดการพบปะ แลกเปลี่ยนความรู้ และสนับสนุนกันและกันอย่างต่อเนื่อง รพ.สต. สามารถเป็นผู้ริเริ่มจัดตั้ง “กลุ่ม Care Giver ชุมชน” โดยใช้พื้นที่สาธารณะ เช่น ศาลาประชาคม หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จัดประชุมเดือนละครั้ง เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนปัญหา ฝึกทักษะ และเสริมกำลังใจ การดำเนินการลักษณะนี้จะช่วยลดความโดดเดี่ยว เพิ่มแรงจูงใจ และสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน โดยมี รพ.สต. เป็นผู้ให้คำปรึกษาและติดตามผลร่วมกับ อสม.

2. การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้ดูแลในชนบท เนื่องจากผู้ดูแลจำนวนมากไม่มีพื้นฐานทางวิชาชีพ จึงควรจัดทำสื่อที่เข้าใจง่าย เช่น คู่มือภาพประกอบ แผ่นพับ โปสเตอร์ หรือวิดีโอสั้นภาษาท้องถิ่น พร้อม QR Code สำหรับเข้าถึงซ้ำได้ ตัวอย่างเนื้อหา ได้แก่ การดูแลแผลกดทับ การเคลื่อนย้าย การให้อาหารทางสาย และการวัดชีพจร โดยแจกจ่ายผ่านกิจกรรมเยี่ยมบ้านหรือเวทีสุขภาพประจำหมู่บ้าน สื่อเหล่านี้จะช่วยเพิ่มความเข้าใจ ลดข้อผิดพลาด และเสริมความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การบูรณาการทักษะการดูแลในกิจกรรมเยี่ยมบ้านเชิงรุก ควรใช้โอกาสจากการเยี่ยมบ้านของพยาบาล รพ.สต. และ อสม. ในการสาธิตและฝึกทักษะเฉพาะราย เช่น การวัดความดัน การจัดท่าทางผู้สูงอายุ หรือการดูแลอุปกรณ์พื้นฐาน แนวทางนี้เหมาะกับครัวเรือนที่ไม่สะดวกเดินทางมาอบรมรวม และยังช่วยปรับการสอนให้สอดคล้องกับสภาพจริงในแต่ละบ้าน ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. งานวิจัยครั้งนี้ใช้การออกแบบแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest–posttest design) แม้จะแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน แต่ยังขาดการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับกิจกรรม การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มกลุ่มควบคุม (Control group) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและยืนยันว่า ผลลัพธ์เกิดจากโปรแกรมโดยตรง

2. แม้โปรแกรมจะช่วยเพิ่มความรู้และความเชื่อมั่น แต่ยังไม่ได้ประเมินภาวะทางจิตใจของผู้ดูแล เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล หรือภาวะหมดไฟ (Burnout) ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาระหนัก การวิจัยในอนาคตควรพิจารณาปัจจัยเหล่านี้ควบคู่ไปกับการประเมินทักษะ เพื่อให้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตอบสนองทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ดูแลได้อย่างรอบด้าน

เอกสารอ้างอิง

1. อาภาพร เผ่าวัฒนา, สิรินธร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำปั่น, & ทัศนีย์ รวิวรกุล. (2561). การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (ฉบับปรับปรุง). ฉะเชิงเทรา: เอ็มเอ็นคอมพิวออฟเซท.
2. อัญชิษฐฐา ศิริคำเพ็ง, & ภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์, 17(3), 235–243.

3. อุสรา รัตนกร. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาตำบลหนองปลาปาก อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย.
4. นงนุช โอบะ. (2564). การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในครอบครัว. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 29(1).
5. บุปผาพร ฝนใจเมือง, และคณะ. (2565). การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในครอบครัว ตำบลหนองไผ่ อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 10(4).
6. สุปราณี บุญมี, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว, & สุพิตรา เศลวัตนะกุล. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 5(4), 38–49.
7. วรรณภา อินต๊ะราชา. (2565). ผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ตามแผนการดูแลรายบุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงในเขตสุขภาพที่ 10 [Performance of elderly caregivers in accordance with individual care plans who passed the 70-hour of training course in the 10th public health regional]. วารสาร, 10(2).

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ

Nursing care for patients receiving anesthesia for cesarean section in patients with preeclampsia.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

พิไล แก้วพรหมมา[1]
Philai Kaewpromma[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ โดยศึกษาในหญิงไทย อายุ 32 ปี เข้ารับการรักษาเพื่อมาคลอด มกราคม 2568 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า วินิจฉัยแรกรับ severe preeclampsia ให้ SET OR ผ่าตัด lower transverse caesarean section with tubal resection Emergency การประเมินแรกรับของผู้ป่วย ASA physical status 3E : underlying severe preeclampsia, smoking ไฟฟ้า, pregnancy alcohol drinking , drug abuse นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดนำสลบโดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ใช้เวลาการผ่าตัด 2 ชั่วโมง ขณะผ่าตัดเสียเลือดรวม 800 ml. ได้รับยา Transamine 1 g v และCytotec 4t vg. เพื่อช่วยการแข็งตัวของมดลูกได้สารน้ำทดแทน 800 ml. ไม่เกิดภาวะ Hypotension ขณะผ่าตัด สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หลังผ่าตัดเสร็จ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้อง PACU พบ spo2 = 94-95 % ฟังปอด มี crepitation both lung รายงานแพทย์ให้พ่น Beradual NB หลังพ่นยาปอดโล่ง spo2 = 99 % ส่งกลับห้องคลอดได้ โดยผู้ป่วยรายนี้ใช้เวลาในการรักษานอนโรงพยาบาล 5 วันได้รับการรักษาโดยได้ยา Lasix 40 mg v q hr ,record I/O จนกระทั้งสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ไม่มีอาการหอบ เหนื่อย ส่วนบุตรใส่ท่อช่วยหายใจส่งต่อ โรงพยาบาลพระนารายณ์เนื่องจากมีอาการหอบเหนื่อย

คำสำคัญ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วไป ผ่าตัดคลอดบุตร ผู้ป่วยที่ครรภ์เป็นพิษ

Abstract

This case study aimed to examine nursing care for patients undergoing anesthesia for cesarean section delivery in patients with preeclampsia. The study included a 32-year-old Thai woman admitted for delivery in January 2025. Data were collected from medical records and analyzed descriptively.

The study found that the initial diagnosis was severe preeclampsia. SET OR performed lower transverse caesarean section with tubal resection in emergency. The initial assessment of the patient was ASA physical status 3E: underlying severe preeclampsia, smoking, pregnancy alcohol drinking, drug abuse. The patient was taken to the operating room and put under general anesthesia. The surgery took 2 hours. Total blood loss was 800 ml. During the surgery, Transamine 1 g v and Cytotec 4t vg. were given to help with uterine coagulation. 800 ml of fluid replacement was given. No hypotension occurred during the surgery. The endotracheal tube could be removed after the surgery. Postoperative patient care in the PACU room showed spo2 = 94-95%. Crepitation was observed in both lungs when auscultated. The doctor reported to inject Beradual NB. After injecting the medication, the lungs were cleared with spo2 = 99%. The patient was sent back to the delivery room. This patient spent 5 days in the hospital receiving treatment with Lasix 40 mg v q hr, recorded I/O until he was able to be discharged home without any symptoms of shortness of breath. His child was intubated and transferred to Phra Narai Hospital due to shortness of breath.

Keyword Nursing care for patients receiving general anesthesia childbirth surgery Patients with preeclampsia

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโคกสำโรง

บทนำ

สถิติการผ่าตัดในโรงพยาบาลโคกสำโรง พบว่ามีการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษเพื่อทำผ่าตัดคลอดบุตรในปี2565-2567 จำนวน 5, 9, 15 ราย ตามลำดับ[1] ภาวะครรภ์เป็นพิษ preeclampsia: ความดันโลหิตสูงร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะ, eclampsia: ความดันโลหิตสูงร่วมกับมีอาการชัก โดยการชักไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ (chronic hypertension) ร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ (superimposed preeclampsia) คือ ภาวะความดันโลหิตสูงที่พบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์หรือก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และพบภาวะโปรตีนในปัสสาวะร่วมด้วย ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ คือ ภาวะความดันโลหิตสูงที่พบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์หรือ ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือยังคงมีความดันโลหิตสูงในช่วงหลังจาก 12 สัปดาห์หลังคลอด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (gestational hypertension) คือ ภาวะความดันโลหิตสูง ที่ตรวจพบในช่วงอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป โดยไม่พบภาวะ proteinuria ร่วมด้วย และความดันโลหิตมักกลับสู่ระดับปกติภายใน 12 สัปดาห์หลังคลอด[2]

อาการของภาวะครรภ์เป็นพิษ การวินิจฉัยมีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1.อายุครรภ์ > ๒๐ สัปดาห์และไม่มีประวัติความดันโลหิตสูง 2.ความดัน systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มม.ปรอท หรือความดัน diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มม.ปรอท 3.โปรตีนรั่วในปัสสาวะ (proteinuria)มากกว่า 5 กรัมต่อการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง หรือมากกว่า 3+ ในปัสสาวะ4. ภาวะ เกล็ดเลือดต่ำ < 100,000 ตัวต่อไมโครลิตร 5.ไตทำงานบกพร่อง serum creatinine > 1.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร6.ค่าเอนไซม์ตับผิดปกติ มีอาการ ปวดบริเวณใต้ชายโครงด้านขวาหรือจุกแน่นลิ้นปี่อย่างรุนแรง 7. ปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) 8.อาการทางสมองหรือตาที่เพิ่งเริ่มเป็น[3,4]

การรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ[5] Stabilization ด้วยการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะชักในกรณี severe preeclampsia และป้องกันภาวะชักซ้ำใน eclampsia รวมถึงการควบคุมระดับความดันเลือด โดยหลักการสำคัญคือให้ยา แมกนีเซียม ซัลเฟต ช่วงแรก (loading dose) สามารถทำได้ทั้งการฉีดเข้ากล้าม และการให้ยาทางหลอดเลือด ซึ่งโดยทั่วไปนิยมการให้ยาทางหลอดดำขนาดยาที่แนะนำให้ใช้ ซึ่งอาจมีการปรับเปลี่ยนคือ 1. ให้ loading dose โดย ฉีด magnesium sulfate (MgSO4.7H2O, USP) 4 กรัม ในสารละลาย 20% (20% MgSO4 20 mL) โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ในอัตราไม่เกิน 1 กรัมต่อนาที 2. ให้ maintenance dose ต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด โดยการบริหารยาทำได้ 2 วิธีคือ การให้ทางหลอดเลือดดำ (continuous intravenous infusion) ให้ Magnesium sulfate หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 1-2 กรัมต่อชั่วโมง (50% MgSO4 20 g + 5% D ต่อW 1000 มิลลิลิตร IV drip 100-200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง) การให้ด้วยวิธีฉีดเข้ากล้าม (intermittent intramuscular injections) ให้ 50% MgSO4 solution 10 กรัม (อาจผสม 2% lidocaine ปริมาณ 1 มิลลิลิตร ร่วมไปด้วยเพื่อลดอาการปวด) โดยให้แบ่งฉีดที่บริเวณสะโพกข้างละ 5 กรัม หลังจากนั้นให้ฉีด 50% MgSO4 5 กรัม เข้ากล้ามที่สะโพกทุก ๆ 4 ชั่วโมง ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์เกิดการชักซ้ำหรือการชักไม่หายหลังจากได้ MgSO4 loading dose ไปแล้ว ให้ 20% MgSO4 solution loading ซ้ำอีกครั้งในปริมาณ 2 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ในอัตราไม่เกิน 1 กรัมต่อนาที และการดูแลรักษาเฉพาะหน้าเบื้องต้น (first aid treatment) สตรีตั้งครรภ์กำลังที่มีอาการชัก ดูแลเรื่องการหายใจเพื่อป้องกันการสำลัก ให้สตรีตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย และเคลียร์สารคัดหลั่งที่อยู่ในปาก ให้ออกซิเจน และเปิดเส้นเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือด[4]

การให้ยาระงับความรู้สึกทั้งหมดมี 2 วิธี ได้แก่[6]

1.การระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว (General anesthesia: GA) เป็นการทำให้ผู้ป่วยหมดสติไม่มีความรู้สึกในระหว่างการผ่าตัด โดยมีองค์ประกอบดังนี้

ระงับความเจ็บปวด (Analgesia) หมดสติ (Hypnosis) กด Reflex ที่ไม่ต้องการ (Blunting of reflex) การหย่อนกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) ข้อควรระวังในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia ในผู้ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ เมื่อเข้ามารับการผ่าตัดคลอดมีหลัก 3 ประการ คือ

1.1 การใส่ท่อช่วยหายใจยากหรือใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ เกิดการขาดออกซิเจนได้ง่ายและเร็ว เนื่องจากปริมาตรปอด FRC ลดลง และเกิดภาวะสำลักเศษอาหารและน้ำย่อยเข้าปอดได้ง่าย บุคลากรทางวิสัญญีต้องมีการประเมินอย่างละเอียดและเตรียมอุปกรณ์สำหรับช่วยใส่ท่อช่วยหายใจกรณีฉุกเฉิน 1.2 ความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรตระหนักถึง เนื่องจากอาจนำไปสู่ภาวะเลือดออกในสมองและปอดบวมน้ำได้ การควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาเมื่อความดัน systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มม.ปรอท หรือ diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มม.ปรอท การลดความดันโลหิตต้องควบคุมให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยไม่ควรลดความดันโลหิตให้ต่ำเกินไปหรือลดอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยและทารกในครรภ์ได้ โดยทั่วไปจะควบคุมความดัน systolic ให้อยู่ในช่วง 140-150 มม.ปรอท และความดัน diastolic อยู่ในช่วง 80-100 มม.ปรอท 1.3 การได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตเพื่อป้องกันการชัก มีผลทำให้ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาหย่อนกล้ามเนื้อกลุ่ม non-depolarizing ยาวนานขึ้น จึงควรลดขนาดยาและเฝ้าระวังการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อที่มากเกิน อาจทำให้ถอดท่อช่วยหายใจไม่ได้หลังเสร็จผ่าตัด

2. Spinal anesthesia คือ เทคนิคการฉีดยาชาเข้าสู่ subarachnoid space โดยยาชาจะออกฤทธิ์ที่ spinal nerve และ dorsal ganglion ทำให้เกิดอาการชาและขยับส่วนล่างของร่างกายไม่ได้อยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่ง ตาม dermatome ที่ยาชาออกฤทธิ์ ซึ่งยาชาแต่ละชนิดมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ยาวนานแตกต่างกัน ข้อควรระวังในการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษเมื่อมารับการผ่าตัดคลอดมีหลัก 3 ประการ คือ

2.1 ภาวะพร่องน้ำ ผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษอาจมีภาวะพร่องน้ำ จึงควรให้สารน้ำให้เพียงพอ โดยเฝ้าติดตามจากปริมาณปัสสาวะและให้ยาควบคุมความดันเลือดในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดคลอดแบบไม่เร่งด่วนก่อนให้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน 2.2 ปริมาณเกล็ดเลือดและการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำและการแข็งตัวของเลือดผิดปกติเป็นข้อห้ามต่อการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน เนื่องจากอาจนำไปสู่การเกิด epidural hematoma ได้

2.3 ความดันเลือดต่ำหลังจากให้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน[5]

จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษเพื่อทำผ่าตัดคลอดบุตรมีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษเพื่อทำผ่าตัดคลอดบุตร เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาล ตั้งแต่ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระยะให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ

วิธีการศึกษา

ศึกษาในหญิงไทย อายุ 32 ปี เข้ารับการรักษาเพื่อมาคลอด มกราคม 2568

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม

และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 32 ปี สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 18 เมษายน 2568

อาการสำคัญ

เจ็บครรภ์คลอด 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

$G_4 P_3 A_0 L_3$ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บครรภ์คลอด ปวดศีรษะมากตามตัวบวมมากขึ้น อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ by LMP NO ANC

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

NO ANC

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา เคยผ่าตัดคลอดบุตร 1 ครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ปฏิเสธโรคประจำตัว

การประเมินสภาพร่างกาย[7]

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 117 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 163/64 มิลลิเมตรปรอท

- ศีรษะ: รูปร่างปกติไม่มีก้อนนูนผิดปกติ ไม่มีบาดแผลหรือผื่น

- ใบหน้า: สมมาตรรูปร่างปกติไม่บวม

- ตาหูคอจมูก: เปลือกตาไม่ซีด ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ

- คอและไหล่: ไม่มี neck vein engorgement ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต

- กระดูกและข้อ: กระดูกไม่ผิดรูปเคลื่อนไหวได้ปกติ pitting +2 edema both legs

- ทรวงอกและปอด: รูปทรงปกติหายใจสม่ำเสมอ O2 Saturation 100% crepitation both lung

- หัวใจ: เต้นสม่ำเสมอ ไม่มีmurmur อัตราการเต้น 117 ครั้ง/นาที

- ท้อง: ยอดมดลูก ¾ > สะดือ ท้องแข็งเป็นพักๆ I 2-3” D 45-50”

- ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ: รู้สึกตัวดี ม่านตาตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง 2 มิลลิเมตร

- ตรวจภายใน: ปากมดลูกเปิด 4 cm. Effacement 75 % Station 0 MI

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

1. Complete Blood Count ผล: White blood count 24,070 cell/mm3, Neutrophil 72.3%, Lymphocyte 12.1%, Monocyte 4%, Eosinophil 0%, Basophil 0.2%, Hematocrit 34%, Platelet count 106,000 cell/mm^3

2. Urine Analysis ผล: protein 3+ urine protein 24 hrs 340 mg/24hr

3. Uric acid 8.2 mg/dl

4. LFT: SGOT (AST) 72 U/L, SGPT (ALT) 53 U/L, LDH 249 U/L

5. Magnesium 5.7

6. NST-Reactive

สรุปอาการ

มีอาการเจ็บครรภ์คลอด ปวดศีรษะ ตามตัวบวมมากขึ้น

การวินิจฉัยแรกรับ :severe preeclampsia แพทย์ SET การผ่าตัด lower transvest caesarean section with tubal resection เ ป็ น Emergence case เบื้องต้นการประเมินทางวิสัญญีผู้ป่วยเป็น ASA physical status : 3 E underlying severe preeclampsia, smoking ไฟฟ้า pregnancy ,alcohol drinking , drug abuse การเลือกวิธีการระงับความรู้สึก

ปัญหาทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก[8,9]	
ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวการใส่ท่อช่วยหายใจยาก เนื่องจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นและการบวมของทางเดินหายใจ	**การพยาบาล** ตรวจสอบสภาพเครื่องดมยาสลบและเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน เตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจกรณีฉุกเฉินไว้ เช่น laryngeal mask airway, video laryngoscopeเตรียม suction ให้พร้อม ใช้ laryngoscope ด้ามสั้น เพื่อให้ง่ายต่อการใส่ท่อหายใจในผู้ป่วยที่อ้วน และมีหน้าอกขยายใหญ่ ประเมินลักษณะความยากง่ายของการใส่ท่อหายใจ โดยดู mallampati classification
	โดยการให้อ้าปากและแลบลิ้นให้เต็มที่ ผู้ป่วยรายนี้ mallampati classification ได้ class 2 เลือกท่อช่วยหายใจ ขนาดให้เล็กลงกว่าหญิงปกติ คือขนาด 6.5 – 7.0 จัดท่าในการใส่ท่อให้อยู่ในลักษณะเอียงศีรษะสูง (ramp position) คือหนุนหมอนที่ศีรษะ ไหล่ ทำให้ระดับของรูหู external auditory meatus อยู่ในระดับเดียวกับ sternal notch เพื่อเปิดทางเดิน หายใจได้ง่าย ใส่ stylet หรือ guide wire ไปในท่อช่วยหายใจ และดัดเป็นรูปตัวเจ **การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์รายนี้ได้รับการดูแลและเตรียมความพร้อมล่วงหน้า ทำให้สามารถใส่ท่อช่วย หายใจได้สำเร็จภายใน 1 ครั้ง
ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกเนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษ	**การพยาบาล** ประเมินผู้ป่วย ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินสัญญาณชีพงดน้ำและอาหาร 6-8 ชั่วโมง ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเลือด ตรวจสอบการลงนามในยินยอมการรักษา **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด
ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	**การพยาบาล** สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับหญิงตั้งครรภ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องภาวะครรภ์ เป็นพิษ ความจำเป็นใน การผ่าตัด วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ขั้นตอนต่าง ๆ การปฏิบัติตัวก่อนการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ให้ความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์และรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีหน้าตาแจ่มใสขึ้น และเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง และภาวะทารกในครรภ์
ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก	
ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในระยะนำสลบเนื่องจากได้รับ ยาหย่อนกล้ามเนื้อในขณะใส่ท่อช่วยหายใจ	**การพยาบาล** ตรวจสอบเครื่องดมยาสลบและอุปกรณ์ช่วยหายใจให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ ให้สูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากาก 6 ลิตรต่อนาที ก่อนสูดดมออกซิเจน จัดท่าผู้ป่วย นอนหงายหนุนศีรษะ 5 – 7 cm. แหงนคอเล็กน้อยทำให้ช่องปากและกล่องเสียงอยู่ในแนวเดียวกัน ใส่ท่อช่วยหายใจอย่างนุ่มนวลแต่รวดเร็วและรีบต่อออกซิเจนทันที มีการตรวจสอบท่อช่วยหายใจ ว่าอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องทันที ตรวจดูวงจรดมยาสลบไม่ให้หักพับงอ และให้หญิงตั้งครรภ์สูดดมออกซิเจน 50 % ตลอดการระงับ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ความรู้สึกสังเกตการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ชีพจร ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงและระดัคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก และบันทึกทุก 5 นาที สังเกตการเปลี่ยนแปลงจากสีผิว ปลายเล็บมือ การประเมินผล ไม่มีภาวะ cyanosis, สีผิวปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดหรือเขียว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 98 - 100 % ตรวจสอบตำแหน่งจากการฟังปอดได้ยินเสียงดังเท่ากัน 2 ข้าง ไม่มีภาวะ desaturation **การประเมินผล** ฟังปอดลมหายใจที่หน้าอก 2 ข้างดังเท่ากัน หน้าอกมีการขยายออกเมื่อช่วยหายใจเข้าเท่ากัน 2 ข้าง
ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการสูดสำลักอาหารและน้ำเข้าปอดขณะใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากมีภาวะ full stomach	**การพยาบาล** มีการเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจให้พร้อม เปิดเครื่องดูดเสมหะไว้พร้อมใช้ ให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงที่ เลือกใส่ท่อช่วยหายใจชนิดมีคัพ (endotracheal tube with cuff) สามารถใส่ลมเข้าในคัพได้ โดยไม่รั่วซึมหลังใส่ เพื่อปิดกั้นทางเดินหายใจและช่วยป้องกันการสำลัก ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยเทคนิคพิเศษคือ การนำสลบอย่าง อย่างรวดเร็วร่วมกับการกดกระดูกอ่อน ไครคอยด์ (cricoid cartilage) ดันลมใส่คัพของท่อช่วยหายใจก่อนปล่อยมือที่กดกระดูกอ่อนไครคอยด์ วิธีนี้จะช่วยปิดกั้นหลอดอาหารส่วนต้น เป็นการป้องกันไม่ให้มีเศษอาหารหรือน้ำย่อยไหลท้น **การประเมินผล** ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงวัดจากปลายนิ้ว 98-100 % ฟังปอดลมหายใจที่หน้าอก 2 ข้างดังเท่ากัน หน้าอกมีการขยายออกเมื่อช่วยหายใจเข้าเท่ากันขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะสำลักเศษอาหารหรือน้ำย่อยเข้าปอด
ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมองเนื่องจากมีระดับความดันโลหิตสูง	**การพยาบาล** ระยะนำสลบ ให้ยาสลบที่ลึกพอก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความนุ่มนวล ราบรื่น ระยะรักษาระดับความรู้สึก การให้ยาระงับความรู้สึก ต้องควบคุมระดับความรู้สึกให้เหมาะสม ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วง 110/60-140/90 มม.ปรอท เตรียมยาลดความดันโลหิตให้พร้อมใช้ คือ Nicardipine 0.2 มก./มล. **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออกในสมอง
ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องของสารน้ำในร่างกาย เนื่องจากการเสียเลือด เสียน้ำในระหว่างผ่าตัด	**การพยาบาล มี**การตรวจวัดและบันทึกความดันโลหิต ชีพจร คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทุก 5 นาที เพื่อประเมินการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ประเมินภาวะที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ ได้แก่ ความตึงของผิวหนัง ลดลง ความดันโลหิตซิสโตลิคลดลง 15 mmHg ชีพจรเบาเร็ว ประเมินการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ถ้าพบว่าปริมาณเลือดที่สูญเสียเพิ่มเรื่อย ๆ ต้องรายงาน แพทย์เพื่อพิจารณาให้เลือดทดแทน บันทึกปริมาณและสีปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมง มีการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอกับปริมาณเลือดที่สูญเสียไประหว่างผ่าตัดโดยคำนวณ จากน้ำหนักตัว ระยะเวลาการงดน้ำอาหาร ชนิดการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสียไปขณะผ่าตัด **การประเมินผล** สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ Hb ไม่ต่ำกว่า 12.0 กรัมต่อเดซิลิตร จำนวนปัสสาวะที่ออก 0.5 - 1 ซีซี ต่อน้ำหนักตัว ต่อชั่วโมง ระหว่างผ่าตัด ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/80 – 150/90 mmHg ชีพจรสม่ำเสมอ 78 – 90 ครั้ง/นาที ผิวกายของผู้ป่วยอุ่น เปลือกตาไม่ซีด ปัสสาวะออกประมาณ 100 ml/hr สีเหลืองใส 102 ml
ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจไม่มีประสิทธิภาพภายหลังที่ฟื้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึกเนื่องจากฤทธิ์ของ MgSO4 เสริมฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ	**การพยาบาล** หยุดการให้ MgSO4 ขณะให้ยาระงับความรู้สึก เนื่องจากแมกนีเซียมเสริมฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อทั้งชนิด non-depolarized และ depolarized เมื่อเสร็จผ่าตัดให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ คือ neostigmine ขนาด 2.5 mgประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนที่จะทำการถอดท่อช่วยหายใจว่า ผู้ป่วยตื่นดี สามารถหายใจได้ดี ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจออกแล้วให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากาก และตรวจดูว่าผู้ป่วยมีการหายใจที่เพียงพอ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจและนับการหายใจของผู้ป่วย **การประเมินผล** ผู้ป่วยกลับมาหายใจเองสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงวัดจากปลายนิ้ว 98-100 % ผู้ป่วยตื่น, หายใจได้เอง และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจเนื่องจากการได้รับการระงับความรู้สึกทั่วไป และยังฟื้นจากฤทธิ์ยาสลบไม่เต็มที่	**การพยาบาล** ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากากชนิดมีถุงสำรอง ในอัตรา 6 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มออกซิเจนในร่างกาย สังเกตและฟังเสียงหายใจ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงตลอดเวลาจนกว่า จะรู้สึกตัวดี สังเกตสีผิวโดยเฉพาะริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า ว่ามีสีเขียวคล้ำหรือไม่ เพื่อประเมินภาวะ ขาดออกซิเจน เตรียมอุปกรณ์สำหรับเปิดทางเดินหายใจไว้ให้พร้อมใช้ เช่น ท่อช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ สายดูดเสมหะ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่าง ๆ score มีการสังเกตบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง วัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ ทุก 5 นาที **การประเมินผล** ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี สามารถทำตามคำสั่งได้ เช่น อ้าปาก ลืมตา ยกแขน วัดค่าความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงได้ 98-99% สามารถทอดท่อหายใจได้
ปัญหาที่ 10 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	**การพยาบาล** ประเมินความรุนแรงของอาการปวดแผล โดยการซักถามระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดที่เป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 – 10 และสังเกตสีหน้าของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่เหมาะสม หากรู้สึกตัวดีจัดให้นอนในท่าศีรษะสูง (fowler's position) เพราะทำให้หน้าท้องหย่อนตัว เป็นการลดการตึงของแผล ช่วยบรรเทาอาการปวดแผลดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด เพื่อบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ง่วงซึม มีการเฝ้าระวังการง่วงซึมของผู้ป่วย โดยใช้ sedation score มีการสังเกตบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง วัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ ทุก 5 นาที
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	**กิจกรรมการพยาบาล**
	การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางสดชื่นขึ้น และบอกทุเลาปวด pain score < 3 คะแนน ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลง ประเมินความปวดได้ในระดับต่ำกว่า 3 ก่อนกลับตึก สีหน้าท่าทาง ผ่อนคลาย หลับพักผ่อนได้

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษารายนี้ ผู้ป่วยเพศหญิงนอนโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยหลังคลอด อายุ 32 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง G4 P3 A0 L3อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ by LMP น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ 65 กิโลกรัม น้ำหนักปัจจุบัน 90 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร BMI 33.46 เข้ารับการรักษาด้วยอาการ เจ็บครรภ์คลอด 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล NO ANC มีประวัติเคยผ่าตัดคลอด แรกรับวัดชีพจร BP 163/64 mmHg ตรวจร่างกายพบ pitting +2 ฟังปอด มี crepitation both lung วินิจฉัยแรกรับ severe preeclampsia ให้ SET OR ผ่าตัด lower transverse caesarean section with tubal resection Emergency การประเมินแรกรับของผู้ป่วย ASA physical status 3E : underlying severe preeclampsia, smoking ไฟฟ้า, pregnancy alcohol drinking , drug abuse นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดนำสลบโดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ใช้เวลาการผ่าตัด 2 ชั่วโมง ขณะผ่าตัดเสียเลือดรวม 800 ml. ได้รับยา Transamine 1 g v และCytotec 4t vg. เพื่อช่วยการแข็งตัวของมดลูกได้สารน้ำทดแทน 800 ml. ไม่เกิดภาวะ Hypotension ขณะผ่าตัด สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หลังผ่าตัดเสร็จ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้อง PACU พบ spo2 = 94-95 % ฟังปอด มี crepitation both lung รายงานแพทย์ให้พ่น Beradual NB หลังพ่นยาปอดโล่ง spo2 = 99 % ส่งกลับห้องคลอดได้ โดยผู้ป่วยรายนี้ใช้เวลาในการรักษานอนโรงพยาบาล 5 วันได้รับการรักษาโดยได้ยา Lasix 40 mg v q hr ,record I/O และพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางในการเยี่ยมประเมินหญิงตั้งครรภ์ก่อนระงับความรู้สึกเพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ และสังคมในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตร จนกระทั้งสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ไม่มีอาการหอบ เหนื่อย ส่วนบุตรใส่ท่อช่วย

หายใจส่งต่อ โรงพยาบาลพระนารายณ์เนื่องจากมีอาการหอบเหนื่อย[5,6,7,8]

ข้อเสนอแนะ

1.มีการพัฒนาแนวทางในการเยี่ยมประเมินหญิงตั้งครรภ์ก่อนระงับความรู้สึกเพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ และสังคมในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตร

2.พัฒนาแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

3.มีคู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1.เวชสถิติ โรงพยาบาลโคกสำโรง, 2567.

2.ศิริชัย วิริยะธนากร.(2563) Severe Preeclampsia [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก http://www.errama.com/system/spaw2/uploads/files/Case_Report_Sirichai.pdf.

3.อุไรรัตน์ นาจำเริญ.(2565). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะอ้วนและภาวะไข่เข้าน้ำคร่ำ: กรณีศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร, 42(1), 26-141; 2565.

4.ฉวี เบาทรวง.(2560) การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน: นันทพร แสนศิริพันธ์, ฉวี เบาทรวง, บรรณาธิการ. การพยาบาลและการผดุงครรภ์:สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส; 2560. หน้า35-58.

5.ปัญจมาภรณ์ โสดา.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดบุตร: กรณีศึกษา 2 ราย; 2567.

6.ดรุณี คำปาน.(2563). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษเพื่อทำผ่าตัดคลอด บุตรและทำหมัน. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร, 29(1); 91-104: 2563.

7.รัชนก คชไกร และเวหา เกษมสุข.(2559). การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล. โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.

8.พรศิริ พันธสี.(2563). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 23).พิมพ์อักษร; 2563.

การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Development of a Rehabilitation Care Model for Intermediate Patients Phra Narai Maharat Hospital.

(Received: September 26,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

ภุชงค์ ธนะเพิ่ม[1]
PUCHONG THANAPERM[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ระยะ ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ ระยะที่ 3 ขั้นสังเกตการณ ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ทีมฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 31 คน 2) ผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 20 คน 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 20 คน เครื่องมือ ประกอบด้วย 1) แนวคำถามในการการสนทนากลุ่ม (Focus group) ทีมฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง 2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วย 3) แบบประเมินความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบ 4) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย 5) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย 6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: หลังการนำรูปแบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางใช้ดูแลกับผู้ป่วย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (mean= 4.30, S.D.=0.28)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะกลาง, การฟื้นฟูผู้ป่วย, การพัฒนารูปแบบ

Abstract

This study aimed to develop and evaluate the effects of an intermediate care rehabilitation model at King Narai Hospital. A four-phase action research design was employed: (1) planning, (2) implementation, (3) observation, and (4) reflection. Participants included: (1) 31 members of the intermediate care rehabilitation team, (2) 20 intermediate care patients, and (3) 20 caregivers of these patients. Research instruments comprised: (1) focus group discussion guidelines for the rehabilitation team, (2) in-depth interview guides for caregivers, (3) a model feasibility assessment form, (4) a caregiver knowledge assessment form, (5) a caregiver competency assessment form, and (6) a caregiver satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Results: Following implementation of the intermediate care rehabilitation model, there were statistically significant improvements ($p < 0.05$) in caregiver knowledge, caregiving ability, patient self-care capacity, and activities of daily living. Caregiver satisfaction with the model was rated at the highest level (mean = 4.30, SD = 0.28).

Keywords: Intermediate care, patient rehabilitation, model development, caregiver competency, continuity of care

บทนำ

ระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care – IMC) คือ การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่แล้ว แต่ยังมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL) โดยมี Barthel Index <15 หรือ ≥15 ร่วมกับความบกพร่องหลาย

[1] หน่วยงานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ประการ (multiple impairments) และใช้ระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติ และมีอาการคงที่ [1] ปัจจุบันครอบคลุมผู้ป่วย 4 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคบาดเจ็บทางสมอง (traumatic brain injury) บาดเจ็บในไขสันหลัง (spinal cord injury) และกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบาง (Fragility hip fracture)[2] ที่จำเป็นต้องได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพในระยะกลางและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) จนถึงการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล ชุมชน (รพช.) ในครอบครัวและในชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะด้านร่างกายและจิตใจ ให้สามารถฟื้นตัวจากโรค ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ ภาวะทุพพลภาพ มิให้กลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงตลอดชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงกับปกติและกลับคืนสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ช่วยลดงบประมาณในการดูแลระยะยาว และเพิ่มกำลังการผลิต (productivity) และผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) โดยต้องอาศัยบุคลากรสุขภาพสหวิชาชีพที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดนักกิจกรรมบำบัดหรือช่างกายอุปกรณ์ ในการดูแลฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับผู้ดูแลทั้งในครอบครัวหรือในชุมชน รวมถึงหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลในมิติอื่นๆ ของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม[2]

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นโรงพยาบาลระดับ 5 อยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายให้กับโรงพยาบาลในจังหวัดลพบุรีและจังหวัดใกล้เคียง ในปัจจุบันกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสำคัญต่อการดูแล คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะมีภาวะเรื้อรัง มีความพิการหลงเหลือ มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ได้เหมือนเดิม กลุ่มโรคเหล่านี้ เป็นโรคที่มีความสำคัญในระบบสาธารณสุขในขณะนี้ คือ บาดเจ็บที่ศีรษะ หลอดเลือดสมองแตก ตีบ ตัน บาดเจ็บไขสันหลังและกระดูกสะโพกหัก ซึ่งโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มมากขึ้น โดยพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (ส่วนเอว) มีจำนวน 25, 22, และ 18 รายตามลำดับ ผู้ป่วยโรคกระดูกสะโพกหัก จำนวน 243, 291, และ 304 รายตามลำดับ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบและตัน จำนวน 1,214, 1,347, และ 1,442 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการเตรียมผู้ป่วยเข้าสู่การฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ซึ่งการดูแลระยะกลางสิ่งสำคัญผู้ป่วยควรต้องได้รับการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดรวมกันไม่น้อยกว่า 3 - 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ภายในระยะ 6 เดือนแรก โดยการดูแลระยะกลางอำเภอเมืองจังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่เป็นผู้นำของระบบ และมีการประสานงานเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลให้มีการทำกายภาพบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวกลับ อย่างไรก็ตามพบว่า นักฟื้นฟูชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วย ขาดการประสานงานระหว่างทีมที่ดูแลในโรงพยาบาลกับทีมที่ดูแลในชุมชนเพื่อร่วมวางแผนการบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้บุคลากรระดับปฐมภูมิขาดโอกาสในการเรียนรู้ทักษะการดูแลด้านต่างๆ จากทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟู รวมถึงการที่เอกสารคู่มือและสื่อการสอนด้านการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยยังมีน้อย ไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทำให้ญาติและผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยพบว่าในปีงบประมาณ 2563-2565 ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 7.6, 8.2 และ 9.7 ตามลำดับ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีภาวะกระดูกหักซ้ำภายใน 1 ปี ร้อยละ 1.7, 0.9 และ 1.2 ตามลำดับ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบมีภาวะพลัดตกหกล้มร้อยละ 3.7, 4.2 และ 3.2 ตามลำดับ[3] ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากขึ้น จำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วย

ระยะกลาง (intermediate care) ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง และสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน เป็นการพัฒนางานและสามารถลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว รวมทั้งค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัย

ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (planning) ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (action) ระยะที่ 3 ขั้นสังเกตการณ (observation) ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทีมฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง เขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน 31 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ 2) ผู้ป่วยระยะกลาง 4 โรค คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 20 คน โดยมี Barthel Index <15 คะแนน หรือ ≥ 15 แต่ยังพบปัญหาความลำบากในการเคลื่อนไหว 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 20 คน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (planning)

วิเคราะห์สถานการณ์ โดย เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ทีมฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการศึกษาตำรา การทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย

1. แนวคำถามในการการสนทนากลุ่ม (Focus group) ทีมฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง เป็นประเด็นคำถามตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks of a Health System of WHO ประกอบด้วย 1) ระบบบริการ 2) กำลังคนด้านด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศ 4) สื่อองค์ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล เพื่อใช้ในการประเมินสถานการณ์ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยระยะกลาง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา IOC=0.89

2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ปัญหาอุปสรรคและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้านร่างกาย และจิตใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผู้วิจัยมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูลโดยคำนึงถึงความสัมพันธ์สอดคล้องกัน

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (action)

การให้ความเห็นร่างรูปแบบการดูแล ผู้วิจัยประชุมร่วมกับทีมฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางร่างรูปแบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) รูปแบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ประกอบด้วย

1. รูปแบบการติดตามเยี่ยม

1.1 การระบุประชากรเป้าหมายเพื่อให้การดูแลระยะกลาง 4 โรคหลัก

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
- ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
- และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

1.2 กำหนดจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL Index) คะแนนเต็ม 20 คะแนน และกำหนดความเร่งด่วนในการเยี่ยมให้การดูแลที่บ้าน ดังนี้

1) กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดเตียง ได้แก่ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความสามารถประจำวัน ระหว่าง 0-4 คะแนน ให้ติดตามเยี่ยมภายใน 1-2 สัปดาห์

2) กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน ได้แก่ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความสามารถประจำวัน ระหว่าง 5-11 คะแนน ให้ติดตามเยี่ยมภายใน 2-3 สัปดาห์

3) กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดสังคม ได้แก่ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความสามารถประจำวัน ตั้งแต่ 12-15 คะแนนขึ้นไป ให้ติดตามเยี่ยมภายใน 3-4 สัปดาห์

2. รูปแบบการดูแลและให้คำปรึกษา

2.1 กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมดูแล โดย

- แพทย์ และพยาบาล มีหน้าที่ประเมินอาการปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย
- นักกายภาพบำบัด นักฟื้นฟูชุมชน มีหน้าที่ฟื้นฟูสภาพตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย
- พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน้าที่ประสานงานเตรียมการดูแลที่บ้าน (Homeward)
- อสม. เยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว และการสนับสนุนการทำกิจกรรม ติดตามและให้คำแนะนำ

2.2 การให้ความรู้และฝึกทักษะ ในการดูแลและฟื้นฟูระยะกลาง โดย นักกายภาพบำบัดให้ความรู้แก่ พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. เพื่อนำทักษะที่ได้ไปปฏิบัติแก่ผู้ป่วยแต่ละรายให้เหมาะสม

2.3 ช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ ในการประสานงานและการรับปรึกษาปัญหาระหว่างทีมฟื้นฟูด้วยกันเอง และทีมฟื้นฟูกับผู้ดูแลผู้ป่วย

3. กำหนดปัญหาและความต้องการการดูแล

3.1 ด้านร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัญหาในการรับประทานอาหาร ปัญหาด้านการสื่อสาร และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวและทักษะในการการฟื้นฟูสภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

3.2 ด้านจิตใจ ภาวะเครียด ซึมเศร้า การสูญเสียภาพลักษณ์ ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องการก าลังใจ ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ความรัก การใส่ใจ และการเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง

ระยะที่ 3 ขั้นสังเกตการณ (observation) โดยนำรูปแบบไปทดลองใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 6 ข้อ ค่า IOC เท่ากับ 0.90 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับทีมฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.84

<u>วงจรที่ 1</u> นำรูปแบบไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 ราย เก็บข้อมูลโดย คณะผู้วิจัยสังเกตแบบมีส่วนร่วม และบันทึกภาคสนาม (field notes) ผลการทดลองได้รูปแบบ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) รูปแบบการติดตามเยี่ยม 2) รูปแบบการดูแลและให้คำปรึกษา (teleconsultation) 3) รูปแบบให้ความรู้และฝึกทักษะ ในการดูแลและฟื้นฟูระยะกลาง

<u>วงจรที่ 2</u> นำรูปแบบการดูแลใน 3 ประเด็น ทำความเข้าใจกับทีมฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โดยฝึกอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะกับพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 คน นักฟื้นฟูชุมชนจำนวน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 20 คน คณะผู้วิจัยสังเกตแบบมีส่วนร่วมและบันทึกภาคสนามในระหว่างการฝึกอบรม

วงจรที่ 3 นำรูปแบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) นำไปใช้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 5 คน คณะผู้วิจัยทำการสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

คะแนนความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบ ใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (reflection)

การประเมินผลการใช้รูปแบบ และสรุปสิ่งที่เปลี่ยนแปลง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ ใช่ กับ ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.89 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.90

2. แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ถูกต้อง กับไม่ถูกต้อง เกณฑ์ผ่านการประเมิน (Bloom ,1971) ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่า Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.90

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.90 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ ครอนบาค เท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

คะแนนความพึงพอใจ ใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ความสามารถของผู้ดูแล คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL index) ครั้งที่ 1 ก่อนใช้รูปแบบและครั้งที่ 2 เมื่อได้รับการดูแลตามรูปแบบระยะเวลา 2 เดือน ใช้สถิติ Pair t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เลขที่ KNH 59/2567 ลงวันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาสถานการณ์

1. ผลการสนทนากลุ่ม (Focus group) ทีมฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

1) ระบบบริการ ระบบบริการมีการจัดรูปแบบ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1. รูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) รับผู้ป่วยในเขตอำเภอเมือง ให้บริการ 1-2 ชั่วโมง ต่อราย 2. รูปแบบผู้ป่วยใน (IPD case) มีการประเมินโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องส่งไปหน่วยฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) โรงพยาบาลท่าวุ้ง 3. รูปแบบบริการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยในชุมชนหลังจำหน่ายการส่งต่อคนไข้ผ่านทางโปรแกรม Thai COC ลงเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง และประเมินความสามารถของ ผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธล (Barthel index) คะแนนเต็ม 20 คะแนน และจำหน่ายผู้ป่วย เมื่อ Barthel index >15 คะแนน ร่วมกับแพทย์เวช ศาสตร์ฟื้นฟู และประเมิน Barthel index ในเดือนที่ 2, 4 ตามลำดับ

ปัญหาที่พบ ผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้น การให้บริการไม่ครอบคลุม เมื่อจำนวนเตียงเต็ม การติดตามฟื้นฟูจะเป็นหน้าที่หลักของชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม.

ข้อเสนอแนะ ระบบบริการที่มีประสิทธิภาพควรประกอบด้วย 1) มีระบบบริการที่มี การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เข้มแข็งของพื้นที่ 2) มี

ระบบส่งต่อข้อมูลและให้คำปรึกษา ทางวิดีโอคอล และแอปพลิเคชันไลน์ 3) ระบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยที่ใช้งานร่วมกันระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ดูแล

2) กำลังคนด้านสุขภาพ

ปัญหาด้านกำลังคนด้านสุขภาพ พบว่า มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำในโรงพยาบาลจำนวน 2 คน และต้องดูแลให้คำปรึกษากับโรงพยาบาลชุมชน และเครือข่าย จำนวนนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

ข้อเสนอแนะ ควรมีการให้ความรู้และฝึกทักษะ ในการดูแลและฟื้นฟูระยะกลางแก่ พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. เพื่อนำทักษะที่ได้ไปปฏิบัติแก่ผู้ป่วยแต่ละรายให้เหมาะสม

3) ระบบข้อมูลสารสนเทศ

ข้อมูลผู้ป่วยจะได้รับการบันทึกไว้ในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม HOSXP และข้อมูลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (Barthel index) และความก้าวหน้าในการให้บริการ (Progress note) จะบันทึกในเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นหลักปัญหาด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ พบว่า โปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และของหน่วยงานอำเภอเมืองเป็นคนละฐานข้อมูลกัน ทำให้เกิดปัญหาการเชื่อมต่อข้อมูล ส่งผลให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลให้อยู่ในระบบฐานข้อมูลเดียวกันได้

ข้อเสนอแนะ ควรมีข้อตกลงการใช้ฐานข้อมูลระบบเดียวกัน

4) สื่อองค์ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์

การจัดให้บริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง ได้ใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นทางกายภาพบำบัดทั่วไป และใช้สื่อองค์ความรู้ในการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางจากคู่มือการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก

ปัญหาด้านสื่อองค์ความรู้/ เทคโนโลยี ทางการแพทย์ พบว่า ยังไม่มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะ กลาง เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) และยังไม่มีคู่มือการจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดลพบุรี เพื่อใช้ในการสื่อสารระบบการจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง ภายในจังหวัดให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ จัดช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ ในการประสานงานและการรับปรึกษาปัญหาระหว่างทีมฟื้นฟูด้วยกันเอง และทีมฟื้นฟูกับผู้ดูแลผู้ป่วย

5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทุกสิทธิการรักษา ได้แก่สิทธิสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันชีวิต ค่าใช้จ่ายด้าน การรักษาพยาบาลจะทำการเรียกเก็บตามสิทธิของผู้ป่วย ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมใด ๆ จากภาครัฐ

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งมีส่วนสำคัญในการผลักดันนโยบายการพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลให้มีขีดความสามารถในการรับผู้ป่วยระยะกลางมาดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดลพบุรีขึ้น เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน และบูรณาการภารกิจด้านการบริการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกด้าน ตลอดจนสามารถกำกับติดตามและประเมินผลการ ดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

2. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน ปัญหาและอุปสรรคขณะดูแลผู้ป่วย พบว่า ขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย มีความกลัว ขาดความมั่นใจ ความต้องการความช่วยเหลือ ส่วนใหญ่ต้องการผู้ให้คำปรึกษาในเรื่องต่างๆ อยากให้มีผู้มาติดตามเยี่ยมบ่อยๆ หรือขอคำปรึกษาได้บ่อยๆ ต้องการอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยพยุงผู้ป่วย

ผลการพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

1. ความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) โดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean 3.68, SD 0.93) ข้อที่มีความคิดเห็นตรงกันมากที่สุด ได้แก่ รูปแบบสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ (Mean 3.88, SD 0.87)

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (n=20)

ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	9.24	1.53	-12.73	0.00*
หลังใช้รูปแบบ	13.60	2.16		

*p<.05

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ (mean=9.24, S.D.=1.53 และ mean=13.60, S.D.=2.16) และมีค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p< 0.05

3. คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (n=20)

ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	7.36	1.78	-34.73	0.00*
หลังใช้รูปแบบ	12.47	3.94		

*p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ (mean=7.36, S.D.=1.78 และ mean=12.47, S.D.=3.94) และมีค่าเฉลี่ย คะแนนความสามารถเพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p< 0.05

4. ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (mean= 4.30, S.D.=0.28) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ผู้ที่ให้การดูแลมีการอธิบายขั้นตอนเหตุผลก่อนให้การดูแลรักษา (mean 4.76, S.D.=0.43) รองลงมาได้แก่ ได้รับคำแนะนำ /สอน/สาธิต ในการดูแลผู้ป่วยจนเข้าใจ (mean=4.69, S.D.=0.46)

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ADL)	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบการพยาบาล	5.43	1.77	-11.69	0.01*
หลังใช้รูปแบบการพยาบาล	9.20	1.43		

*p<.05

จากตารางที่ 3 ผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วย พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p< 0.05

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ประกอบด้วย 3 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการติดตามเยี่ยม 2) รูปแบบการดูแลและให้คำปรึกษา 3) กำหนดปัญหาและความต้องการการดูแล จากการศึกษาจะพบว่า ทั้ง 3 รูปแบบมีผลต่อการเพิ่มระดับความสามารถของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูได้รับการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดรวมกัน 3 - 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งระยะเวลาที่ฝึก (duration) ความถี่ (frequency) และความหนักของโปรแกรม (intensity) เป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว กิจกรรมบำบัดที่สามารถเพิ่มระดับความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแต่ละราย อย่างน้อยควรได้รับบริการชั่วโมงกายภาพบำบัดไม่น้อยกว่า 3-15 ชั่วโมงต่อราย ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ เขมินทรา พันธุ์บุญปลูก และคณะ[3] ที่ศึกษาผลลัพธ์และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดลำปาง พบว่าจำนวนชั่วโมงกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดที่สามารถเพิ่มระดับความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแต่ละรายอย่างน้อยควรได้รับบริการชั่วโมงกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า 7-14 ชั่วโมงต่อราย โดยการติดตามอาการของผู้ป่วยตลอด 6 เดือน หลังจำหน่ายส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับบริการฟื้นฟูที่เหมาะสม ในช่วงเวลาที่เหมาะสมแก่การฟื้นตัว (golden period) ถือเป็นปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึง และการได้รับการฟื้นฟูของผู้ป่วยรวมถึงความร่วมมือของสหวิชาชีพและเครือข่ายสอดคล้องกับงานวิจัยของนงนภัทร รุ่งเนย และคณะ[4] ที่ทำการศึกษาค้นหาปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จของการพัฒนานโยบายจากส่วนกลางและการนำนโยบายส่วนกลาง สู่การปฏิบัติในจังหวัด

การให้ความรู้คำปรึกษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การควบคุมโรคและความเจ็บป่วย การเฝ้าระวังอาการหรือสังเกตความผิดปกติการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยนักกายภาพบำบัดให้ความรู้แก่พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. เพื่อนำทักษะที่ได้ไปปฏิบัติแก่ผู้ป่วยแต่ละรายให้เหมาะสม เน้น
สอน สาธิต และฝึกทักษะที่สำคัญจำเป็น ส่งผลให้เกิดความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การวางแผน ติดตามผล และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ รวมถึงอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลและทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง/ติดตามอาการ ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญารัตน์ ค้า จุนและคณะ[4] ที่ได้ศึกษาการพัฒนางานฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแบบต่อเนื่องสู่ชุมชน พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับอีกหลายการศึกษาที่ผ่านมา[5,6,7]
หลังการได้รับการฟื้นฟู และเมื่อวิเคราะห์ค่าคะแนนรวม Barthel index ที่เปลี่ยนแปลงหลังการได้รับการฟื้นฟู 6 เดือน จะพบว่าผู้ป่วยมีค่าคะแนนรวม Barthel index เปลี่ยนแปลงสูงสุดเฉลี่ย 9.2 ± 1.43 คะแนน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังจากการ

ได้รับการฟื้นฟู สมรรถภาพระยะกลางจะสามารถช่วยให้กลับมาช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นจากภาวะที่ติดเตียง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัสรี พัฒนสุวรรณา [8] ที่ทำการศึกษาผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับชุมชน ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หลังจากได้รับการฟื้นฟูจะสามารถเปลี่ยนระดับการช่วยเหลือตัวเองจากติดเตียงเป็นติดบ้านได้เป็นส่วนใหญ่

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย สามารถนำไปขยายบริการด้านการฟื้นฟูให้เข้ากับบริบทของพื้นที่เพื่อปรับเพิ่มความถี่ในการให้บริการด้านการฟื้นฟูให้ได้รับบริการชั่วโมงกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า 3-15 ชั่วโมง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเสริมสร้างความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัดและการฝึกพูด รวมทั้งการนำเทคโนโลยี มาใช้ในด้านการฟื้นฟู เช่น การฟื้นฟูทางไกลผ่านระบบ Telemedicine เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้ในทุกพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2565). การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง. https://www.snmri.go.th/wp-content/uploads/2021/11/IMCkpi-template2565_250664-SNMRI-1.pdf, 2565.
2. Swift C, Ftouh S, Langford P, Chesser TS, Johanssen A.(2016). Interdisciplinary management of hip fracture. Clinical Medicine. 2016 Dec 1;16(6):541–4.
3. เขมินทรา พันธุ์บุญปลูก และคณะ.(2565). ผลลัพธ์และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดลำปาง. กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และ นวัตกรรม, 2565.
4. กัญญารัตน์ ค้า จุน, ปานจิตร วรรณภิระ, ปราญปริญ ปิ่นสกุล, ศศิธร สมจิตต์.(2561). การพัฒนางานฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแบบต่อเนื่องสู่ชุมชน .พุทธชินราชเวชสาร. 2561; 35(3): 304-12
5. ประภัสสร วีระประสิทธิ์.(2565). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโดยแพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลท่าวุ้ง จังหวัดลพบุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี 2565; 31(1): 109-26.
6. วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์, รุจิรา จันทร์หอม, เสฐียร พงษ์ศิวินา.(2565). การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(2): 119-32.
7. Pattanasuwanna P.(2019). Outcomes of intermediate phase post-stroke inpatient rehabilitation in community hospital. ASEAN J Rehabil Med 2019; 29:8-13
8. ภัสรี พัฒนสุวรรณ.(2562). ผลลัพธ์ของการฟนฟูสมรรถภาพระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับชุมชน. ASEAN J Rehabil Med 2562; 29(1): 8-13.

ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Efficiency of diabetes patient care using the Home ward system in Kuchinarai District, Kalasin Province.

(Received: September 26,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

ศรินรัตน์ ธนัชจิระพงศ์[1]
Sarinrat Thanatchajiraphong

บทคัดย่อ

การศึกษา ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 และศึกษาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึง เดือน สิงหาคม 2568 รวม 8 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 48 คน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

1. สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลมากกว่า 150 mg/dl

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

3. การเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานมีค่าดีกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระบบ Home ward

Abstract

This study aimed to examine the effectiveness of home ward care for diabetes patients in Kuchinarai District, Kalasin Province. The objectives were to examine the health status and health behaviors of type 2 diabetes patients and to examine the effectiveness of home ward care for diabetes patients in Kuchinarai District, Kalasin Province. This quasi-experimental research was conducted between January 2025 and August 2025, totaling 8 months. The sample consisted of 48 type 2 diabetes patients receiving home ward care in Kuchinarai District, Kalasin Province. Data were collected from medical records and questionnaires. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and dependent t-test.

The study results revealed that after the implementation of the Home Ward system for diabetic patients in Kuchinarai District, Kalasin Province,

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

1. The health status and health behaviors of type 2 diabetes patients in Kuchinarai District, Kalasin Province, after the implementation, the majority had blood sugar levels exceeding 150 mg/dl.

2. The overall and individual health behaviors of type 2 diabetes patients in Kuchinarai District, Kalasin Province, after the implementation were at a very appropriate level.

3. A comparison of the health status and health behaviors of type 2 diabetes patients in Kuchinarai District, Kalasin Province, before and after the implementation showed statistically significant differences at the 0.05 level. After the implementation, the health status and health behaviors of type 2 diabetes patients in Kuchinarai District, Kalasin Province, were significantly better than before the implementation.

Keywords: diabetes care, Home Ward system

บทนำ

โรคเบาหวาน ปัญหา สถานการณ์ ผู้ป่วยทั่วโลก ผลกระทบจากโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก พบว่ามีผู้ป่วยมากกว่า 537 ล้านคนทั่วโลกในปี 2023 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึมที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนหลากหลาย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ไตวาย โรคทางระบบประสาท และแผลเรื้อรังที่เท้า ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ไม่เพียงเพิ่มความรุนแรงของโรค แต่ยังทำให้มีอัตราการเสียชีวิตสูง และสร้างภาระทางเศรษฐกิจแก่ระบบสุขภาพและครอบครัวผู้ป่วยอย่างมาก[1,2]

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นการจัดการที่ครอบคลุมโดยมีเป้าหมายเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลนี้ประกอบด้วยการปรับพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหารอย่างเหมาะสม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาหรืออินซูลินตามคำแนะนำของแพทย์ รวมทั้งการติดตามสุขภาพอย่างใกล้ชิด การให้ความรู้และสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ถือเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค[3]

ระบบ Home ward คือรูปแบบการดูแลสุขภาพที่นำการรักษาและติดตามผลต่างๆ มาดำเนินการที่บ้านผู้ป่วยแทนการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด โดยมีทีมบุคลากรทางการแพทย์เข้าเยี่ยมและตรวจสอบสภาพของผู้ป่วยในบ้าน ระบบนี้ช่วยลดภาระของสถานพยาบาลและความแออัดของโรงพยาบาล อีกทั้งยังตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่สะดวกเดินทางและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงการใช้เทคโนโลยีเฝ้าระวังและสื่อสารผ่านโทรเวชกรรม การประยุกต์ระบบ Home ward ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง โดยทีมสุขภาพทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อวางแผนและติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิดที่บ้าน การดูแลในระบบนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน การปรับแผนการดูแล การให้คำแนะนำในการออกกำลังกายและโภชนาการ รวมถึงการใช้ยาอย่างถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิต[4]

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าอัตราการป่วยโรคเบาหวานในอำเภอกุฉินารายณ์ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมในประชากรทุกกลุ่มวัยอยู่ระหว่าง ร้อยละ 6.61 ถึง ร้อยละ 14.35 ตามตำบลต่าง ๆ โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยสูงสุดอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 20 ถึง ร้อยละ 32 ขึ้นอยู่กับแต่ละตำบล เช่น ตำบลนาโก มีอัตราป่วยสูงถึง ร้อยละ 32.92 ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ขณะที่กลุ่มอายุน้อยกว่า 15 ปีแทบไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนตำบลที่มีอัตราป่วยรวมสูง ได้แก่ นาโก ร้อยละ 14.35 บัวขาว ร้อยละ 10.30 และสามขา ร้อยละ 10.09 นอกจากนี้ ในปีงบประมาณล่าสุด มีรายงานอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานในอำเภอกุฉินารายณ์ จำนวน 612 ราย

จากประชากรทั้งหมด 97,956 คน คิดเป็นอัตรา 624.77 รายต่อประชากรแสนคน โดยอัตราป่วยรายใหม่จะแตกต่างกันในแต่ละตำบลและเดือน เช่น ตำบลจุมจัง มีอัตราป่วยรายใหม่สูงสุดถึง 859.54 ต่อประชากรแสนคน ขณะที่ตำบลบัวขาว มีอัตราป่วยรายใหม่ต่ำสุดที่ 337.89 ต่อประชากรแสนคน รายเดือนจะมีผู้ป่วยรายใหม่ตั้งแต่ 25 ถึง 87 ราย ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และทรัพยากร ส่งผลให้ขาดการติดตามและควบคุมโรคอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยและครอบครัวประสบปัญหาการขาดความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อซ้ำ การพัฒนาการดูแลที่บ้านด้วยระบบ Home ward จึงเป็นทางเลือกที่สำคัญเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพกับชุมชนในการดูแลอย่างครบวงจร[5]

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ ลดภาระค่าใช้จ่าย และเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในชุมชน ผลลัพธ์ยังสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานและป้องกันโรคในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ศึกษาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึง เดือน สิงหาคม 2568 รวม 8 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 48 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

1. เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

2. เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่สมัครใจเข้ารับการรักษาด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. มีระดับน้ำตาล ขณะอดอาหาร > 160 มก./ดล. หรือ A1C > 8%

4. ได้รับความเห็นจากแพทย์ให้สามารถเข้าระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1.1 การศึกษาสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

1.2 การกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward

1.3 การดำเนินการตามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.4 การสรุปประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ประจำหมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ(ทุกวัน) เท่ากับ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบางครั้ง (4 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัตินานๆครั้ง (1 – 2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ทำเลย หมายถึง ไม่ทำเลย เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[6]

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 มีพฤติกรรมในระดับเหมาะสมมาก

3.41 – 4.20 มีพฤติกรรมในระดับเหมาะสม

2.61 – 3.40 มีพฤติกรรมในระดับพอใช้

1.81 – 2.60 มีพฤติกรรมในระดับต้องปรับปรุง

1.00 - 1.80 มีพฤติกรรมในระดับไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ 0.899

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีกิจกรรม/ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังต่อไปนี้

1. การศึกษาสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการตามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ สถิติ

อนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบ สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษา ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลมากกว่า 300 mg/dl

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ ยกเว้น พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารด้านการออกกำลังกายและด้านการผ่อนคลายความเครียด อยู่ในระดับ เหมาะสม

3. การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การคัดกรอง การรักษา และการติดตามผลการดูแลด้วยระบบ Home ward

4. ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

4.1 สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลมากกว่า 150 mg/dl

4.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

4.3 การเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน มีค่าดีกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ(Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ระดับน้ำตาล	300.18	100.63	171.41	66.71	47	9.094	.000	100.28390	157.25777
พฤติกรรมสุขภาพ									
ด้านการบริโภคอาหาร	3.41	0.67	4.48	0.40	47	-9.648	.000	-1.30082	-.85196
ด้านการออกกำลังกาย	3.45	0.70	4.51	0.47	47	-8.735	.000	-1.29440	-.80977
ด้านการผ่อนคลายความเครียด	3.45	0.70	4.51	0.42	47	-9.233	.000	-1.28675	-.82634
ด้านการกินยาและพบแพทย์	3.29	0.72	4.46	0.41	47	-9.204	.000	-1.43183	-.91817
ด้านการนอนอย่างมีคุณภาพ	3.38	0.54	4.46	0.36	47	-10.899	.000	-1.27781	-.87960

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ(Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ด้านการหลีกเลี่ยงสารอันตราย	3.36	0.81	4.56	0.46	47	-9.518	.000	-1.45531	-.94746
รวม	3.39	0.50	4.50	0.34	47	-12.655	.000	-1.28262	-.93075

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลมากกว่า 300 mg/dl และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ ยกเว้น พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารด้านการออกกำลังกายและด้านการผ่อนคลายความเครียด อยู่ในระดับ เหมาะสม สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ทิพวรรณ ชมบุญ[7] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โรงพยาบาลแวงใหญ่ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนทดลองมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การคัดกรอง การรักษา และการติดตามผลการดูแลด้วยระบบ Home ward โดยใช้แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)[4,8] สอดคล้องกับการศึกษาของ ถมญาณี โชติการณ์ และคณะ[5] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ มี ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการดำเนินงาน มี หน่วยบริการขึ้นทะเบียนและผ่านการประเมินการให้บริการการดูแล แบบผู้ป่วยในที่บ้าน Home ward ความพร้อมในการประเมินระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ความพร้อมในการประเมินระบบ การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง หลังการดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานส่งผลให้ สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลมากกว่า 150 mg/dl พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงาน สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน มีค่าดีกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ทวีเกียรติ ตั้งวงค์ไชย และสกลสุภา สิงคิบุตร[9] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและการดูแลแบบ ผู้ป่วยในที่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยน้ำตาลในเลือดสูง มากกว่า 300 มิลลิกรัม/เดซิลิตร รักษาที่บ้าน 2 ราย 2) เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมี

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน 3) หลังอบรม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ (M = 13.65, SD = 0.53) สูงกว่าก่อนอบรม (M = 11.72, SD = 0.98), t(64) = 6.32, p < .001, d = 0.71 และหลังใช้ ระบบผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้การดูแลตนเอง (M = 4.54, SD = 0.19) สูงกว่าก่อนใชระบบ (M = 3.74, SD = 0.43), t(83) = 42.82, p < .001, d = 4.36 และค่าน้ำตาลสะสม (M = 12.03, SD = 3.59) ต่ำกว่าก่อนใชระบบ (M = 10.63, SD = 2.42), t(83) = 4.06, p < .001, d = 1.30 อย่างมีนัยสำคัญ ความพึงพอใจผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับมากที่สุด ระบบการดูแลผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ใช้ได้อย่างมีประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จึงควรส่งเสริมให้นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ใช้ในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในระยะยาวเพื่อศึกษาในผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO) (2024). Diabetes. Online https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetesx
2. International Diabetes Federation (IDF). (2025). Diabetes Atlas 11th Edition.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. กรกฎาคม 2565. กระทรวงสาธารณสุข.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ฉบับที่ 2, พฤษภาคม 2567. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
5. ณมญาณี โชติการณ์, ธีรศักดิ์ ภูจอมแจ้, และวิภาวี เหล่าจตุรพิศ. (2567). การพัฒนารูปแบบระบบการ บริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, *9*(4), 654-664.
6. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
7. ทิพวรรณ ชมบุญ วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล.(2568) ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โรงพยาบาลแวงใหญ่ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2568
8. ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์. (2565). บทนำ. ในปิยะธิดา หาญสมบูรณ์ (บ.ก.), แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward). (น. 1-3). กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข.
9. ทวีเกียรติ ตั้งวงค์ไชย, และสกลสุภา สิงคิบุตร. (2024). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลด้ามพร้า จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพ และการศึกษาพยาบาล, 30(2), 168-188.ที่มา: https://thaifammed.org/academic_work/การประเมินความพร้อมของ/สืบค้นวันที่ 10 มีนาคม, 2568.

การพัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

Development of Blood Sugar control model in Diabetic mellitus type II patients through Community Participation in the Pueinoi District of Khon Kaen Province.

(Received: September 26,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

พิทยภูมิ สิริเพาประดิษฐ์[1]
Pittayapoom Siripaopradist[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1. วิเคราะห์สถานการณ์ 2.ระยะปฏิบัติการ 3.ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 89 คน บุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแล ภาคีเครือข่าย และแกนนำชุมชน รวม 28 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ 1.มีรูปแบบการควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน ส่งเสริมหลักการควบคุมโรคเบาหวาน ตามหลักเวชศาสตร์ป้องกัน เวชศาสตร์วิถีชีวิต เวชศาสตร์ครอบครัว และการมีส่วนรว่มของชุมชน 2.เกิดภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 3.ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความรู้และทักษาะในการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวาน สำหรับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และความรู้โรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เท่ากับ 9.02 ± 1.16 % โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ควบคุมได้ (HbA1c < 7%) ร้อยละ 5.1 และหลังการพัฒนารูปแบบฯพบว่า มีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงเหลือ 7.54 ± 0.5 % ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ส่วนความรู้โรคเบาหวาน ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.85 ± 1.77 คะแนน และหลังการพัฒรูปแบบฯ มีคะแนนความรู้โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 14.0 ± 0.86 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2 , เวชศาสตร์ป้องกัน , รูปแบบการควบคุมโรคเบาหวาน , การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This Study is Action Research.The Research objective is to develop a model of blood sugar control in Diabetic mellitus type II patient through community participation in Puei Noi District, Khonkaen Province.This research procedure is divided into 3 phase : 1. Situation analysis phase 2. Action Phase 3.Evaluation phase.The representative samples consisted of 89 patients with uncontrolled Blood Sugar , Health personal,Caregivers,Stakeholders and 28 community leaders. While the research benefited from quantitative and qualitative data,The data are analyzed by using content analysis and descriptive statistics,including percentage,mean,Standard deviation and p-value

The results showed that the development of a model for blood pressure control in Diabetic mellitus patients by community participation were as follow 1.Construction of diabetic mellitus type II system in the community facilitated blood sugar control principles according to preventive medicine,Life Style

[1] แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

Medicine,Family Medicine and participation of the community 2.Establistment of network partners to improved the quality of life of patients 3.The patients gained knowledge and skills in self-care for Diabetic mellitus type II.The result also HbA1C before improved new Diatic mellitus type II System is 9.02 ± 1.16 % and After New system is 7.54 ± 0.5 % with Significant Statistic. The Diabetic mellitus type II knowledge before new system is 8.85 ± 1.77 points and after new system 14.0 ± 0.86 point with Significant Statistic.

Keywords: Diabetic mellitus type II , Preventive Medicine , Diabetic mellitus Control Model , Community Participation

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพเรื้อรัง ในปัจจุบันพบอุบัติการณ์การเป็นโรคเบาหวานสูงมากขึ้น จากรายงานสถิติขององค์การอนามัยโลก ปี 2567 พบมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกถึง 422 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน ความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดจากปัญหาโรคอ้วนและพฤติกรรมการใช้ชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ประมาณหนึ่งแสนคนต่อปี ในปัจจุบันมีคนไทยเป็นโรคเบาหวานอยู่ประมาณ 5.2 ล้านคน หรือ 1 ใน 11 คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป กำลังป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในจำนวนนี้ประมาณ 40% ที่ไม่รู้ว่าตัวเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน ขณะที่ผู้ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษามีเพียง 54.1% หรือเพียง 2.8 ล้านคน ในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 3 คน ที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษา ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน ปัญหาหลักของการควบคุมโรคเบาหวานในประเทศไทย คือ การที่ผู้เป็นโรคเบาหวาน ไม่ตระหนักว่าเป็นโรคแม้จะตระหนักก็ยังไม่เชื่อถือและไม่ได้ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการไม่คุมพฤติกรรมการใช้ชีวิต ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตหลักๆ คือภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[2]

สถานการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น 3 ปีย้อนหลังปี 2564-2566 พบว่า อัตราป่วยคิดเป็น 7,633.33, 7,733.33,8,466.67 ต่อแสนประชากร และอัตราเสียชีวิต 13.3 คนต่อแสนประชากร ปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอเปือยน้อยพบว่าแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี และมีผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้มากขึ้นซึ่งเป็นผลจากทั้งขาดความรู้ ไม่ควบคุมอาหาร ไม่ปรับพฤติกรรมและไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา[3] การดำเนินงานจากการศึกษางานย้อนหลังของโรงพยาบาลเปือยน้อย ส่วนใหญ่เน้นให้ความรู้ในโรงพยาบาล แต่ยังขาดโครงการให้ความรู้ในชุมชน รวมถึงการทำงานโดยมีส่วนร่วมของชุมชน สถานการณ์โรคไม่ติดต่อจากฐานข้อมูล Health Data Center พบว่า อัตราการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 7.6 % ในปี 2564 มีการเพิ่มขึ้นเป็น 8.5 %ในปี 2566 จากสถานการณ์ดังกล่าว หากผู้ป่วยสามารถคุมโรคเบาหวานให้ดีขึ้นจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ โดยเป้าหมายของการคุมระดับน้ำตาลในโรคเบาหวาน จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2566 โดยระดับน้ำตาลในเลือดควรอยู่ที่ 80-130 มก./ดล. และ HbA1C < 7 % และในผู้สูงอายุ > 65ปี HbA1C < 8%[4]

กรอบการทำงานสำหรับบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง องค์การอนามัยโลกแนะนำให้มีการดูแลต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเพื่อ

เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จากการผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โรงพยาบาลเปือยน้อย พบว่า แนวทางการรักษาเดิมของโรงพยาบาลเปือยน้อย มุ่งเน้นการรักษาเพียงตัวโรค โดยยึดให้ผู้รักษาเป็นศูนย์กลาง แต่หลักการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรยึดการดูแลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประยุกต์ทั้งเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน ในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผสมผสานหลายๆแขนงเข้าด้วยกัน รวมทั้งการป้องกันในระดับต่างๆของการเป็นโรค การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการให้บริการเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ข้อมูลทางวิชาการประกอบการให้คำแนะนำในการรักษาที่ยึดบริบทการใช้ชีวิตของผู้รับบริการเป็นที่ตั้ง และคำแนะนำการให้บริการทางการแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้รับบริการ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติ 20 ปี และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข[5] ที่เน้น การส่งเสริม และป้องกันโรคมากขึ้น ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ปัญหา โดยสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เริ่มตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการดำเนินการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างบูรณาการ ลดภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ ลดอัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ที่ผ่านมามีการศึกษาเรื่องเบาหวานแล้วในอำเภอเปือยน้อย แต่ยังพบปัญหาด้านพฤติกรรมทั้งในด้านการคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ซึ่งแนวคิดทางเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกันจะช่วยในการแก้ปัญหาเหล่านี้ได้มากขึ้น ในงานวิจัยนี้จะช่วยพัฒนารูปแบบเฉพาะที่เหมาะสมกับพื้นที่ รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดในการควบคุมและป้องกันโรคในพื้นที่ ดังนั้นเพื่อทำความเข้าใจกับความหลากหลายของผู้ป่วยในแต่ละบริบททางสังคม ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถคุมระดับน้ำตาล ลดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยใช้แนวคิดและหลักแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน และ เวชศาสตร์ครอบครัว โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะกับบริบทพื้นที่ได้ดีมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัยทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์การวิจัยเฉพาะ

เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานแบบที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในอำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป รวมทั้งหมด 293 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าร่วมวิจัยดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้ามาศึกษา (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานแบบที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในอำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป

2.ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกเบาหวานอย่างน้อย 6

เดือนขึ้นไป และระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาคุมระดับน้ำตาลไม่ได้(ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg% หรือ HbA1C > 7 %)

3.ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วมอื่นที่คุมได้ดี เช่น ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

4.คัดเลือกผู้มีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้อง แต่ละวิชาชีพดังนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ที่เคยอบรมความรู้เบาหวานและให้ความรู้ คัดกรองเบาหวานแก่ชุมชน อย่างน้อย 1 ปี ผู้นำชุมชน เคยอบรมความรู้เบาหวานและให้ความรู้เบาหวานแก่ชุมชน อย่างน้อย 1 ปี สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล,ตัวแทนครอบครัวในชุมชน,เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เคยได้รับการอบรมความรู้เรื่องเบาหวานอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดประชากรออกจากการศึกษา(Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ติดเตียง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่บกพร่องทางการได้ยิน หรือ มีปัญหาด้านการสื่อสาร ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ย้ายที่อยู่อาศัยไม่สามารถติดตามได้

โดยมีกลุ่มผู้ทำการศึกษาตามเกณฑ์คุณสมบัติที่คัดเข้าจำนวน 89 คน และกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียประกอบด้วยภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน ตัวแทนครอบครัวในชุมชนจำนวน 6 คน องค์กรภาครัฐ ได้แก่ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 6 คน

วิธีการศึกษา

ในงานวิจัยนี้ใช้กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้แนวคิดและหลักแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์ครอบครัว โดยอาศัยชุมชนมีส่วนร่วม ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ด้วยวิธีการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีขั้นตอนวิจัย ทั้งหมด 4 ขั้นตอน ได้แก่

1.การวางแผนโดยใช้กระบวนการ Appreciation-Influence-Control [AIC]

2.การปฏิบัติการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวคิดเวชศาสตร์ชุมชน

3.การสังเกตผลการปฏิบัติงาน

4.การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยมีพื้นที่การศึกษา คือ ตำบลเปือยน้อย อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น โดยคัดเลือกประชากรตามเกณฑ์และมีระยะเวลาการศึกษาทั้งหมด 6 เดือนตั้งแต่มีนาคม 2568 – สิงหาคม 2568

วัดผลการวิจัยตามระยะศึกษา ได้แก่

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ วัดผลการวิจัยข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการให้ข้อมูลของผู้ป่วย ภาคีเครือข่าย บุคลากรสาธารณสุข

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ เป็นระยะที่การพัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่การสร้างทีมวิจัยในพื้นที่ การจัดประชุมร่วมกันโดยวางแผนการมีส่วนร่วมชุมชน แบ่งเป็นการทำงานอย่างน้อย 2 วงรอบ

ระยะที่ 3 การประเมินผล วัดผลความรู้หลังจากมีการพัฒนาซ้ำอีกครั้ง ใช้สถิติในการวัดผลความรู้ก่อนหลัง โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วัดผลลัพธ์

เชิงคุณภาพ จากการพัฒนาระบบจากวงรอบในการพัฒนา และใช้แบบประเมินความพึงพอใจหลังจากการพัฒนา โดยใช้สถิติ ร้อยละ ในการแปลผล

เครื่องมือที่ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย (1) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการ AIC และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิดเวชศาสตร์ชุมชน (2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความพึงพอใจ โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีลักษณะและบริบทใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม(Reliability) โดยใช้ Cronbach Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา [Content Validity] โดยมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1 ข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่ สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสังเกตการประชุมเชิงปฏิบัติการ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ โรงพยาบาลเปือยน้อย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง รับผิดชอบประชากรรวม 20,692 คน พื้นที่รับผิดชอบ 4 ตำบล 32 หมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง กลุ่มโรคของผู้ป่วยนอก 3 อันดับแรกประจำปี 2568 ได้แก่ 1.Diabetic mellitus type II 2.Hypertension 3.Diarrhea การวิเคราะห์สถานการณ์ 3 กลุ่มดังนี้

1.กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ ในอำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือน มีนาคม 2568 – สิงหาคม 2568 จำนวน 117 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.1 โดยมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 65.8 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 98.3 อีกทั้งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกร/ประมง ร้อยละ 63.2 รองลงมาคือ รับจ้าง และ ค้าขาย/อาชีพอิสระ ร้อยละ 22.2 และ 10.3 ตามลำดับ มากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 55.6) สำหรับการมีญาติสายตรง ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบร้อยละ 68.4 ส่วนใหญ่เป็น พ่อ/แม่ ร้อยละ 32.5 มีระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 87.2 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาปัจจุบันเป็นยาเม็ดยาฉีด ร้อยละ 44.4 ในส่วนของการมีอาการของเบาหวาน หรือภาวะแทรกซ้อน พบอาการชาปลายมือเท้า มากที่สุด ร้อยละ 77.8 รองลงมาได้แก่ ตาพร่ามัว และ ปัสสาวะบ่อย ร้อยละ 46.2 และ 27.4 ตามลำดับ และการมีโรคประจำตัวร่วมอื่นๆ พบร้อยละ 96.6 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ

82.9 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง และ ไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 69.2 และ 18.8 ตามลำดับ ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ปรับเปลี่ยน เนื่องจากความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง

สำหรับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และความรู้โรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เท่ากับ 9.02 ± 1.16 % โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ควบคุมได้ (HbA1c < 7%) ร้อยละ 5.1 และหลังการพัฒนารูปแบบฯพบว่า มีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงเหลือ 7.54 ± 0.5 % โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ควบคุมได้ (HbA1c < 7%) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 58.1 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้โรคเบาหวาน ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.85 ± 1.77 คะแนน และหลังการพัฒนารูปแบบฯ มีคะแนนความรู้โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 14.0 ± 0.86 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ HbA1c และความรู้โรคเบาหวานก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ

ประเด็น	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		P-value[a]
	Mean	SD	Mean	SD	
HbA1c	9.02	1.16	7.54	0.50	< 0.001*
ความรู้โรคเบาหวาน	8.85	1.77	14.00	0.86	< 0.001*

*Statistically significant at α < 0.05, statistical use: [a]=Paired t-test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการควบคุมระดับน้ำตาลได้ (HbA1c < 7) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ

ประเด็น	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		P-value[a]
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ควบคุมได้	6	5.1	68	58.1	< 0.001*
ควบคุมไม่ได้	111	94.9	49	41.9	

*Statistically significant at α < 0.05, statistical use: [a]= McNemar Test

2.บุคลากรสาธารณสุข ที่ผ่านมาโรงพยาบาลให้บริการเป็นศูนย์กลาง โดยการดูแลผู้ป่วยเชิงรับ ขาดการดูแลแบบสหสาขา ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ได้สอนหรือซักถามผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่มีการติดตามอย่างใกล้ชิดลงชุมชน แพทย์มีเวลาคุยกับผู้ป่วยน้อย พูดคุยระยะเวลาสั้นๆ หากพบว่าน้ำตาลในเลือดสูง ก็ปรับยากินขึ้น บางรายเพิ่มยาฉีด ไม่ได้เยี่ยมบ้าน ขาดการดูแลต่อเนื่อง ไม่ได้แก้ต้นตอของปัญหา

3.ภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้ทำในพื้นที่ ไม่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีส่วนร่วม

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ โดย 1.สร้างทีมวิจัยในพื้นที่ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล โภชนาการ กายภาพบำบัด อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้แทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนชุมชน และครอบครัว 2.จัดประชุมหาวิธีร่วมกัน ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน มีการดำเนินงาน 5 วงรอบ ได้แก่

วงรอบที่ 1 จัดกิจกรรมสนทนาสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้ป่วย จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องความรู้

เบาหวาน 1 วัน แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล สอนการคุมอาหารที่ถูกวิธี โดยนักโภชนาการ และสอนการออกกำลังกาย โดยนักกายภาพ

วงรอบที่ 2 ปัญหาที่พบจากวงรอบที่ 1 คือ ประชาชนมีความรู้ในกลุ่มแคบ ยังมีประชาชนหลายคนไม่มีความรู้ ผู้ป่วยบางคนซื้ออาหารจากร้าน ร้านไม่ช่วยคุมปริมาณน้ำตาล ผู้ป่วยส่วนมากไม่มีเวลาออกกำลังกาย

การพัฒนาในวงรอบที่ 2 การจัดกิจกรรมให้ความรู้ชุมชน ผ่านวิทยุกระจายเสียงชุมชนในเชิงรุก และการจัดกิจกรรมเต้นแอโรบิคฟรีทุกวันที่โรงพยาบาล

วงรอบที่ 3 ปัญหาที่พบจากวงรอบที่ 2 คือ ประชาชนมีความรู้มากขึ้น แต่ยังขาดความตระหนักของร้านค้าในชุมชนที่ยังขายอาหารรสหวานให้กับผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำอาหารรับประทานเอง

การพัฒนาในวงรอบที่ 3 ได้แก่ การจัดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ได้แก่ ร้านค้าในชุมชน ผู้ประกอบอาหาร ให้ความรู้แก่ชุมชนในการประกอบอาหารแก่ผู้ป่วยเบาหวาน โดยนักโภชนาการ ให้ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้รับประทานอาหารที่ถูกวิธีสำหรับโรค จัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน ได้ทราบสถานการณ์และการมีส่วนร่วม และจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคเบาหวานระดับอำเภอ เพื่อกำกับติดตามอย่างยั่งยืน

วงรอบที่ 4 ปัญหาที่พบจากวงรอบที่ 3 คือ ประชาชนมีความรู้มากขึ้น ความตระหนักมากขึ้น แต่ยังพบปัญหาเรื่องการออกกำลังกาย เนื่องจากมีกลุ่มผู้สูงอายุ และลืมวิธีการออกกำลังกายรวมถึงการรักประทานยาที่ถูกต้อง รวมทั้งพบปัญหาเรื่องมีประชาชนบางกลุ่มไม่เข้าใจในเนื้อหาที่ได้รับการสอนไป

การพัฒนาในวงรอบที่ 4 ได้แก่ การทำแผ่นพับความรู้ภาษาอีสาน ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ การทำแผ่นพับความรู้การออกกำลังกายง่ายๆในผู้ป่วยเบาหวาน และการทำแผ่นพับความรู้การใช้ยาที่ถูกต้อง บูรณาการวิชาชีพเพิ่มทั้งนักกายภาพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เภสัชกร

วงรอบที่ 5 ปัญหาที่พบจากวงรอบที่ 4 คือ ผู้สูงอายุบางท่านมีปัญหา ปวดฟัน รับประทานข้าวเหนียวแล้วดีขึ้น เนื่องจากข้าวเหนียวนุ่ม ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี และยังพบปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีความเครียดในการคุมระดับน้ำตาล ทำให้คุมการรับประทานอาหารได้ไม่ค่อยดี

การพัฒนาในวงรอบที่ 5 ได้แก่ ประสานหน่วยงานทันตกรรม ให้ความรู้การดูแลฟันในผู้ป่วยเบาหวานแก่ชุมชน และจัดทำแผ่นพับความรู้ของหน่วยงานทันตกรรม และ ประสานงานหน่วยงานจิตเวช ให้ความรู้ผู้ป่วยในโรคเบาหวาน ให้กำลังใจเข้าใจผู้ป่วยโดย นักจิตวิทยา และทำแผ่นพับความรู้การดูแลสุขภาพจิตในผู้ป่วยเบาหวานเฉพาะ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการคุมระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การประเมินผล

1. สรุปรูปแบบการพัฒนาได้ดังนี้ 1.คัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ตามเกณฑ์การคัดกรอง 2.พบแพทย์ให้คำปรึกษาตามแนวทาง Lifestyle Medicine,Motivation interview ตั้ง Smart gold ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย 3.พบทีมสหวิชาชีพ 4.วางแผนมีส่วนร่วมกับชุมชน AIC 5.เยี่ยมบ้านประเมินผลและติดตาม 6.สะท้อนผลการควบคุมโรคเบาหวานเป็นภาวะเร่งด่วนในการแก้ปัญหากำหนดนโยบายสาธารณะ จัดเวทีประชาคม รับฟังความคิดเห็น นำมาตรการมาใช้ในพื้นที่ ยกระดับการส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สนับสนุนให้พัฒนาการอำเภอมีบทบาทเด่นมากขึ้น ใช้ประโยชน์จากศูนย์ผู้นำจิตอาสาพัฒนาชุมชน ทำให้เรื่องการดูแลสุขภาพไม่ใช่เรื่องของสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวแต่เป็นเรื่องของทุกคนในหน่วยงาน

ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ พบว่า “ฉันคิดว่าฉันทำไม่ได้ เพราะทานข้าวเหนียวเป็นประจำ แต่พอร้านค้าในชุมชนคอยช่วยเหลือ คอยพากินข้าวเจ้า ก็พอได้อยู่

นะหมอ น้ำตาลฉันก็คุมได้ดีมากขึ้น ปวดหัว ตัวสั่น ลดลง รู้สึกแข็งแรงมากขึ้น มีชุมชนคอยให้กำลังใจ มีคุณหมอพาออกกำลังกาย รู้สึกตัวเบาขึ้น เคลื่อนไหวได้ดี มีลูกหลานมาคอยให้กำลังใจฉัน รู้สึกสุขภาพแข็งแรงมากขึ้น” (ID-0077)

สรุปและอภิปรายผล

ผลพัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการใชกระบวนการเชิงปฏิบัติการ กระบวนการวางแผน แบบมีส่วนร่วม (AIC) การดำเนินงานแบมีส่วนร่วมของชุมชน แนวคิดเวชศาสตร์ชุมชน สามารถสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และนักวิจัยในการดำเนินกิจกรรม ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศุภาวดี พันธ์หนองโพน และคณะ[8] เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพ ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบ การจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย 1) กลุ่มบริหาร จำนวน 15 คน 2) กลุ่มภาคประชาชน จำนวน 94 คน 3) กลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 124 คน ระยะเวลาดำเนินการเดือนมิถุนายน 2562 ถึงเดือนตุลาคม 2562 ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีอยู่ในระดับที่ควบคุมได้มากขึ้นโดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้โรคเบาหวาน ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.85 ± 1.77 คะแนน และหลังการพัฒนารูปแบบฯ มีคะแนนความรู้โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 14.0 ± 0.86 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งก่อนการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เท่ากับ 9.02 ± 1.16 % โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ควบคุมได้ (HbA1c < 7%) ร้อยละ 5.1 และหลังการพัฒนารูปแบบฯพบว่า มีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงเหลือ 7.54 ± 0.5 % โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ควบคุมได้ (HbA1c < 7%) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 58.1 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุไรวรรณ บูรณสมภพ[9] ได้ศึกษา ผลของการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองต่อพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดชนิด HbA1C ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามนัดตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 66 -มีนาคม 67 ที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 60 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.01$ และมีระดับน้ำตาลเฉลี่ย (HbA1C)แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ การศึกษาของ Starfield พบว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและดูแลต่อเนื่อง สามารถลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ลดความพิการจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ดังนั้นควรมีการสนับสนุนตามแนวทางเวชศาสตร์ป้องกันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดความเป็นเจ้าของ

ทำให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1.บูรณาการทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลร่วมกับชุมชน ขยายในภาพรวมที่ใหญ่ขึ้น เช่น จังหวัด ทำ Role Model เป็นตัวอย่างระดับจังหวัดและพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน จนเกิดเป็นนโยบายขึ้นในระดับประเทศ จะทำให้คุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดีขึ้น ซึ่งลดภาระค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้จำนวนมาก

เอกสารอ้างอิง

1. Diabetic melliutus overview [Internet].[Cited 2024 May 15] ,Available from: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
2. สถิติโรคเบาหวานและการระบาดในประเทศไทย[อินเตอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2567] .แหล่งข้อมูล: https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1
3. หน่วยงานระบาดโรงพยาบาลเปือยน้อย. การมารับบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ในช่วงปี 2564-2566.ขอนแก่น:งานระบาดโรงพยาบาลเปือยน้อย;2567.เลขที่รายงาน 265
4. เป้าหมายการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบัน[อินเตอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม2567] . แหล่งข้อมูล: https://www.rama.mahidol.ac.th/sdmc/sites/default/files/public/pdf/World_Diabetes_day57.pdf
5. ยุทธศาสตร์แห่งชาติ 20 ปีประเทศไทย[อินเตอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม2567] . แหล่งข้อมูล: https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_SumPlanOct2018.pdf
6. ความหมายและเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน [อินเตอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม2567] . แหล่งข้อมูล: https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/understand-diabetes/understand-diabetes-2
7. การมีส่วนร่วมของชุมชน [อินเตอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม2567] . แหล่งข้อมูล: http://dspace.spu.ac.th/bitstream/123456789/7990/6/6.%20%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%202.pdf
8. ศุภาวดี พันธ์หนองโพน,วรพจน์ พรหมสัตยพรต,ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เมษายน –มิถุนายน2563[อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/247369/168045
9. อุไรวรรณ บูรณสมภพ.ผลของการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองต่อพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดชนิด HbA1C ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2.วารสารสาธารณสุขสุราษฎร์ธานี[อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://srth.go.th/research/file/20240430161843-63_2567%20%E0%B8%AD%E0%B8%B8%E0%B9%84%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%93%20%E0%B8%9A%E0%B8%B9%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%A0%E0%B8%9E.pdf

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การศึกษารูปแบบบัญชีครัวเรือนและพฤติกิรรมการออมของครัวเรือนในชุมชนตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี

A study of household account patterns and household savings behavior in the Tai Ko Subdistrict Community, Sam Khok District, Pathum Thani Province.

(Received: September 26,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

วรภร ศิลาเจริญธนกิจ[1] **กฤตยชญ์ คำมิ่ง**[1]
Waraporn Silacharoentanakij[1] **Kridtayot Comeming**[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษารูปแบบและความถี่ของการทำบัญชีครัวเรือนในชุมชนตำบลท้ายเกาะ (2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำบัญชีครัวเรือนกับพฤติกรรมการออม และ (3) เสนอแนวทางการส่งเสริมการทำบัญชีครัวเรือนที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ประชากรคือครัวเรือนในตำบลท้ายเกาะ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 1,540 ครัวเรือน (2,612 คน) โดยใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 100 ครัวเรือน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.67–1.00) และทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วย Cronbach’s Alpha เท่ากับ 0.72 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติอนุมาน (สหสัมพันธ์เพียร์สันและการถดถอยพหุคูณ)

ผลการวิจัยพบว่า (1) ครัวเรือนส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญของการทำบัญชีครัวเรือน แต่การบันทึกยังไม่สม่ำเสมอและไม่ได้นำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์เชิงลึก (2) ครัวเรือนที่บันทึกบัญชีอย่างต่อเนื่องมีพฤติกรรมการออมสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ (3) ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการทำบัญชีและการออม ได้แก่ ความรู้ทางการเงิน (financial literacy) และแรงจูงใจทางสังคม (social motivation)

คำสำคัญ: บัญชีครัวเรือน, พฤติกรรมการออม, ความรู้ทางการเงิน, เศรษฐกิจฐานราก, ชุมชนตำบลท้ายเกาะ

Abstract

This study aimed to (1) examine the patterns and frequency of household accounting practices among households in Thaikoh Subdistrict, Sam Khok District, Pathum Thani Province, (2) analyze the relationship between household accounting and saving behavior, and (3) propose appropriate approaches to promoting household accounting in line with the local context. The population comprised 1,540 households (2,612 individuals) in Thaikoh Subdistrict. A stratified random sampling technique was employed to obtain a sample of 100 households. The research instrument was a questionnaire validated for content validity by experts (IOC = 0.67–1.00) and tested for reliability with Cronbach’s alpha of 0.72. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (Pearson’s correlation and multiple regression).

The findings revealed that (1) most households recognized the importance of household accounting; however, record-keeping was inconsistent and rarely used for in-depth analysis. (2) Households that regularly maintained household accounts demonstrated significantly higher saving behavior, and (3) the key factors

[1] มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

influencing the consistency of household accounting and saving behavior were financial literacy and social motivation.

Keywords: Household accounting, Saving behavior, Financial literacy, Grassroots economy, Thaikoh community

บทนำ

การยกระดับความเข้มแข็งและความยั่งยืนของเศรษฐกิจฐานรากของไทยตั้งอยู่บนความสามารถในการจัดการทรัพยากรทางการเงินของครัวเรือน ซึ่งเป็นหน่วยเศรษฐกิจที่เล็กที่สุดแต่มีผลสะสมต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ “บัญชีครัวเรือน” กระบวนการบันทึกรายรับ–รายจ่าย วิเคราะห์ความจำเป็นของค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับรายได้ที่แท้จริง และวางแผนเงินออมเงินลงทุน จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างวินัยทางการเงิน ลดความเสี่ยงจากการใช้จ่ายเกินตัว และเพิ่มภูมิคุ้มกันให้ครอบครัวและชุมชน[1,2] แนวพระราชดำริเรื่อง “รู้จักประมาณตน มีเหตุผล และมีภูมิคุ้มกัน” ตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงยิ่งตอกย้ำให้เห็นว่า การจดบันทึกทางการเงินในระดับครัวเรือนไม่ใช่เพียงกิจกรรมทางบัญชี แต่เป็นวินัยชีวิตและกรอบคิดในการตัดสินใจทางการเงินอย่างรู้เท่าทัน

หลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทยยังสะท้อนข้อจำกัดของพฤติกรรมการเงินครัวเรือน ทั้งด้านความรู้ทางการเงินที่ไม่ทั่วถึง ความสม่ำเสมอในการบันทึกบัญชีที่ยังต่ำ และแรงจูงใจเชิงพฤติกรรมที่ยังไม่เพียงพอ ซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการออมที่ต่ำและภาระหนี้ที่ทรงตัวในระดับสูง[3,4] งานภาคสนามในหลายจังหวัดยังพบช่องว่างจาก “รู้สู่ทำ” คือ แม้ประชาชนจำนวนมากเข้าใจและเห็นด้วยกับประโยชน์ของบัญชีครัวเรือน แต่การปฏิบัติจริงมักไม่ต่อเนื่อง และไม่ได้นำข้อมูลไปใช้สนับสนุนการตัดสินใจทางการเงินอย่างเป็นระบบ[5] ขณะเดียวกันหลักฐานเชิงพัฒนาเสนอว่าการให้เครื่องมือที่ใช้ง่ายเหมาะกับผู้ใช้ และมีระบบติดตามผล สามารถยกระดับการบันทึกอย่างสม่ำเสมอและเพิ่มเงินออมได้จริงในระดับครัวเรือน[6]

วรรณกรรมสากลสอดคล้องกับบริบทไทยอย่างชัดเจน Portfolios of the Poor และ The Financial Diaries แสดงให้เห็นว่าการบันทึกรายรับ–รายจ่ายอย่างเป็นระบบช่วยให้ครัวเรือน “เห็นความจริงทางการเงิน” ของตน ควบคุมการใช้จ่าย ลดการพึ่งพาหนี้ และเพิ่มอัตราการออม[7] ในมิติความรู้ทางการเงิน วรรณกรรมเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมยืนยันบทบาทของ financial literacy ต่อคุณภาพการตัดสินใจทางการเงิน รวมถึงการวางแผนการออมและการลงทุน[8] ด้านแนวปฏิบัติ คะเคโบะ (Kakeibo) ของญี่ปุ่น สมุดบัญชีครัวเรือนที่เน้นการเขียนมือ ตั้งเป้าหมายออม และทบทวน “เหตุผลเบื้องหลังการใช้จ่าย” ถือเป็นตัวอย่างเครื่องมือที่ทำให้การตระหนักรู้ถูกแปลเป็นพฤติกรรมการออมที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน[9]

สำหรับบริบทพื้นที่ ตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี เป็นชุมชนกึ่งเมือง–กึ่งชนบทที่มีโครงสร้างเศรษฐกิจแบบผสมผสาน ได้แก่ ภาคเกษตร วิสาหกิจชุมชน และแรงงานรับจ้างในนิคมอุตสาหกรรม ปัจจุบันมีประชากรรวมทั้งสิ้น 2,612 คน แบ่งเป็นเพศชาย 1,255 คน และเพศหญิง 1,357 คน รวม 1,540 ครัวเรือน (องค์การบริหารส่วนตำบลท้ายเกาะ, 2566) โครงสร้างประชากรแบ่งออกเป็นเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 499 คน วัยแรงงาน 18–60 ปี จำนวน 1,711 คน และผู้สูงอายุเกิน 60 ปี จำนวน 403 คน สัดส่วนดังกล่าวสะท้อนความหลากหลายทางอายุและบทบาททางเศรษฐกิจในครัวเรือน ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมทางการเงินและการออม ครัวเรือนในพื้นที่จึงมีลักษณะรายได้–รายจ่ายที่หลากหลายและผันผวนตามฤดูกาล ต้นทุนแฝง (เช่น ค่าเดินทาง ค่าดูแลสมาชิกครอบครัว) และข้อจำกัดด้านทักษะการ

บันทึกของกลุ่มต่างวัย (โดยเฉพาะผู้สูงอายุและแรงงานนอกระบบ)

หลักฐานเชิงพื้นที่ที่เกี่ยวข้องโดยตรงตอกย้ำประเด็นข้างต้น งานของ วรภร ศิลาเจริญธนกิจ[10] ที่ศึกษากลุ่มช้างน้อยชะลอมห่อไข่พบว่า ความเข้าใจ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วม เป็นปัจจัยกำหนดสำคัญของการทำบัญชีครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าความรู้และแรงจูงใจเชิงสังคมเป็นฐานให้เกิดวินัยการบันทึกในชีวิตจริง ขณะที่งานของ วรภร ศิลาเจริญธนกิจ[11] ในชุมชนตำบลท้ายเกาะพบว่า ผู้ประกอบการจำนวนมากยังไม่จัดทำบัญชีต้นทุนอย่างเป็นระบบ และมักบันทึกเฉพาะรายการประจำวัน ทำให้การประเมินกำไร–ขาดทุนและการตั้งราคายังไม่อิงต้นทุนจริง ซึ่งลดทอนแรงจูงใจเชิงเศรษฐกิจต่อการออมและการลงทุนของครัวเรือน

แนวคิดบัญชีครัวเรือนในประเทศไทยมีพัฒนาการที่เชื่อมโยงกับทั้งปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและนโยบายรัฐด้านพัฒนาชนบท โดยรากฐานสำคัญมาจากแนวพระราชดำริในรัชกาลที่ 9 ที่เน้น “รู้จักประมาณตน มีเหตุผล และมีภูมิคุ้มกัน” และชี้ให้ประชาชนเห็นประโยชน์ของการจดบันทึกรายรับ–รายจ่ายเพื่อรู้เท่าทันสถานะการเงินของครัวเรือน ซึ่งเป็นเครื่องมือสร้างวินัยทางการเงินที่สอดคล้องกับทางสายกลางของเศรษฐกิจพอเพียง ในด้านนโยบายพัฒนาชุมชน หลักฐานเชิงประวัติชี้ว่า คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) มีมติสำคัญเมื่อ พ.ศ. 2531 ให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) มอบ “โครงการปีรณรงค์” ให้กระทรวงมหาดไทย โดยมีกรมการพัฒนาชุมชนเป็นหน่วยงานหลักในการรณรงค์และติดตาม ข้อมูลพื้นฐานและพฤติกรรมทางเศรษฐกิจของครัวเรือน รวมถึงการส่งเสริมการเก็บข้อมูลรายรับ–รายจ่ายในเชิงระบบ นับเป็นกลไกรัฐช่วงต้นที่ผลักดันการใช้บัญชีครัวเรือนในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ก่อนพัฒนาต่อเป็นคู่มือและตัวชี้วัดในแผนงานถัดมา

ในภาคการเงินชนบท ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) เป็นแรงขับสำคัญที่ทำให้บัญชีครัวเรือนฝังอยู่ในพฤติกรรมเกษตรกรผ่านโครงการอบรมและแนวปฏิบัติด้านสินเชื่อที่กระตุ้นการบันทึกรายรับ–รายจ่ายอย่างสม่ำเสมอ โครงการ “ครอบครัวเกษตรกรไทยร่วมใจทำบัญชีครัวเรือน” ในช่วงกลางทศวรรษ 2540 แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้จ่ายและการวางแผนการเงินที่มีวินัยมากขึ้น และต่อมา ธ.ก.ส. ต่อยอดด้วยระบบบัญชีครัวเรือนอัจฉริยะ (พ.ศ. 2562) เพื่อเชื่อมเครื่องมือดิจิทัลกับการบริหารการเงินครัวเรือน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษารูปแบบและความถี่ของการทำบัญชีครัวเรือนในชุมชนตำบลท้ายเกาะ
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำบัญชีครัวเรือนกับพฤติกรรมการออม รวมถึงปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้อง
3. เสนอแนวทางต้นแบบและมาตรการสนับสนุนที่ใช้ง่ายและยั่งยืนสำหรับบริบทพื้นที่ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและเสริมสร้างเสถียรภาพการเงินระดับชุมชน รองรับเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ครัวเรือนในพื้นที่ตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีจำนวนประชากรรวมทั้งสิ้น 2,612 คน แบ่งเป็นเพศชาย 1,255 คน และเพศหญิง 1,357 คน รวมเป็น 1,540 ครัวเรือน[12] โดยมีโครงสร้างประชากรแบ่งออกเป็น 499 คนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี, 1,711

คนที่อยู่ในวัยแรงงาน (18–60 ปี) และ 403 คนที่เป็นผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) จากประชากรทั้งหมด ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สะท้อนโครงสร้างประชากรในพื้นที่อย่างเหมาะสม โดยอิงตามเกณฑ์ของ Krejcie และ Morgan[13] ซึ่งสำหรับประชากร 2,612 คน ควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 335 คน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 คน ซึ่งแม้จะน้อยกว่ามาตรฐาน แต่ยังสามารถสะท้อนลักษณะของประชากรได้ในระดับที่เพียงพอต่อการวิเคราะห์เชิงพรรณนาและเชิงสถิติพื้นฐาน

เครื่องมือวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เชิงพรรณนาและจัดกลุ่มลักษณะประชากร

ตอนที่ 2 รูปแบบการทำบัญชีครัวเรือน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะการบันทึกรายรับ–รายจ่าย เช่น การมี/ไม่มีบัญชีครัวเรือน ความถี่ในการบันทึก วิธีการบันทึก ระยะเวลาที่เริ่มทำ และแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการออม เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's 5-point scale) ระดับ 1–5 (1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ครอบคลุมประเด็นการตั้งเป้าหมายการออม การจัดสรรรายได้เพื่อออม การควบคุมค่าใช้จ่าย การกันเงินออม การใช้บัญชีครัวเรือนเพื่อสนับสนุนการออม และความมุ่งมั่นทางการเงิน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)แบบสอบถามฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ รศ.วัชรินทร์ อรรคศรีวร ผศ.จักร พิริยะพรสิริ อ.วัสสรา หัตถะกิจ ผลการประเมินได้ค่าความสอดคล้องระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำที่ 0.50 ตามเกณฑ์ของ Rovinelli และ Hambleton[14] แสดงว่าแบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหาที่ดีเพียงพอ

ความเชื่อมั่น (Reliability) หลังจากปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายจริงจำนวน 15 คน และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยสถิติ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่า 0.72 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.70 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้[15]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามตามกรอบวัตถุประสงค์การวิจัย ครอบคลุม 3 ตอน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (2) รูปแบบการทำบัญชีครัวเรือน และ (3) พฤติกรรมการออม หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์

2. การทดลองใช้เครื่องมือ (Try-out) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 15 คน เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

โดยใช้สถิติ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่า 0.72 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ครัวเรือนในตำบลท้ายเกาะ จำนวน 100 ครัวเรือน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามโครงสร้างประชากรที่มีอยู่จริง (ประชากรทั้งสิ้น 2,612 คน หรือ 1,540 ครัวเรือน; องค์การบริหารส่วนตำบลท้ายเกาะ, 2566) การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยการแจกแบบสอบถามด้วยตนเองในพื้นที่ชุมชน โดยมีการอธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและการรับรองความลับของข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ผู้ตอบเกิดความมั่นใจและให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง กรณีผู้ตอบไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้สะดวก ผู้วิจัยได้ให้ความช่วยเหลือโดยการอ่านคำถามและบันทึกคำตอบแทนตามที่ผู้ตอบระบุ

4. การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เมื่อเก็บรวบรวมแบบสอบถามครบตามจำนวนแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ หากพบการกรอกข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือตอบไม่สอดคล้องกัน จะไม่นำมารวมในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อรักษาความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับสำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป (SPSS/Excel) เพื่อให้ได้ผลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน โดยนำเสนอในรูปแบบของ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อแสดงให้เห็นถึงลักษณะประชากรตัวอย่างในเชิงโครงสร้างประชากร

2. การวิเคราะห์รูปแบบการทำบัญชีครัวเรือน ทำการวิเคราะห์จากคำตอบในส่วนของรูปแบบการทำบัญชีครัวเรือน เช่น การบันทึกรายรับ–รายจ่าย การใช้สมุดบัญชีครัวเรือน และความถี่ในการบันทึก โดยใช้ ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) เพื่ออธิบายพฤติกรรมและความหลากหลายของการทำบัญชีครัวเรือนในชุมชน

3. การวิเคราะห์พฤติกรรมการออม ทำการวิเคราะห์คำตอบในตอนที่ 3 ของแบบสอบถาม โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) เพื่อตรวจสอบความคิดเห็นเกี่ยวกับการออม เช่น การตั้งเป้าหมายการออม การกันเงินออมจากรายได้ประจำ การควบคุมค่าใช้จ่ายเพื่อการออม การใช้ข้อมูลบัญชีครัวเรือนเพื่อส่งเสริมการออม ใช้การวิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และจัดระดับการ

แปลความหมายตามเกณฑ์ (Best, 1977; Likert, 1932) คือ ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 = เห็นด้วยมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 = เห็นด้วยมาก ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 = ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 = เห็นด้วยน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 = เห็นด้วยน้อยที่สุด

4. การทดสอบสมมติฐาน (Inferential Statistics) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การทำบัญชีครัวเรือนกับพฤติกรรมการออม ใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ได้แก่ สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อหาว่าตัวแปรใดมีผลต่อพฤติกรรมการออมของครัวเรือนในชุมชนตำบลท้ายเกาะ

ผลการวิจัย

การวิจัยเก็บข้อมูลจากครัวเรือนในตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 100 ครัวเรือน โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.67–1.00) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's Alpha ได้ค่า 0.72 อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษารูปแบบและความถี่ของการทำบัญชีครัวเรือนในชุมชนตำบลท้ายเกาะ (2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำบัญชีครัวเรือนกับพฤติกรรมการออม และ (3) เสนอแนวทางสนับสนุนการทำบัญชีครัวเรือนที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ผลการวิจัยพบประเด็นสำคัญดังนี้

1. รูปแบบและความถี่ของการทำบัญชีครัวเรือน ครัวเรือนส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงความสำคัญของการทำบัญชี แต่การปฏิบัติจริงยังไม่สม่ำเสมอและขาดการนำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์ทางการเงินเชิงลึก ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานของ รัตน์ชนก พราหมณ์ศิริ และคณะ[5] ที่พบว่าประชาชนจำนวนมาก "เข้าใจ" ประโยชน์ของบัญชีครัวเรือนแต่ไม่ค่อยบันทึกอย่างต่อเนื่อง และใกล้เคียงกับผลของจุฑารัตน์ จันทรา และคณะ[4] ที่สะท้อนข้อจำกัดด้านความรู้ทางการเงินในครัวเรือนไทย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างบัญชีครัวเรือนกับพฤติกรรมการออม ผลการวิเคราะห์พบว่า ครัวเรือนที่มีการทำบัญชีอย่างสม่ำเสมอมีพฤติกรรมการออมสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานของ ธรรญชนก นิลมณี และคณะ[16] ที่แสดงว่าการใช้บัญชีครัวเรือนช่วยลดหนี้และเพิ่มอัตราการออม รวมถึงงานของ Collins, Morduch, Rutherford, & Ruthven[7] และ Morduch & Schneider[17] ที่ศึกษาความเชื่อมโยงระหว่าง "การเห็นภาพทางการเงินของตนเอง" และ "การสร้างวินัยการออม"

3. ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการทำบัญชีและการออม ความรู้ทางการเงิน (financial literacy) และแรงจูงใจทางสังคม (social motivation) ปรากฏเป็นตัวแปรสนับสนุนที่สำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ วรภร ศิลาเจริญธนกิจ[10] ที่ชี้ว่า "ความเข้าใจ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วม" มีผลต่อความสม่ำเสมอในการทำบัญชี และเชื่อมโยงกับแนวคิด Lusardi & Mitchell[8] ที่อธิบายว่าความรู้ทางการเงินมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการออมและการลงทุน

4. แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ครัวเรือนในตำบลท้ายเกาะมีโครงสร้างรายได้หลากหลายและไม่แน่นอน การส่งเสริมบัญชีครัวเรือนจึงควรใช้เครื่องมือที่เรียบง่าย สะท้อนรายได้จริง และเชื่อมโยงกับการวางแผนการออมในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับตัวอย่างแนวปฏิบัติคะเคโบะ (Kakeibo)ของญี่ปุ่น[9] ที่แปลงการบันทึกเป็นพฤติกรรมการออมที่ยั่งยืน

การวิจัยครั้งนี้ตอกย้ำว่า "บัญชีครัวเรือน" ไม่ใช่เพียงเครื่องมือบันทึกทางการเงิน แต่เป็น กลไกสร้างวินัยและความยั่งยืนทางเศรษฐกิจครัวเรือน โดยผลการวิจัยสอดคล้องกับงานในประเทศไทยและ

ต่างประเทศที่ยืนยันว่า การบันทึกรายรับ–รายจ่ายช่วยลดพฤติกรรมใช้จ่ายเกินตัวและเสริมสร้างพฤติกรรมการออม อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ยังสะท้อน “ช่องว่างจากรู้สู่ทำ” ที่ชี้ว่าการรับรู้ความสำคัญเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากขาดแรงจูงใจ เครื่องมือที่เหมาะสม และระบบติดตามผล ดังนั้น การผลักดันบัญชีครัวเรือนในชุมชนกึ่งเมือง–กึ่งชนบท เช่น ตำบลท้ายเกาะ ควรมุ่งเน้นทั้งการเสริมสร้างความรู้ การออกแบบเครื่องมือที่ใช้ง่าย และการสร้างแรงจูงใจเชิงพฤติกรรมควบคู่กัน เพื่อยกระดับบัญชีครัวเรือนจาก “สมุดบันทึก” ไปสู่ “วินัยชีวิต” ที่สร้างเสถียรภาพทางเศรษฐกิจฐานรากอย่างแท้จริง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า การทำบัญชีครัวเรือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการออม และความสม่ำเสมอในการบันทึกช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการรายได้–รายจ่ายของครัวเรือน ซึ่งสามารถอภิปรายได้ในมุมมองทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

1. การเชื่อมโยงกับ ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 เน้นหลักการ “พอประมาณ มีเหตุผล และมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี”[17] ซึ่งสอดคล้องโดยตรงกับการบันทึกรายรับ–รายจ่ายของครัวเรือน ผลวิจัยที่พบว่าครัวเรือนที่ทำบัญชีอย่างสม่ำเสมอมีอัตราการออมสูงกว่า สะท้อนว่าเครื่องมือดังกล่าวทำให้ครัวเรือน รู้จักประมาณตนและตัดสินใจทางการเงินบนพื้นฐานข้อมูลจริง นอกจากนี้ยังช่วยสร้าง ภูมิคุ้มกันทางเศรษฐกิจ ผ่านการลดภาระหนี้สินและเพิ่มเงินออมเพื่อรองรับความไม่แน่นอน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานของ ธรรญชนก นิลมณี และคณะ[16] ที่ชี้ว่าการใช้บัญชีครัวเรือนช่วยลดหนี้เกษตรกร และสนับสนุนการปรับตามแนวพระราชดำริ รวมทั้งสอดรับกับผลการศึกษาของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ [1] ที่ย้ำว่าการจัดทำบัญชีครัวเรือนเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สร้างความเข้มแข็งของเศรษฐกิจฐานราก

2. การเชื่อมโยงกับ Financial Literacy Theory ทฤษฎีความรู้ทางการเงิน (Financial Literacy Theory) อธิบายว่าการมีความรู้ความเข้าใจด้านการเงินเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพการตัดสินใจ เช่น การออม การลงทุน และการจัดการหนี้ [8]ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว โดยพบว่า ครัวเรือนที่มีความรู้ทางการเงินและมีแรงจูงใจเชิงสังคมจะมีพฤติกรรมทำบัญชีสม่ำเสมอและนำไปสู่การออมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ผลวิจัยยังสนับสนุนงานของ จุฑารัตน์ จันทรา และคณะ [4] ที่พบว่าความรู้ทางการเงินมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออมของครัวเรือนในชนบท และใกล้เคียงกับงานของ วรภร ศิลาเจริญธนกิจ[10] ที่ยืนยันว่าความเข้าใจและทัศนคติเป็นปัจจัยที่กำหนดความสม่ำเสมอในการบันทึกบัญชี

3. การเชื่อมโยงกับ Behavioral Economics เศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral Economics) อธิบายว่าการตัดสินใจทางการเงินของบุคคลมักได้รับอิทธิพลจากอคติ (bias) และข้อจำกัดด้านวินัยตนเอง (self-control problem)[18] ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนว่า แม้ประชาชน “เข้าใจและเห็นด้วย” กับประโยชน์ของบัญชีครัวเรือน แต่การปฏิบัติจริงกลับไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด intention–behavior gap ในเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม อย่างไรก็ตาม การวิจัยยังชี้ว่า เมื่อมี เครื่องมือที่ใช้ง่ายและมีการติดตามผล ครัวเรือนจะสามารถบันทึกบัญชีได้สม่ำเสมอและเพิ่มการออม ซึ่งสอดคล้องกับกรณีศึกษาของ คะเคโบะ (Kakeibo) ในญี่ปุ่น[9] ที่ใช้การบันทึกเชิงจิตวิทยา (reflection) เป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการออมจริง

4. การเชื่อมโยงกับ หลักฐานเชิงพื้นที่และเศรษฐกิจฐานราก ผลการวิจัยที่ตำบลท้ายเกาะสะท้อนว่ารายได้ที่ไม่แน่นอนและโครงสร้างเศรษฐกิจแบบผสมผสาน (เกษตร–แรงงานรับจ้าง–วิสาหกิจชุมชน) ทำให้การออกแบบระบบบัญชีต้องตอบโจทย์ความง่ายและความเป็นจริงของข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับงานของ นัคมน เงินมั่น และคณะ (ม.ราชภัฏเลย) ที่เสนอรูปแบบบัญชีครัวเรือนที่เหมาะสมกับชุมชนชนบท และสอดรับกับแนวคิดของ ธ.ก.ส.[20] ที่พัฒนาบัญชีครัวเรือนอัจฉริยะเพื่อเกษตรกร

โดยสรุป การวิจัยครั้งนี้ตอกย้ำว่า “บัญชีครัวเรือน” เป็นทั้ง กลไกการสร้างวินัยทางการเงินและ นโยบายเชิงสาธารณะ ที่สามารถยกระดับความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจครัวเรือนได้จริง ผลวิจัยสอดคล้องกับทั้งทฤษฎีและงานวิจัยก่อนหน้าในหลายมิติ แต่ก็ยังสะท้อน “ช่องว่างจากรู้สู่ทำ” ที่ต้องการการแทรกแซงเชิงพฤติกรรมและการออกแบบเครื่องมือใหม่ ๆ เพื่อสร้างความยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ส่งเสริมการทำบัญชีครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานท้องถิ่นและองค์กรที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาแบบฟอร์ม/เครื่องมือที่ใช้งานง่าย เหมาะสมกับกลุ่มอายุและอาชีพ เพื่อสร้างวินัยการบันทึกข้อมูลรายรับ–รายจ่ายอย่างสม่ำเสมอ

2. พัฒนาความรู้ทางการเงิน (Financial Literacy) จัดกิจกรรมฝึกอบรมและให้คำปรึกษาเชิงปฏิบัติ โดยมุ่งเน้นการวางแผนการออม การลดหนี้ และการลงทุนขนาดเล็ก เพื่อเพิ่มทักษะและความตระหนักรู้ด้านการจัดการการเงินส่วนบุคคล

3. บูรณาการแรงจูงใจเชิงสังคมและเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม ใช้กลไกแรงจูงใจ เช่น การยกย่องครัวเรือนต้นแบบ การให้สิทธิประโยชน์จากกองทุนหมู่บ้านหรือสถาบันการเงินแก่ผู้ที่บันทึกบัญชีอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างพฤติกรรมการออมที่ยั่งยืน

4. สนับสนุนการเชื่อมโยงบัญชีครัวเรือนกับบัญชีต้นทุนวิสาหกิจชุมชน สำหรับครัวเรือนที่ประกอบอาชีพอิสระหรือกิจการขนาดเล็ก ควรพัฒนาเครื่องมือบัญชีที่ผสานการคำนวณต้นทุน–กำไร เพื่อให้ข้อมูลการบันทึกสามารถใช้ตัดสินใจด้านราคาขายและการลงทุน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ศึกษา ควรศึกษาครัวเรือนในพื้นที่อื่น ๆ ทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อนำผลมาเปรียบเทียบและเพิ่มความครอบคลุมของข้อสรุปงานวิจัย

2. ใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ควรผสานการวิจัยเชิงปริมาณกับการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเข้าใจปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม และจิตวิทยาที่มีผลต่อการทำบัญชีครัวเรือนและการออม

3. วิเคราะห์ตัวแปรเพิ่มเติม เช่น ระดับหนี้สิน การเข้าถึงบริการทางการเงิน และทัศนคติทางการเงิน เพื่อตรวจสอบผลกระทบต่อพฤติกรรมการออมในมิติที่หลากหลายมากขึ้น

4. การประเมินผลระยะยาว ควรติดตามพฤติกรรมของครัวเรือนในระยะเวลาอย่างน้อย 1–3 ปี เพื่อวัดผลต่อเนื่องของการทำบัญชีครัวเรือนต่อเสถียรภาพทางการเงิน

5. การเชื่อมโยงกับเทคโนโลยีดิจิทัล ศึกษาศักยภาพของแอปพลิเคชันหรือระบบบัญชีครัวเรือนอัจฉริยะ ว่าสามารถเพิ่มความสม่ำเสมอและประสิทธิผลในการออมได้ดีกว่าการบันทึกแบบดั้งเดิมหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). รายงานสภาพเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนไทย. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
2. กองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ. (2564). รายงานการส่งเสริมการจัดทำบัญชีครัวเรือน. สำนักงานกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ.
3. ธนาคารแห่งประเทศไทย. (2566). รายงานภาวะหนี้ครัวเรือนและเสถียรภาพระบบการเงินไทย. ธนาคารแห่งประเทศไทย.
4. จุฑารัตน์ จันทรา, สุภาวดี กิตติศักดิ์ชัย, & กานดา ศรีสมบูรณ์. (2565). พฤติกรรมการออมและปัจจัยที่มีผลต่อการออมของครัวเรือนในชนบท. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 13(2), 45–60.
5. รัตน์ชนก พราหมณ์ศิริ, วนิดา จันทร์ศรี, & บุษณีย์ เทวะ. (2563). ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำบัญชีครัวเรือนของประชาชนชุมชนพรเจริญ ตำบลกง อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยพิษณุโลก, 2(2), 32–35.
6. นัคมน เงินมั่น, พรสวรรค์ ศิริกัณจนาภรณ์, & จุลดิษฐ์ อุปฮาต. (2560). รูปแบบการทำบัญชีครัวเรือนเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจครอบครัว.
7. Collins, D., Morduch, J., Rutherford, S., & Ruthven, O. (2009). Portfolios of the poor: How the world's poor live on $2 a day. Princeton University Press.
8. Lusardi, A., & Mitchell, O. S. (2014). The economic importance of financial literacy: Theory and evidence. Journal of Economic Literature, 52(1), 5–44. https://doi.org/10.1257/jel.52.1.5
9. Chiba. (2018). Kakeibo: The Japanese art of saving money. Tarcher/Perigee.
10. วรภร ศิลาเจริญธนกิจ. (2567ก). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำบัญชีครัวเรือนของกลุ่มช้างน้อยชะลอมห่อไข่ ตำบลช้างน้อย อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิค, 10(2), 443–451.
11. วรภร ศิลาเจริญธนกิจ. (2567ข). การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนจากการผลิตวุ้นมะพร้าวกะทิสด ชุมชนตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิค, 10(2), 456–465.
12. องค์การบริหารส่วนตำบลท้ายเกาะ. (2566). ข้อมูลสภาพทั่วไปและจำนวนประชากรตำบลท้ายเกาะ. http://www.taykoa.go.th/general6_03.php
13. Krejcie, R.V., & Morgan, D.W., (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement.
14. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Tijdschrift voor Onderwijsresearch, 2(2), 49-60.
15. Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). Psychometric theory. New York: McGraw-Hill.
16. ธรรญชนก นิลมณี, ศรีสมร ผ่องพุฒิ, จุฑามาศ แซ่หว่อง, และ อรพินท์ อิ่มจงใจรักษ์. (2558). การศึกษาพฤติกรรมและสภาพปัญหาการจัดทำบัญชีครัวเรือนตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อลดปัญหาหนี้สินของเกษตรกรจังหวัดปราจีนบุรี. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์.
17. มูลนิธิส่งเสริมการเงินคนจน. (n.d.). 4 วิธีออมเงิน ใช้ชีวิตแบบพอเพียง ตามแนวพระราชดำริ ในหลวง รัชกาลที่ 9. สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2025, จาก https://www.nsf.or.th/node/958
18. Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2008). Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness. Yale University Press.
20. ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.). (2562, สิงหาคม 23). ธ.ก.ส. จับมือ ม.รังสิต ร่วมวิจัยระบบบัญชีครัวเรือนอัจฉริยะ เพื่อพัฒนาเกษตรกรไทยสู่ยุค 4.0.

การวิเคราะห์ต้นทุนและการกำหนดราคาขายขนมไทยากิ: แนวทางเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของชุมชนท้ายเกาะ

The Effects of a Practical Case Study-Based Learning Process on Student Academic Achievement and Environmental-Health Attitudes in the Accounting and Finance for Hospitality and Hospitality Businesses Course.

(Received: September 26,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

วรภร ศิลาเจริญธนกิจ[1] **กฤตยชญ์ คำมิ่ง**[1]
Waraporn Silacharoentanakij[1] **Kridtayot Comeming**[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์โครงสร้างต้นทุนและจุดคุ้มทุน (BEP) ของการผลิตขนมไทยากิในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนตำบลท้ายเกาะ (2) ศึกษาการกำหนดราคาขายและผลกำไร และ (3) สำรวจการปฏิบัติด้านสุขลักษณะและทัศนะต่อบรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ผลิตจำนวน 10 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึกต้นทุน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการคำนวณต้นทุน–กำไร–จุดคุ้มทุน

ผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนรวมต่อวัน 160 บาท (วัตถุดิบ 140 บาท และค่าไฟฟ้า 20 บาท) เมื่อผลิตเฉลี่ย 50 ชิ้น/วัน คิดเป็นต้นทุนเฉลี่ย 3.20 บาท/ชิ้น ขายที่ 10 บาท/ชิ้น ได้กำไร 6.80 บาท/ชิ้น กำไรเฉลี่ย 340 บาท/วัน หรือราว 6,800 บาท/เดือน (20 วันทำการ) จุดคุ้มทุน 3 ชิ้น/วัน และมีอัตราส่วนความปลอดภัย (Margin of Safety) ประมาณ 94% ผู้ผลิตส่วนใหญ่ปฏิบัติตามสุขลักษณะพื้นฐานได้ดี และเห็นด้วยกับการใช้บรรจุภัณฑ์ยั่งยืน แม้ต้นทุนเพิ่มเล็กน้อย ข้อค้นพบชี้ว่าไทยากิมีความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจและสอดคล้องกับแนวทางการผลิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน.

คำสำคัญ: ต้นทุนการผลิต, จุดคุ้มทุน, บรรจุภัณฑ์ยั่งยืน, วิสาหกิจชุมชน, ขนมไทยากิ

Abstract

This study was survey research aimed to (1) analyze the cost structure and break even point (BEP) of taiyaki production among the Tai Ko Community enterprise, (2) examine appropriate pricing and profitability, and (3) explore hygiene practices and attitudes toward eco friendly packaging. A purposive sample of 10 producers was surveyed using a questionnaire and a daily cost log. Descriptive statistics and cost profit BEP calculations were performed.

Results indicate a total daily cost of 160 THB (140 THB for ingredients and 20 THB for electricity). With an average output of 50 pieces/day, the unit cost is 3.20 THB while the selling price is 10 THB, yielding a unit profit of 6.80 THB, about 340 THB/day and 6,800 THB/month (20 working days). The BEP is approximately 3 pieces/day, and the margin of safety is around 94%. Most producers follow basic hygiene practices and support eco friendly packaging despite slightly higher costs.

Keywords: Production cost, Breakeven point, Sustainable packaging, Community enterprise, Taiyaki

บทนำ

การพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากของประเทศไทยพึ่งพาบทบาทของวิสาหกิจชุมชนมาโดยตลอด เนื่องจากกลุ่มเหล่านี้เป็นแหล่งสร้างงานและรายได้ให้แก่ครัวเรือนในชนบท อีกทั้งยังช่วยลดความเหลื่อมล้ำและสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจที่เป็นธรรมมากขึ้น

[1] มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

งานวิจัยหลายชิ้นยืนยันว่า วิสาหกิจชุมชนไม่เพียงสร้างผลประโยชน์เชิงเศรษฐกิจ แต่ยังเชื่อมโยงกับสุขภาวะทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เพราะเป็นกิจกรรมที่ใช้ทรัพยากรท้องถิ่นและแรงงานในครัวเรือน ทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมและความภาคภูมิใจในอัตลักษณ์ของพื้นที่[1]

ในมิติด้านความปลอดภัยอาหาร รัฐบาลไทยได้กำหนดมาตรฐาน Good Manufacturing Practice (GMP) และ Good Hygiene Practice (GHP) เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ผลิตอาหารรายย่อยถึงรายใหญ่ หลักเกณฑ์เหล่านี้ช่วยควบคุมความเสี่ยงจากการปนเปื้อน และสร้างความมั่นใจในคุณภาพอาหารแก่ผู้บริโภค ขณะเดียวกัน ในระดับนโยบายด้านสิ่งแวดล้อม ประเทศไทยได้ขับเคลื่อน “แผนที่ทางการจัดการขยะพลาสติก 2561–2573” ที่ตั้งเป้าลดการใช้พลาสติกแบบใช้ครั้งเดียว (single-use plastic) และสนับสนุนบรรจุภัณฑ์ที่ย่อยสลายได้[2] แนวทางนี้สอดคล้องกับมาตรการระดับนานาชาติ เช่น สหภาพยุโรปที่ได้ออกกฎหมายจำกัดการใช้บรรจุภัณฑ์พลาสติกตั้งแต่ปี 2024 สิ่งเหล่านี้สะท้อนว่าผู้ผลิตอาหารรายย่อยจำเป็นต้องคำนึงถึง “ต้นทุนสิ่งแวดล้อม” (environmental cost) ควบคู่กับการบริหารต้นทุนการผลิต

งานวิจัยในประเทศด้านการเปิดเผยรายงานความยั่งยืนพบว่า “การเปิดเผยด้านสิ่งแวดล้อม” มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเติบโตของยอดขายในระยะยาว แม้จะยังไม่สะท้อนต่อผลตอบแทนสินทรัพย์บางตัวในระยะสั้น (เช่น ROA) ข้อค้นพบนี้ชี้ทางเชิงกลยุทธ์แก่ผู้ประกอบการชุมชนว่า การสื่อสารการดำเนินงานที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (เช่น การใช้บรรจุภัณฑ์ยั่งยืน การจัดการของเสีย และการยกระดับสุขลักษณะ GMP/GHP) ย่อมช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและความเต็มใจจ่ายของผู้บริโภค ซึ่งเกื้อหนุนยอดขายและเสถียรภาพของกำไรในระยะยาว

สำหรับตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี เป็นตัวอย่างพื้นที่ที่สะท้อนพลวัตเศรษฐกิจฐานรากได้ชัดเจน องค์การบริหารส่วนตำบลท้ายเกาะได้รับการยกฐานะเมื่อปี พ.ศ. 2539 ดูแล 4 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านขนมเปียก บ้านแกงร้อน บ้านต้นสะตือ และบ้านลาดท้องวัง ในพื้นที่นี้มีผลิตภัณฑ์ OTOP ที่เป็นจุดแข็งคือ วุ้นมะพร้าวกะทิสด[3] ซึ่งได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการออกแบบแม่พิมพ์และการสร้างเอกลักษณ์สินค้า โดยการผลิตหนึ่งรอบได้ประมาณ 100 ชิ้น (20 กล่อง) มีต้นทุนรวม 155 บาท หรือ 7.75 บาทต่อกล่อง และขายในราคาเฉลี่ย 15 บาทต่อกล่อง แม้จะสะท้อนศักยภาพในการทำกำไร แต่ก็ยังพบข้อจำกัดเรื่องความผันผวนของราคาวัตถุดิบและบรรจุภัณฑ์ที่ไม่ตอบโจทย์การขนส่งและการสร้างแบรนด์ในระยะยาว ในช่วงหลังวิกฤตโควิด-19 ตำบลท้ายเกาะยังได้รับการสนับสนุนผ่านโครงการ “หนึ่งตำบล หนึ่งมหาวิทยาลัย (U2T)” ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันอุดมศึกษาและท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายยกระดับทักษะและสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ประกอบการรายย่อย[4] พบว่าโครงการ U2T มีส่วนช่วยอย่างชัดเจนในการเสริมสร้างศักยภาพเชิงเศรษฐกิจและการพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ในหลายพื้นที่ รวมถึงตำบลท้ายเกาะด้วย จากพื้นฐานดังกล่าว กลุ่มวิสาหกิจชุมชนท้ายเกาะได้ริเริ่มทดลองผลิตขนมไทยากิ ซึ่งเป็นขนมหวานอบที่มีชื่อเสียงจากประเทศญี่ปุ่น แต่สามารถปรับสูตรและรูปแบบการผลิตให้เข้ากับบริบทท้องถิ่นได้ การเลือกพัฒนาไทยากิมีเหตุผลรองรับหลายด้าน ได้แก่ (1) กระบวนการผลิตแบบครัวเรือนที่คล้ายคลึงกับวุ้นมะพร้าวกะทิสด (2) ความสามารถในการใช้วัตถุดิบและอุปกรณ์ที่หาได้ในชุมชน (3) โอกาสในการสร้างอัตลักษณ์ใหม่เพื่อเจาะตลาดในระดับท้องถิ่นและออนไลน์ และ (4) การคำนวณต้นทุนเพื่อการกำหนดราคาที่ชัดเจนและตรวจสอบได้ งานวิจัยของจักรพันธ์ ชัยทัศน์, จริยา แก้วภักดี, และวัชรี มนัสสนิท[5] ยืนยันว่าปัจจัยด้านการได้รับการรับรองคุณภาพผลิตภัณฑ์ชุมชนมี

อิทธิพลอย่างมากต่อความยั่งยืนของวิสาหกิจชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับกรณีตำบลท้ายเกาะ ที่ผู้ประกอบการเริ่มให้ความสำคัญกับการควบคุมคุณภาพและการใช้บรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ควบคู่กับการบริหารต้นทุนอย่างมีระบบ

หลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศยังชี้ว่า “การจัดทำบัญชีอย่างเป็นระบบ” เป็นตัวขับเคลื่อนความยั่งยืนของวิสาหกิจชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการรับรองคุณภาพผลิตภัณฑ์ งานศึกษาพบว่าองค์ประกอบด้านการทำบัญชีมีอิทธิพลเชิงบวกสูงสุดต่อความยั่งยืน และเมื่อพิจารณาร่วมกับมิติการบริหารจัดการ การมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ โมเดลสามารถอธิบายความยั่งยืนของวิสาหกิจชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องโดยตรงกับโจทย์ของงานนี้ เพราะการแยกต้นทุนคงที่–ต้นทุนผันแปร การบันทึกต้นทุนต่อหน่วย และการคำนวณจุดคุ้มทุน (BEP) อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ผลิตไทยากิสามารถกำหนดราคาขายบนฐานข้อมูลจริง ควบคุมกำไรต่อหน่วย และบริหารความเสี่ยงด้านต้นทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม การผลิตขนมไทยากิในชุมชนไม่ได้หยุดอยู่ที่การ “ทำขนมเพื่อขาย” เท่านั้น แต่ยังเป็นการเรียนรู้เพื่อสร้างสมดุลระหว่างความคุ้มค่าเชิงเศรษฐกิจและความยั่งยืนเชิงสิ่งแวดล้อม งานวิจัยในต่างประเทศ เช่น [6,7] ต่างชี้ว่า การคำนึงถึงปัจจัย Environmental, Social, and Governance (ESG) ในการผลิตและรายงานข้อมูลสามารถส่งผลต่อคุณภาพและความเชื่อมั่นของผู้บริโภคได้โดยตรง หากผู้ประกอบการรายย่อยสามารถสะท้อนต้นทุนด้านสิ่งแวดล้อม (เช่น การใช้พลังงานหรือการลดของเสียจากบรรจุภัณฑ์) ลงในราคาขายได้ ก็จะช่วยเพิ่มทั้งมูลค่าของผลิตภัณฑ์และความยั่งยืนของชุมชนไปพร้อมกัน ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมายสำคัญคือ การวิเคราะห์โครงสร้างต้นทุนและการกำหนดราคาขายขนมไทยากิของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนท้ายเกาะ โดยมุ่งเน้น 3 มิติหลัก ได้แก่ มิติทางเศรษฐกิจ วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย คำนวณจุดคุ้มทุน (Break-Even Point) และออกแบบกลยุทธ์การตั้งราคา (cost-plus, market-based, value-based) เพื่อสร้างความมั่นคงรายได้ให้กับครัวเรือนผู้ผลิต

มิติด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินการใช้พลังงานและบรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ลดการพึ่งพาพลาสติกแบบใช้ครั้งเดียว และเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการทรัพยากร

มิติด้านความปลอดภัยอาหาร ตรวจสอบการปฏิบัติตาม GMP/GHP เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้บริโภค และเชื่อมโยงกับการยอมรับในราคาขาย

ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการศึกษานี้ไม่เพียงช่วยให้ผู้ประกอบการสามารถกำหนดราคาขายที่สะท้อนต้นทุนจริง แต่ยังมีส่วนสำคัญในการยกระดับความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในตำบลท้ายเกาะ พร้อมกับส่งเสริมความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม โดยการใช้บรรจุภัณฑ์และพลังงานที่รักษ์โลก ตลอดจนสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพและอัตลักษณ์ของผลิตภัณฑ์ขนมไทยากิในฐานะสินค้าชุมชนที่ตอบโจทย์ทั้งตลาดและสังคมร่วมสมัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์โครงสร้าง ต้นทุนการผลิตและต้นทุนต่อหน่วย ของขนมไทยากิในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนท้ายเกาะ รวมถึงการคำนวณ จุดคุ้มทุน (BEP) และความเหมาะสมของราคาขาย
2. เพื่อประเมินการปฏิบัติตาม สุขลักษณะและความปลอดภัยอาหาร (GHP/GMP) ของกระบวนการผลิตขนมไทยากิในชุมชน
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ประกอบการเกี่ยวกับ การใช้บรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และสังเคราะห์ แนวทางการพัฒนาผลิตภัณฑ์ไทยากิเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของตำบลท้ายเกาะ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ สมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารในครัวเรือน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับหัวข้อการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างคือครัวเรือนที่เข้าร่วมการทดลองผลิต ขนมไทยากิ และมีประสบการณ์ในด้านการผลิตผลิตภัณฑ์อาหารท้องถิ่น เช่น วุ้นมะพร้าวกะทิสด ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ OTOP ที่สำคัญของตำบลท้ายเกาะ (วรภร ศิลาเจริญธนกิจ, 2567)

เครื่องมือวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง ซึ่งพัฒนาต่อยอดจากงานวิจัยเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนจากการผลิตวุ้นมะพร้าวกะทิสดชุมชนตำบลท้ายเกาะอำเภอสามโคกจังหวัดปทุมธานี[3] และปรับให้เหมาะสมกับขนมไทยากิ โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ เช่น เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และประสบการณ์ในการทำอาหาร

ตอนที่ 2: ข้อมูลด้านต้นทุนการผลิต เช่น วัตถุดิบ แรงงาน ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำ บรรจุภัณฑ์ และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ

ตอนที่ 3: การปฏิบัติตามหลักสุขลักษณะและความปลอดภัยอาหาร (GHP/GMP) เช่น วิธีจัดการวัตถุดิบและการใช้สถานที่ผลิต

ตอนที่ 4: ความคิดเห็นเกี่ยวกับการตั้งราคาขายและการใช้บรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน

1. ข้อมูลทุติยภูมิ มาจากการศึกษางานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผลิตอาหาร ต้นทุน และสิ่งแวดล้อม เช่น งานของ วรภร ศิลาเจริญธนกิจ[3], สุชัญญา วรากุลปกรณ์ศิริ[1] และงานวิจัยต่างประเทศที่เน้น ESG และบรรจุภัณฑ์ยั่งยืน[7,8]

2. ข้อมูลปฐมภูมิ เก็บจากการใช้แบบสอบถามกับกลุ่มวิสาหกิจชุมชน และการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้เข้าใจต้นทุนที่แท้จริง วิธีคิดราคาขาย และมุมมองต่อการใช้บรรจุภัณฑ์ที่รักษ์สิ่งแวดล้อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานและต้นทุนการผลิต

2. คำนวณ ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุน (Break-even Point: BEP) เพื่อดูความคุ้มค่าและแนวทางตั้งราคาขาย

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกใช้บรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมกับการตั้งราคาขาย โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis)

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์โดยตีความตามประเด็นหลัก เพื่อสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาผลิตภัณฑ์ไทยากิที่เหมาะสมกับทั้งเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของชุมชน

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนและจุดคุ้มทุนของการผลิตขนมไทยากิ ศึกษาการกำหนดราคาขายและผลกำไร รวมถึงสำรวจความคิดเห็นของผู้ผลิตในด้านสุขลักษณะและการใช้บรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ข้อมูลที่นำเสนอได้จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกวิสาหกิจชุมชนตำบลท้ายเกาะ จำนวน 10 คน

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (60%) รองลงมาเป็นเพศชาย (30%) และเพศอื่น ๆ (10%) ช่วงอายุของผู้ตอบทั้งหมดอยู่ระหว่าง 46–60 ปี และมีระยะเวลาการดำเนินกิจการระหว่าง 1–3 ปี ลักษณะดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ระดับเริ่มต้นถึงปานกลางในการประกอบกิจการอาหารในครัวเรือน และมีศักยภาพในการต่อยอดผลิตภัณฑ์ใหม่[1]

2. ต้นทุนการผลิตขนมไทยากิ ผลการคำนวณต้นทุนพบว่า ค่าใช้จ่ายหลักคือวัตถุดิบสำหรับทำแป้งและคัสตาร์ด รวมเป็น 140 บาทต่อวัน และมีค่าไฟฟ้าเฉลี่ย 20 บาทต่อวัน รวมต้นทุนทั้งหมด 160 บาทต่อวัน เมื่อเปรียบเทียบกับกำลังการผลิตเฉลี่ย 50 ชิ้นต่อวัน พบว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อชิ้นเท่ากับ 3.20 บาท ซึ่งต่ำกว่าราคาขายจริงที่ 10 บาทต่อชิ้น

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของ วรภร ศิลาเจริญธนกิจ[3] ที่ศึกษาต้นทุนการผลิตวุ้นมะพร้าวกะทิสดในชุมชนเดียวกัน และพบว่าการผลิตในระดับครัวเรือนสามารถสร้างอัตรากำไรสูง และเป็นทางเลือกในการสร้างรายได้ของชุมชน

3. ราคาขายและผลกำไร ราคาขายเฉลี่ย 10 บาทต่อชิ้น เมื่อเทียบกับต้นทุนจริง 3.20 บาทต่อชิ้น จะได้กำไรสุทธิ 6.80 บาทต่อชิ้น หรือคิดเป็นอัตรากำไรขั้นต้น (Gross Profit Margin) 68% รายได้รวมเฉลี่ยต่อวันอยู่ที่ 500 บาท และกำไรสุทธิประมาณ 340 บาท หากผลิตและจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง 20 วันต่อเดือน จะมีรายได้ประมาณ 10,000 บาท และกำไรสุทธิประมาณ 6,800 บาท

การที่ผู้ผลิตสามารถสร้างผลตอบแทนในระดับนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้เชิงเศรษฐกิจของการพัฒนาผลิตภัณฑ์ไทยากิในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Mekong Institute[2] ที่พบว่าผลิตภัณฑ์อาหารในระดับครัวเรือนที่มีจุดคุ้มทุนต่ำและกำไรต่อหน่วยสูง สามารถลดความเสี่ยงทางเศรษฐกิจของผู้ประกอบการรายย่อยได้อย่างมีนัยสำคัญ

4. จุดคุ้มทุน (Break-Even Point: BEP)

ตารางที่ 1 จุดคุ้มทุน (Break-Even Point: BEP) และ อัตราส่วนความปลอดภัย (Margin of Safety)

องค์ประกอบ	**ค่า/สูตร**	**ผลลัพธ์**
ราคาขายต่อหน่วย (P)	บาท/ชิ้น	10.00
ต้นทุนผันแปรต่อหน่วย (V)	บาท/ชิ้น	2.80
ส่วนต่างต่อหน่วย (P–V)	10.00 – 2.80	7.20
ต้นทุนคงที่/วัน (F)	บาท/วัน	20
BEP (หน่วย/วัน)	F ÷ (P–V)	2.78 (3 ชิ้น)
รายได้ที่จุดคุ้มทุน/วัน	BEP × P	30 บาท
อัตราส่วนความปลอดภัย(Margin of Safety) (%)	(ยอดขายจริง – ยอดขายที่ BEP) ÷ ยอดขายจริง × 100	94%

การคำนวณ BEP โดยใช้สูตรต้นทุนคงที่หารด้วยส่วนต่างต่อหน่วย พบว่าผู้ผลิตขายได้เพียง 3 ชิ้นต่อวันก็สามารถครอบคลุมต้นทุนทั้งหมด และเมื่อมียอดขายเฉลี่ย 50 ชิ้นต่อวัน แสดงให้เห็นว่าผู้ผลิตมีกำไรอย่างต่อเนื่องและมีส่วนเผื่อความปลอดภัย (Margin of Safety)

5. การปฏิบัติด้านสุขลักษณะและสิ่งแวดล้อม ผลการวิจัยเชิงคุณภาพชี้ว่า ผู้ผลิตส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามสุขลักษณะพื้นฐาน เช่น การล้างมือก่อนผลิต การใช้อุปกรณ์สะอาด และการเก็บวัตถุดิบใน

ภาชนะปิด แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านการจัดการขยะอาหารและระบบระบายอากาศของสถานที่ผลิต ซึ่งควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับมาตรฐาน GMP/GHP ในด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 เห็นด้วยกับการใช้บรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เช่น กล่องกระดาษหรือวัสดุชีวภาพ แม้ว่าจะเพิ่มต้นทุนเฉลี่ย 1–2 บาทต่อกล่อง แต่ผู้ผลิตเชื่อว่าจะช่วยสร้างภาพลักษณ์เชิงบวกและเพิ่มมูลค่าให้กับสินค้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Gritter[8] ที่ชี้ว่าผู้บริโภคมีแนวโน้มเลือกผลิตภัณฑ์ที่ใช้บรรจุภัณฑ์ยั่งยืนมากขึ้น

6. การสังเคราะห์ผลการวิจัย จากผลการศึกษาสามารถสรุปแนวทางพัฒนาขนมไทยากิในตำบลท้ายเกาะได้ดังนี้

ด้านเศรษฐกิจ การผลิตขนมไทยากิมีความคุ้มค่า สามารถสร้างรายได้เสริมที่มั่นคงและถึงจุดคุ้มทุนได้อย่างรวดเร็ว

ด้านสิ่งแวดล้อม การใช้บรรจุภัณฑ์ย่อยสลายได้จะช่วยลดขยะพลาสติก และเสริมสร้างภาพลักษณ์ผลิตภัณฑ์ชุมชน

ด้านสุขภาพผู้บริโภค ควรพัฒนาสถานที่ผลิตและยกระดับมาตรฐานสุขลักษณะ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นของผู้บริโภค

ด้านการตลาด ควรสร้างอัตลักษณ์ของสินค้าและขยายช่องทางจำหน่ายออนไลน์เพื่อเพิ่มยอดขาย

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งทำความเข้าใจความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจของการผลิตขนมไทยากิในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนตำบลท้ายเกาะ ตลอดจนแนวทางการกำหนดราคาและผลกระทบด้านสุขลักษณะและสิ่งแวดล้อม โดยใช้ข้อมูลจากผู้ประกอบการ 10 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 46–60 ปี และดำเนินกิจการมาแล้ว 1–3 ปี สะท้อนว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในระดับครัวเรือนที่เพียงพอต่อการต่อยอดจากผลิตภัณฑ์ดั้งเดิมไปสู่ผลิตภัณฑ์ใหม่อย่างขนมไทยากิ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่ากิจการชุมชนเป็นฐานสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิต หากมีการบริหารจัดการต้นทุนอย่างเป็นระบบ[1]

1. มิติทางเศรษฐกิจ ผลการวิเคราะห์เชิงตัวเลขพบว่า การผลิตขนมไทยากิมีความคุ้มค่า ต้นทุนรวมต่อวันอยู่ที่ 160 บาท (วัตถุดิบ 140 บาท ค่าไฟฟ้า 20 บาท) เมื่อผลิตเฉลี่ย 50 ชิ้น ทำให้ต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 3.20 บาท ขณะที่ราคาขายจริงอยู่ที่ 10 บาทต่อชิ้น ส่งผลให้มีกำไรต่อหน่วย 6.80 บาท และกำไรสุทธิประมาณ 340 บาทต่อวัน หรือราว 6,800 บาทต่อเดือน (20 วันทำการ) จุดคุ้มทุน (Break-Even Point: BEP) ต่ำมากเพียง 3 ชิ้นต่อวัน และมีอัตราส่วนความปลอดภัย (Margin of Safety: MOS) สูงถึง 94% สะท้อนถึงความมั่นคงและความยืดหยุ่นในการรับมือกับความผันผวนของยอดขาย ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศที่ชี้ว่ากิจการซึ่งมีต้นทุนคงที่ต่ำและมีกำไรต่อหน่วยสูง จะช่วยลดความเปราะบางทางเศรษฐกิจและเพิ่มเสถียรภาพรายได้ครัวเรือน [2,3]

2. วินัยทางบัญชีกับการกำหนดราคาเชิงหลักฐานผลลัพธ์ดังกล่าวยืนยันว่า การจัดทำบัญชีต้นทุนอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการแยกต้นทุนผันแปรและต้นทุนคงที่ มีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดราคาขายและการควบคุมกำไรต่อหน่วยอย่างแม่นยำ เมื่อผู้ประกอบการมีข้อมูลจริงประกอบการตัดสินใจการตั้งราคาจะสะท้อนมูลค่าที่แท้จริงและช่วยสร้างเสถียรภาพรายได้ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของจักรพันธ์ ชัยทัศน์, จริยา แก้วภักดี, และวัชรี มนัสสนิท[5] ที่ยืนยันว่าปัจจัยด้านการได้รับการรับรองคุณภาพผลิตภัณฑ์มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของวิสาหกิจชุมชน เนื่องจากมาตรฐานและการรับรองช่วยสร้างความน่าเชื่อถือทั้งต่อผู้บริโภคและกระบวนการกำหนดราคา

3. มิติด้านสุขลักษณะและความเชื่อมั่นของผู้บริโภค ผู้ผลิตส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามสุขลักษณะ

พื้นฐาน เช่น การล้างมือ การใช้อุปกรณ์สะอาด และการเก็บวัตถุดิบในภาชนะที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดบางด้าน เช่น การระบายอากาศและการจัดการเศษอาหาร หากมีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับหลัก GMP/GHP จะช่วยลดความเสี่ยงด้านความปลอดภัยอาหารและส่งผลเชิงบวกต่อการยอมรับราคาขาย นอกจากนี้ยังสะท้อนแนวคิดการตั้งราคาเชิงคุณค่า (value-based pricing) ที่คำนึงถึงคุณค่าด้านความปลอดภัยและมาตรฐานการผลิตซึ่งมีผลต่อความเต็มใจจ่ายของผู้บริโภค[9]

4. มิติด้านสิ่งแวดล้อมและบรรจุภัณฑ์ยั่งยืน ผู้ตอบส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการใช้บรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม แม้จะเพิ่มต้นทุนเฉลี่ย 1–2 บาทต่อกล่อง แต่ถือเป็น “ต้นทุนเชิงกลยุทธ์” ที่ช่วยสร้างภาพลักษณ์และความสามารถในการแข่งขัน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศที่ยืนยันว่าการลดพลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวและการหันมาใช้บรรจุภัณฑ์ยั่งยืนส่งผลเชิงบวกต่อการรับรู้คุณภาพและการตัดสินใจซื้อ[8] เมื่อพิจารณาร่วมกับจุดคุ้มทุนที่ต่ำ การใช้บรรจุภัณฑ์รักษ์โลกจึงไม่ทำลายความคุ้มค่า แต่กลับช่วยเชื่อมโยงเป้าหมายเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของชุมชนได้อย่างชัดเจน

สรุปอภิปรายผล

ผลการวิจัยยืนยันว่าขนมไทยากิเป็นผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมต่อการต่อยอดของตำบลท้ายเกาะ ทั้งในด้านผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ การยกระดับมาตรฐานการผลิต และการคำนึงถึงสิ่งแวดล้อม การจัดทำบันทึกต้นทุนรายวัน การตั้งราคาเชิงคุณค่า และการลงทุนเล็กน้อยในบรรจุภัณฑ์ยั่งยืน จะช่วยให้กิจการมีความมั่นคงและขยายตลาดได้กว้างขึ้น ขณะเดียวกัน การปรับปรุงด้านสุขลักษณะและโครงสร้างการผลิตตามมาตรฐาน GMP/GHP จะช่วยสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้บริโภคและรองรับการเติบโตในอนาคต ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ระบุว่า การบริหารต้นทุนอย่างมีวินัยควบคู่กับความรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม คือรากฐานสำคัญของความยั่งยืนในเศรษฐกิจฐานราก[1,2]

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ด้านต้นทุนและราคา “บันทึกต้นทุนรายวัน” แยก ต้นทุนคงที่/ผันแปร ให้ชัดเจน แล้วคำนวณ ต้นทุนต่อชิ้น ทุกวัน

2. ด้านสิ่งแวดล้อมและบรรจุภัณฑ์ ใช้กล่องกระดาษ/วัสดุชีวภาพเป็นมาตรฐาน และกำหนด “รุ่นพิเศษ” (ของฝาก/เทศกาล) เพื่อชดเชยต้นทุน ทำระบบคัดแยกเศษอาหารและรีไซเคิลอย่างง่าย (ถังอินทรีย์–รีไซเคิล–ทั่วไป) จะช่วยลดค่าเก็บขยะและภาพลักษณ์ดีขึ้น

3. ด้านสุขลักษณะ (GHP/GMP เบื้องต้น) จัดจุดล้างมือ เจลแอลกอฮอล์ ใกล้พื้นที่ผลิต และทำ เช็กลิสต์รายวัน (พื้นสะอาด, อุปกรณ์, อุณหภูมิ, การเก็บวัตถุดิบ) ปรับปรุงการระบายอากาศและการจัดการน้ำเสียง่าย ๆ เช่น ตะแกรงดักเศษ ปิดฝาภาชนะเสมอ

4. ด้านตลาดและอัตลักษณ์ จัดทำ ฉลากเล่าเรื่อง สั้น ๆ: แหล่งที่มาวัตถุดิบ, บรรจุภัณฑ์รักษ์โลก, วันที่ผลิต, ช่องทางติดต่อ ทดลองขายผ่าน เพจชุมชน/แอปเดลิเวอรีในระยะใกล้ พร้อมโปรโมชันชุดคอมโบ (เช่น 5 กล่องราคาพิเศษ)

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ขนาดตัวอย่างเล็ก (10 ราย) ทำให้การสรุปผลยังจำกัดในกลุ่มตัวอย่าง ไม่ครอบคลุมทั้งตำบลหรือฤดูกาลที่แตกต่าง

2. ต้นทุนคงที่บางส่วนไม่ได้บันทึกเป็นตัวเงิน เช่น ค่าเสื่อมราคาอุปกรณ์, ค่าเช่าพื้นที่, ค่าบำรุงรักษา อาจทำให้ จุดคุ้มทุน ต่ำกว่าความเป็นจริง เล็กน้อย

3. ข้อมูลสุขลักษณะและสิ่งแวดล้อมเป็นการประเมินตนเอง มีโอกาสเกิดอคติ จากความตั้งใจตอบให้ดูดี ควรมีการสังเกตการณ์ภาคสนาม/ตรวจเช็กแบบไม่แจ้งล่วงหน้า

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ขยายเวลาและขนาดตัวอย่างเก็บข้อมูลต่อเนื่อง 3–6 เดือน (รูปแบบเชิงเวลา) และเพิ่มตัวอย่างเป็น 30–50 ราย เพื่อวิเคราะห์ฤดูกาลและเสถียรภาพของกำไร

2. บันทึกต้นทุนคงที่รวม ค่าเสื่อมแม่พิมพ์/เตา, ค่าเช่า, ค่าซ่อมบำรุง ลงในสมุดต้นทุน เพื่อคำนวณจุดคุ้มทุน ที่แม่นยำ และเปรียบเทียบฉากทัศน์ลงทุนอุปกรณ์ใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. สุชัญญา วรากุลปกรณ์ศิริ. (2565). ความสัมพันธ์ของการเปิดเผยข้อมูลรายงานความยั่งยืนที่มีต่อผลการดำเนินงานของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย: กรณีศึกษา กลุ่มธุรกิจเกษตรและอุตสาหกรรมอาหาร (การค้นคว้าอิสระ ป.ม., มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์). สืบค้นจาก https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:305045
2. Mekong Institute. (2024, October). Reducing single-use plastic in street food markets in Thailand: Guidelines for vendors, market managers and public authorities. Mekong Institute.
3. วรภร ศิลาเจริญธนกิจ. (2567). การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนจากการผลิตวุ้นมะพร้าวกะทิสด: ชุมชนตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิค ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567. (456 - 468)
4. ปริษา จินดาหลวง, และคณะ. (2567). การพัฒนาผลิตภัณฑ์และศักยภาพผู้ประกอบการชุมชนผ่านโครงการหนึ่งตำบล หนึ่งมหาวิทยาลัย (U2T). วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.), 30(1), 85–100
5. จักรพันธ์ ชัยทัศน์, จริยา แก้วภักดี, และวัชรี มนัสสนิท. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของวิสาหกิจชุมชนที่ได้รับการรับรองคุณภาพผลิตภัณฑ์ชุมชนในจังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.), 30(1), 1–12.
6. Abdel-Rahim, H., Hollie, D., & Yu, S. C. (2024). Early evidence on critical audit matters regarding environmental, social, and governance sustainability: Trends in ESG reporting. Journal of Forensic Accounting Research, 9(1), 283–310. https://doi.org/10.2308/JFAR-2023-015
7. Abdalhamid, R. H. (2024). ESG risks: New challenge for auditors in light of the report on key audit matters. Scientific Journal of Commercial and Environmental Studies, 15(4), 5138–5179. https://doi.org/10.21608/jces.2024.406556
8. Gritter, S. (2023). Exploring key factors influencing the quality of ESG audits (Bachelor's thesis, University of Twente). University of Twente Student Theses.
9. Codex Alimentarius Commission. (2020). General principles of food hygiene: CXC 1-1969 (Rev. 2020). FAO/WHO. https://openknowledge.fao.org/handle/20.500.14283/cc6125enEuropean Parliament. (2024, April 24). New EU rules to reduce, reuse and recycle packaging. https://www.europarl.europa.eu/news/en/press-room/20240419IPR20589/new-eu-rules-to-reduce-reuse-and-recycle-packaging https://essay.utwente.nl/95396/

ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเชิงปฏิบัติจากระบบบัญชีโรงแรมที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและทัศนคติด้านสิ่งแวดล้อม–สุขภาพของนักศึกษาใน รายวิชาการบัญชีและการเงินสำหรับธุรกิจการบริการและการโรงแรม

The Effects of a Practical Case Study-Based Learning Process on Student Academic Achievement and Environmental-Health Attitudes in the Accounting and Finance for Hospitality and Hospitality Businesses Course.

(Received: September 26,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

วรภร ศิลาเจริญธนกิจ[1]
Waraporn Silacharoentanakij[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเชิงปฏิบัติจากระบบบัญชีโรงแรม (2) ศึกษาระดับทัศนคติด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของนักศึกษาที่เรียนรู้ด้วยกรณีศึกษาเชิงปฏิบัติ และ (3) ประเมินความเข้าใจเนื้อหา ทักษะการคิดวิเคราะห์ ความมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ และความเชื่อมั่นในการนำไปใช้จริงของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชา การบัญชีและการเงินสำหรับธุรกิจการบริการและการโรงแรม ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 14 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดทัศนคติและความพึงพอใจ (25 ข้อ 5 หมวด) และแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Pre-test และ Post-test) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test และการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's Alpha

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่าการใช้กรณีศึกษาเชิงปฏิบัติจากระบบบัญชีโรงแรมช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาได้จริง ด้านทัศนคติและความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (M = 4.40) โดยหมวดที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือความพึงพอใจต่อวิธีการสอน (M = 4.60) รองลงมาคือความเข้าใจเนื้อหา (M = 4.56) ขณะที่หมวดทักษะการคิดวิเคราะห์แม้ได้คะแนนต่ำสุด (M = 4.35) แต่ยังอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้นักศึกษายังสะท้อนความตระหนักด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพซึ่งเชื่อมโยงกับการเรียนรู้จากระบบบัญชีโรงแรมจริง

คำสำคัญ: กรณีศึกษาเชิงปฏิบัติ, ระบบบัญชีโรงแรม, ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน, ทัศนคติด้านสิ่งแวดล้อม–สุขภาพ

Abstract

This study aimed to (1) compare students' academic achievement before and after participating in a practical case study-based learning process using a hotel accounting system, (2) examine students' environmental-health attitudes resulting from the learning process, and (3) evaluate their content understanding, analytical thinking skills, learning participation, satisfaction, and confidence in applying knowledge. The participants were 14 undergraduate students enrolled in the Accounting and Finance for Hospitality and Hotel Business (IHM321) course in the second semester of the 2024 academic year. Data were collected through a five-section questionnaire (25 items) measuring students' attitudes and satisfaction and a pre-test/post-test achievement test. Data were analyzed using descriptive statistics, mean, standard deviation, the Wilcoxon Signed-Rank Test, and Cronbach's Alpha reliability analysis.

[1] มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

The findings revealed that students' post-test scores were significantly higher than their pre-test scores ($p < .05$), indicating that the case-based experiential learning using the hotel accounting system effectively enhanced their academic achievement. Overall attitudes and satisfaction were rated at a very high level ($M = 4.40$), with the highest mean score in teaching satisfaction ($M = 4.60$), followed by content understanding ($M = 4.56$). Analytical thinking skills received the lowest mean ($M = 4.35$) but remained at a high level. Moreover, students reported greater awareness of environmental and health issues linked to the practical learning experience.

Keywords: Case-based experiential learning, Hotel accounting system, Academic achievement, Environmental-health attitudes

บทนำ

การจัดการเรียนรู้ในระดับอุดมศึกษาในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก โดยเน้นแนวคิดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Learner-Centered) ที่ไม่เพียงแต่สอนเชิงทฤษฎี แต่ยังมุ่งพัฒนาให้นักศึกษาเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ ความสามารถเชิงปฏิบัติ และทัศนคติที่เหมาะสมต่อการทำงานจริง ในสาขาบัญชีและการเงินสำหรับธุรกิจการบริการและการโรงแรม ความซับซ้อนของการทำงานยิ่งตอกย้ำความจำเป็นในการใช้การเรียนรู้เชิงปฏิบัติ เนื่องจากโรงแรมต้องจัดการบัญชีที่ครอบคลุมหลายแผนก เช่น แผนกห้องพัก อาหารและเครื่องดื่ม การจัดเลี้ยง และบริการเสริมอื่น ๆ การใช้ตำราเพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถสะท้อนภาพการทำงานจริงได้ครบถ้วน ระบบบัญชีโรงแรม (Hotel Accounting System: HAS) จึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง โดยเฉพาะการใช้ระบบ Property Management System (PMS) และ Point of Sale (POS) ที่โรงแรมส่วนใหญ่ใช้ในการบันทึกธุรกรรม การออกใบเสร็จรับเงิน และการจัดทำรายงานทางการเงิน การจัดการเรียนรู้ด้านบัญชีและการเงินสำ หรับธุรกิจโรงแรมควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนประยุกต์ความรู้เชิงทฤษฎีในบริบทการตัดสินใจที่ใกล้เคียงสถานการณ์จริง โดย Harris[1] แสดงให้เห็นว่าการใช้สถานการณ์จำลองแบบบทบาทสมมติในรายวิชาบัญชีและการเงินสำหรับธุรกิจบริการช่วยเชื่อมโยงความรู้ทาง ทฤษฎีกับการประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจได้

การจัดการเรียนรู้โดยใช้ กรณีศึกษาเชิงปฏิบัติ (Case-based Experiential Learning) ยังเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับในวงการการศึกษา เพราะช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกแก้ปัญหา วิเคราะห์ข้อมูล และตัดสินใจในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับการทำงานจริง แนวทางนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) ของ Kolb[2] ที่มองว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นจากการลงมือปฏิบัติ การสะท้อนผล การสร้างแนวคิด และการนำไปประยุกต์ใช้ การใช้กรณีศึกษาเชิงปฏิบัติจากระบบบัญชีโรงแรมจึงไม่เพียงแต่เพิ่มความรู้เชิงวิชาการ แต่ยังช่วยพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติจริง[3]

เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างรอบด้าน งานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถาม 5 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1 ความเข้าใจเนื้อหา: วัดความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบัญชีโรงแรม การใช้แบบฟอร์ม และการจัดทำงบกำไรขาดทุนแยกตามแผนก

หมวดที่ 2 ทักษะการคิดวิเคราะห์: วัดความสามารถในการวิเคราะห์ผลประกอบการ ใช้เครื่องมือทางการเงิน และวางแผนงบประมาณเงินสด

หมวดที่ 3 ความมีส่วนร่วมในการเรียน: วัดการมีส่วนร่วมในกิจกรรม การอภิปราย และการทำงานกลุ่ม

หมวดที่ 4 ความพึงพอใจต่อวิธีการสอน: วัดความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอนที่ใช้ระบบบัญชีโรงแรมจริงและกรณีศึกษาเชิงปฏิบัติ

หมวดที่ 5 ความเชื่อมั่นในการนำไปใช้จริง: วัดความมั่นใจของผู้เรียนในการนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้จริง รวมถึงการตระหนักถึงประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

โครงสร้างการประเมินดังกล่าวช่วยให้สามารถวัดผลการเรียนรู้ในสามมิติ คือ ด้านความรู้ (Cognitive) ด้านทักษะ (Skills) และด้านเจตคติ (Attitudes) ได้อย่างครอบคลุม ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพการเรียนรู้ในเชิงองค์รวมได้ดีกว่าการวัดเพียงผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้านเดียว อีกมิติที่สำคัญคือ ทัศนคติด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินงานของธุรกิจโรงแรม ไม่ว่าจะเป็นการจัดการพลังงาน การลดของเสีย การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ หรือการรักษามาตรฐานด้านสุขอนามัย งานวิจัยของ Chan และ Hsu[4] พบว่าการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงแรมช่วยเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน ขณะที่ Deale และ Barber[5] ชี้ให้เห็นว่าการศึกษาด้านความยั่งยืนมีความ สำคัญต่อหลักสูตร hospitality และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ความสำคัญต่อประเด็นสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และแนวทางการบูรณาการความยั่งยืนในการเรียนการสอน การเรียนรู้ที่เชื่อมโยงระบบบัญชีโรงแรมเข้ากับประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ จึงมีบทบาทสำคัญในการปลูกฝังเจตคติด้านความยั่งยืนให้แก่นักศึกษา ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่จำเป็นของบัณฑิตในยุคปัจจุบัน จากงานศึกษาที่ผ่านมา เช่น Herreid[6] ที่ยืนยันว่ากรณีศึกษาสามารถส่งเสริมการเรียนรู้เชิงลึก และ Hales และ Tam[1] ที่แสดงให้เห็นว่าการใช้ระบบโรงแรมจริงทำให้นักศึกษามีความพร้อมต่อการทำงานมากขึ้น ทำให้เห็นว่าการบูรณาการระบบบัญชีโรงแรมเข้ากับการเรียนรู้เชิงปฏิบัติสามารถสร้างทั้งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและทัศนคติด้านสิ่งแวดล้อม–สุขภาพได้ในเวลาเดียวกัน

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญ เพราะมุ่งศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเชิงปฏิบัติจากระบบบัญชีโรงแรม ที่มีต่อ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และ ทัศนคติด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของนักศึกษา โดยใช้การประเมินผ่านแบบสอบถามทั้ง 5 หมวด ซึ่งจะช่วยสะท้อนให้เห็นมิติการเรียนรู้ที่ครอบคลุม ทั้งความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ผู้เรียนสามารถนำไปประยุกต์ใช้จริงได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเชิงปฏิบัติจากระบบบัญชีโรงแรม
2. เพื่อศึกษาระดับ ทัศนคติด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ของนักศึกษาที่เรียนรู้ด้วยกรณีศึกษาเชิงปฏิบัติจากระบบบัญชีโรงแรม
3. เพื่อประเมิน ความเข้าใจเนื้อหา ทักษะการคิดวิเคราะห์ ความมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ และความเชื่อมั่นในการนำไปใช้จริง ของนักศึกษา ผ่านแบบสอบถาม 5 หมวดที่ใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีประชากรคือ นักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชา การบัญชีและการเงินสำหรับธุรกิจการบริการและการโรงแรม ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568 ของมหาวิทยาลัย รวมทั้งสิ้น 14 คน (n = 14) โดยเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมทุกคนที่ตอบแบบสอบถาม ถือเป็นการเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด (Census) เพื่อสะท้อนผลการเรียนรู้ในรายวิชานี้โดยตรง

เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามวัดทัศนคติและความพึงพอใจพัฒนาตามกรอบการประเมิน 5 หมวด ได้แก่ 1. ความเข้าใจเนื้อหา 2. ทักษะการคิดวิเคราะห์ 3. ความมีส่วนร่วมในการเรียน 4. ความพึงพอใจต่อวิธีการสอน 5. ความเชื่อมั่นในการนำไปใช้จริง รวม 25 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ตั้งแต่ “น้อย

ที่สุด” ถึง “มากที่สุด” โดยแบบสอบถามนี้ตรงกับที่ใช้จริงในรายวิชา รายวิชาการบัญชีและการเงินสำหรับธุรกิจการบริการและการโรงแรม แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Pre-test และ Post-test) ประกอบด้วยข้อสอบปรนัยจำนวน 30 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาหลักของระบบบัญชีโรงแรม เช่น การบันทึกบัญชี การใช้ระบบ PMS/POS และการจัดทำงบการเงิน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าข้อคำถามครอบคลุมตัวชี้วัดตามกรอบแนวคิดครบถ้วน ตรวจสอบ ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับด้วย ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha) โดยในงานวิจัยนี้ได้วิเคราะห์ค่า α ทั้งในภาพรวมและรายหมวด (ค่า α ที่ได้มากกว่า 0.70 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อถือได้เพียงพอในการวิจัย) แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการทดสอบก่อนเรียน (Pre-test) เพื่อประเมินพื้นฐานความรู้ของนักศึกษาจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเชิงปฏิบัติจากระบบบัญชีโรงแรม เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ชั่วโมง เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการเรียนการสอน นักศึกษาทำการทดสอบหลังเรียน (Post-test) และตอบแบบสอบถาม 5 หมวด รวบรวมข้อมูลทั้งหมดเพื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อสรุปผลลัพธ์จากแบบสอบถามรายข้อและรายหมวด ใช้ สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-Rank Test สำหรับเปรียบเทียบคะแนน Pre-test และ Post-test เนื่องจากขนาดตัวอย่างมีจำนวนน้อย (n = 14) และไม่สามารถสมมติให้ข้อมูลกระจายปกติได้ รายงาน ขนาดอำนาจผล (Effect size, r) ควบคู่กับค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อสะท้อนความแรงของผลการเรียนรู้ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วย Cronbach’s Alpha ทั้งในภาพรวมและรายหมวด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามวัดทัศนคติและความพึงพอใจในการเรียนที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้งด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถามตามกรอบแนวคิด และทำการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha) จากผลการตอบกลับของนักศึกษา 14 คน พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูงถึงยอดเยี่ยมทั้งในรายหมวดและรวมฉบับ ดังนี้

หมวดที่ 1 ความเข้าใจเนื้อหา = 0.936
หมวดที่ 2 ทักษะการคิดวิเคราะห์ = 0.864
หมวดที่ 3 ความมีส่วนร่วมในการเรียน = 0.883
หมวดที่ 4 ความพึงพอใจต่อวิธีการสอน = 0.909
หมวดที่ 5 ความเชื่อมั่นในการนำไปใช้จริง = 0.910
รวมฉบับทั้งหมด = 0.971

ตามเกณฑ์การตีความของ George และ Mallery (2003) ที่ระบุว่าค่า Cronbach’s Alpha มากกว่า 0.90 ถือว่าอยู่ในระดับ ยอดเยี่ยม (Excellent) และหากอยู่ระหว่าง 0.80–0.89 ถือว่าอยู่ในระดับ ดีมาก (Good) ดังนั้นแบบสอบถามฉบับนี้จึงมีความน่าเชื่อถือสูง เหมาะสมที่จะใช้เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเชิงปฏิบัติจากระบบบัญชีโรงแรมส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยหลังเรียน (Post-test) สูง

กว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน (Pre-test) อย่างเด่นชัด ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าวิธีการสอนที่ผสมผสานการใช้ระบบบัญชีโรงแรมจริง เช่น การบันทึกข้อมูลในระบบ PMS และ POS รวมทั้งการจัดทำงบกำไรขาดทุนแยกตามแผนกและงบประมาณเงินสด มีส่วนช่วยยกระดับความเข้าใจของผู้เรียนทั้งด้านทฤษฎีและการปฏิบัติจริง ผลดังกล่าวสอดคล้องในเชิงแนวคิดกับ Harris[1] ซึ่งเสนอการจัดการเรียนรู้บัญชีและการเงินสำหรับธุรกิจบริการผ่านสถานการณ์ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนประยุกต์ความรู้และตัดสินใจในบริบทใกล้เคียงการปฏิบัติงานจริง

ในส่วนของทัศนคติและความพึงพอใจของนักศึกษา ผลการวิเคราะห์จากแบบสอบถาม 5 หมวด ($n = 14$) พบว่ามีค่าเฉลี่ยรวมทั้งฉบับอยู่ในระดับสูงมาก ($M = 4.40$ จาก 5) โดยหมวดที่ได้รับคะแนนสูงที่สุดคือ ความพึงพอใจต่อวิธีการสอน ($M = 4.60$, $SD = 0.55$) รองลงมาคือ ความเข้าใจเนื้อหา ($M = 4.56$, $SD = 0.54$) ส่วนหมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ทักษะการคิดวิเคราะห์ ($M = 4.35$, $SD = 0.58$) แต่ยังคงอยู่ในระดับสูง ผลลัพธ์นี้แสดงว่านักศึกษาไม่เพียงมีความเข้าใจที่ลึกซึ้งในเนื้อหาวิชา แต่ยังมีเจตคติที่ดีและพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการปฏิบัติจริง

การวิเคราะห์เพิ่มเติมสะท้อนว่านักศึกษามีความตระหนักด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในกระบวนการเรียนรู้ โดยมองว่าการใช้ระบบบัญชีโรงแรมช่วยเสริมสร้างความเข้าใจต่อการจัดการทรัพยากรและความยั่งยืนในธุรกิจการบริการ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Chan และ Hsu[4] ที่ระบุว่าการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในธุรกิจโรงแรมช่วยสร้างเจตคติที่ดีให้กับผู้เรียนและบุคลากร และสอดคล้องกับ Deale และ Barber[5] ที่เสนอว่าประเด็นความยั่งยืนและสิ่งแวดล้อมควรได้รับการบูรณาการอย่างมีนัยสำคัญในหลักสูตร hospitality

โดยสรุป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีขึ้น มีความเข้าใจเนื้อหา ทักษะการคิดวิเคราะห์ ความมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ และความเชื่อมั่นในการนำไปใช้จริงในระดับสูงถึงสูงมาก การจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเชิงปฏิบัติจากระบบบัญชีโรงแรมจึงเป็นแนวทางการสอนที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb[2] ที่เน้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง และสนับสนุนผลการวิจัยของ Herreid[6] ที่ชี้ว่าการใช้กรณีศึกษาช่วยเสริมสร้างการคิดเชิงวิเคราะห์และการเรียนรู้เชิงลึกของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเชิงปฏิบัติจากระบบบัญชีโรงแรมมีประสิทธิผลต่อการยกระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและส่งเสริมทัศนคติด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของนักศึกษาในรายวิชา รายวิชาการบัญชีและการเงินสำหรับธุรกิจการบริการและการโรงแรม โดยคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าวิธีการเรียนรู้ดังกล่าวช่วยเพิ่มความเข้าใจในเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ทั้งยังสร้างแรงจูงใจและความสนใจต่อการเรียนรู้

ในส่วนของทัศนคติและความพึงพอใจ นักศึกษามีผลการประเมินอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก โดยเฉพาะในด้านความพึงพอใจต่อวิธีการสอน ($M = 4.60$) และความเข้าใจเนื้อหา ($M = 4.56$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้เรียนเห็นคุณค่าของการเรียนรู้ที่ได้ลงมือปฏิบัติจริง อย่างไรก็ตาม หมวดทักษะการคิดวิเคราะห์ได้ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M = 4.35$) แม้อยู่ในระดับสูง แต่สะท้อนความจำเป็นที่จะต้องมีการจัดกิจกรรมเสริมเพื่อพัฒนาในมิตินี้

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ เช่น Herreid[6] และ Kolb[2] ที่เน้นว่าการเรียนรู้จากกรณีศึกษาและการเรียนรู้จากประสบการณ์ช่วยสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์และการเรียนรู้เชิงลึก ตลอดจนงานของ Harris[1] ชี้ให้เห็นคุณค่าของการจัดการเรียนรู้บัญชีและการเงินในธุรกิจบริการที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนประยุกต์ทฤษฎีในสถานการณ์ตัดสินใจ ขณะที่ Chan และ Hsu[4] สังเคราะห์องค์ความรู้ด้านการจัดการสิ่งแวด ล้อมในธุรกิจ hospitality และ Deale และ Barber[5] เน้นความสำคัญของการบูรณาการความยั่งยืนและประเด็นสิ่งแวดล้อมในหลักสูตร hospitality ในบริบทของประเทศไทย ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานศึกษาด้านการจัดการเรียนรู้ในสาขาวิชาการบัญชีที่เน้นการมีส่วนร่วมและการลงมือปฏิบัติ โดยอินทปันตีและคณะ[7] พบว่าการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการชุมชนโดยใช้โครงงานเป็นฐานทำให้นักศึกษาบัญชีมีผลสัมฤทธิ์หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญและมีความพึงพอใจในระดับมาก หอมละออ[8] พบว่าการเรียนแบบเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมกับเทคนิคการโค้ชช่วยให้ผลสัมฤทธิ์หลังเรียนสูงขึ้นและนักศึกษามีความพึงพอใจในระดับมากขณะที่การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมมือเทคนิค STAD[9] พบผลสัมฤทธิ์หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน พฤติกรรมการทำงานกลุ่มอยู่ในระดับดี และความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนข้อค้นพบของการวิจัยครั้งนี้ในประเด็นที่ว่า การเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและลงมือปฏิบัติสามารถส่งเสริมผลสัมฤทธิ์และประสบการณ์การเรียนรู้เชิงบวกได้ ยังยืนยันว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในรายวิชาการบัญชีช่วยเพิ่มทั้งความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่นักศึกษาให้ค่าความพึงพอใจและความมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง

โดยสรุป การใช้กรณีศึกษาเชิงปฏิบัติจากระบบบัญชีโรงแรมมีผลต่อการพัฒนาทั้งด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและทัศนคติในเชิงบวกของนักศึกษาในรายวิชาบัญชีและการเงินสำหรับธุรกิจการบริการและการโรงแรม ซึ่งสะท้อนถึงแนวทางการจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 และสามารถนำไปปรับใช้ในรายวิชาอื่นที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจการบริการในประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. การใช้ระบบบัญชีโรงแรมจริงในชั้นเรียน: อาจารย์ผู้สอนควรนำระบบ PMS และ POS มาประกอบการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาได้ลึกซึ้งขึ้นและสามารถประยุกต์ใช้ได้ในสถานการณ์จริง

2. การเสริมสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์: แม้ว่าผลการวิจัยพบว่านักศึกษามีคะแนนในระดับสูง แต่ยังต่ำกว่าหมวดอื่น จึงควรเพิ่มกิจกรรมที่เน้นการแก้ปัญหาเชิงวิเคราะห์ เช่น การทำโครงงานกรณีศึกษา (Case Project) การวิเคราะห์งบการเงินจำลอง หรือการอภิปรายกลุ่ม เพื่อส่งเสริมทักษะนี้ให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

3. การบูรณาการประเด็นสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ: ควรเชื่อมโยงเนื้อหาบัญชีโรงแรมกับการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เช่น การจัดทำงบประมาณที่คำนึงถึงการใช้พลังงานอย่างยั่งยืน การประเมินต้นทุนสิ่งแวดล้อม หรือการรายงานด้าน ESG เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีและเตรียมความพร้อมสำหรับแนวโน้มธุรกิจบริการที่เน้นความยั่งยืน

4. การสร้างแรงจูงใจและความพึงพอใจของนักศึกษา: ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจต่อวิธีการสอนได้คะแนนสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่านักศึกษาตอบสนองต่อการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ดังนั้นควรคงรูปแบบการสอนเชิง Active Learning และเสริมด้วยการใช้เทคโนโลยี เช่น เกมจำลอง หรือ Simulation-Based Learning

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ขยายกลุ่มตัวอย่าง: ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นจากหลายมหาวิทยาลัย เพื่อเพิ่มความทั่วไปของผลการวิจัย (Generalizability)

2. การเปรียบเทียบวิธีการสอน: ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการสอนแบบดั้งเดิม (Lecture-based) และการสอนด้วยกรณีศึกษาเชิงปฏิบัติ เพื่อประเมินประสิทธิภาพเชิงเปรียบเทียบอย่างชัดเจน

3. การวิจัยระยะยาว (Longitudinal Study): ควรติดตามผลของนักศึกษาในระยะยาว เช่น หลังฝึกงานหรือเข้าสู่การทำงานจริง เพื่อประเมินว่าทักษะและทัศนคติที่ได้รับยังคงอยู่หรือไม่

4. การบูรณาการตัวแปรใหม่: ควรเพิ่มการวัดตัวแปรอื่น ๆ เช่น ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) หรือทักษะดิจิทัล (Digital Literacy) ซึ่งมีความสำคัญต่อสายอาชีพบัญชีและการโรงแรมในยุคดิจิทัล

5. การใช้วิธีวิจัยผสม (Mixed Methods Research): ควรผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือ Focus Group เพื่อได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งด้านสถิติและประสบการณ์ของผู้เรียน

เอกสารอ้างอิง

1. Harris PJ. (1997) A seminar role-play model for hospitality accounting and finance education: development, implementation and evaluation. International Journal of Hospitality Management.;16(1):65–77. doi:10.1016/S0278-4319(96)00047-3.
2. Kolb, D. A. (1984). Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
3. George, D., & Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 4th ed. Boston: Allyn & Bacon.
4. Chan, E. S. W., & Hsu, C. H. C. (2016). Environmental management research in hospitality. International Journal of Contemporary Hospitality Management. ;28(5):886–923. doi:10.1108/IJCHM-02-2015-0076.
5. Deale CS, Barber N. (2012) How important is sustainability education to hospitality programs? Journal of Teaching in Travel & Tourism.;12(2):165–187. doi:10.1080/15313220.2012.678211.
6. Herreid CF. (2011) Case study teaching. New Directions for Teaching and Learning. (128):31–40. doi:10.1002/tl.466..
7. อินทปันตี ภ, สุขหนู พ, จันทรวงศ์ จ, ชัยกิตติกุล ก. (2567) การจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการชุมชนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและทักษะทางวิชาชีพบัญชี.วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์ .;9(2):55– 66.
8. นวพล จำปาจันทร์. (2561). การจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาบัญชี. วารสารวิชาชีพบัญชี, 64(3), 85–98.
9. ทรัพย์สูงเนิน ส, ขาวเหลือง ด, จรัสรวีวัฒน์ ส. (2563) ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมมือเทคนิค STAD สำหรับนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ปีที่ 1 สาขาการบัญชี .e-Journal of Education Studies, Burapha University.;2(2):44–59.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.3 July-September 2025

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อ เบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of Nursing Care Model for Diabetic Patients at Risk of Diabetic Retinopathy at Suwannaphum Hospital, Roi Et Province

(Received: September 26,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

จังกร สุดหลักทอง[1]

Jangkorn Sudlakthong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาประสิทธิภาพ การพัฒนา และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้พัฒนารูปแบบทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตาสำหรับการประเมินผล จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินประสิทธิภาพการดูแล แบบประเมินความต้องการและความจำเป็น แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน และแบบประเมินความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบการคัดกรอง ระบบการดูแลรักษา ระบบการติดตามผล ระบบการสร้างความร่วมมือในชุมชน ระบบสนับสนุนการดำเนินงาน และระบบการประเมินผล ผลการประเมินคุณภาพรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับมากทุกด้าน คะแนนเฉลี่ย 4.68 จาก 5.00 ผลการใช้รูปแบบพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.85 เป็น 3.71 ประสิทธิภาพการดูแลเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.97 เป็น 4.42 ความต้องการและความจำเป็นลดลงจากระดับมากเป็นระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 4.35 เป็น 2.68 ภาวะแทรกซ้อนลดลงจากระดับปานกลางถึงมากเป็นระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 3.73 เป็น 1.87 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.48 จาก 5.00 การทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าตัวแปรทุกด้านมีดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล, เบาหวานขึ้นจอประสาทตา, การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

This research and development study aimed to investigate problems in the effectiveness of diabetic retinopathy care and needs for developing a care model, develop and implement a care model for diabetic patients at risk of diabetic retinopathy, and evaluate the effectiveness of the care model. The sample consisted of 10 multidisciplinary experts for focus group discussions in model development and 30 diabetic patients at risk of diabetic retinopathy for evaluation. Research instruments included focus group discussion guidelines, general information questionnaires, self-care ability assessment forms, care efficiency assessment forms, needs assessment forms, complication records, and satisfaction assessment forms. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test for pre-post comparison.

The results showed that the developed care model comprised six main systems: screening system, care and treatment system, follow-up system, community partnership system, support system, and evaluation system. Quality assessment by experts showed high levels across all aspects with a mean score of 4.68 out of 5.00. Implementation results revealed that self-care ability increased from moderate to high level, with mean scores rising from 2.85 to 3.71. Care efficiency improved from moderate to high level, with mean scores increasing from 2.97 to 4.42. Needs and requirements decreased from high to moderate level, with mean scores declining from 4.35 to 2.68. Complications reduced from moderate-to-high to low level, with mean scores decreasing from 3.73 to 1.87. Satisfaction with the care model was at a high level with a mean score of 4.48 out of 5.00. Statistical testing showed that all variables improved significantly at the .05 level.

Keywords: Care model, Diabetic retinopathy, Nursing

บทนำ

โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนสำคัญของโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียการมองเห็นที่สามารถป้องกันได้ในกลุ่มประชากรวัยทำงาน[1] องค์การเบาหวานนานาชาติรายงานว่าในปี 2021 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจำนวน 537 ล้านคน

[1] โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี 2030 และ 783 ล้านคนในปี 2045[2]

ประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทยพบอัตราการเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตาลดลงจากร้อยละ 6.90 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 6.30 ในปี 2558[3] จากการศึกษาในโรงพยาบาลศิริราชพบอัตราการเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 30.70[4] ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในประเทศไทย ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ระดับ HbA1c และการมีไตเสื่อม[5]

เขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจังหวัดร้อยเอ็ดมีอัตราป่วยเบาหวานต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2560-2564 เท่ากับ 6,888.64, 7,048.82, 7,679.70, 7,894.37 และ 8,197.44 ตามลำดับ[6] ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดในปี 2565-2567 มีการคัดกรองเพียงร้อยละ 65.20, 68.50 และ 71.30 ตามลำดับ จากเป้าหมายร้อยละ 80.00 อำเภอสุวรรณภูมิมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2565-2567 จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเท่ากับ 5,877, 6,213 และ 6,578 คน ตามลำดับ[7] ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตามีอัตราร้อยละ 77.00, 61.15 และ 64.55 ตามลำดับ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยกรอบแนวคิดหลักคือแนวคิด Structure-Process-Outcome ของ Donabedian[8,9] ซึ่งได้รับการยอมรับและนำไปใช้อย่างแพร่หลาย[10]โดยโครงสร้าง (Structure) หมายถึงทรัพยากร บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแล กระบวนการ (Process) คือกิจกรรมการดูแลที่เกิดขึ้นจริง และผลลัพธ์ (Outcome) คือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ปัญหาสำคัญทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ขาดระบบการคัดกรองที่เป็นระบบและต่อเนื่อง การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอ การขาดความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการติดตามประเมินผลที่ไม่มีประสิทธิภาพ[11] รูปแบบเดิมมีปัญหาในการขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน การเข้าถึงบริการที่จำกัด และการขาดการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและชุมชน[12]

จากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตาจึงมีความจำเป็นเร่งด่วน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพการดูแลให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล ตลอดจนเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแล โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร ประกอบด้วย ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ผู้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย แพทย์ จักษุแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และในขั้นตอนประเมินผล ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างขั้นตอนพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ผู้พัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย แพทย์ จักษุแพทย์ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวาน หัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการประเมินผลรูปแบบ ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกด้วยกระบวนการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินประสิทธิภาพการดูแล แบบประเมินความต้องการและความจำเป็น แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน และแบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบและเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

1) การศึกษาปัญหาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแล โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการศึกษาสถานการณ์ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) พบว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในปัจจุบันมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ระบบการคัดกรองที่ไม่เป็นระบบและไม่ครอบคลุม การเข้าถึงบริการที่มีข้อจำกัดด้านระยะทางและเวลา การขาดความต่อเนื่องในการติดตามผู้ป่วย อัตราการพลาดนัดที่สูง การขาดระบบการให้คำปรึกษาที่เป็นระบบ และภาระงานของบุคลากรที่เพิ่มขึ้นจากการขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยา ในขณะที่ผู้รับบริการและบุคลากรมีความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลครอบคลุม 5 ด้านหลัก ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การสื่อสารและการให้ข้อมูล การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษา และการติดตามและประเมินผลการดูแล

2) การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

2.1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ระบบหลัก ได้แก่ 1) ระบบการคัดกรอง 2) ระบบการดูแลรักษา 3) ระบบการติดตามผล 4) ระบบการสร้างความร่วมมือในชุมชน 5) ระบบสนับสนุนการดำเนินงาน (Support System) และ 6) ระบบการประเมินผลรูปแบบการดูแล (Evaluation System)

2.2) การพัฒนารูปแบบ (Development) ในระยะการพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบ โดยเริ่มจากการจัดตั้งทีมพัฒนารูปแบบประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือและแบบฟอร์มต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลทั้ง 6 ระบบ ผลการประเมินคุณภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 10 ท่าน พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 4.68 (S.D. = 0.47)

2.3) การนำรูปแบบไปใช้ (Implementation) ในระยะการนำรูปแบบไปใช้ (Implementation) ผู้วิจัยได้ดำเนินการนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาเสร็จแล้วไปใช้งานจริงกับกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 5 เดือน ผลการดำเนินงานพบว่ารูปแบบการดูแลสามารถนำไปใช้ได้จริงและได้รับการตอบรับที่ดีจากทั้งผู้ป่วยและบุคลากร

2.4) รูปแบบขั้นสมบูรณ์ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ระบบหลักที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยระบบที่ 1 การคัดกรอง ระบบที่ 2 การดูแลรักษา ระบบที่ 3 การติดตามผล ระบบที่ 4 การสร้างความร่วมมือในชุมชน ระบบที่ 5 ระบบสนับสนุนการดำเนินงาน และระบบที่ 6 การประเมินผลรูปแบบการดูแล

3) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

3.1) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบการดูแล โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.33 อายุเฉลี่ย 59.43 ปี (S.D. = 7.85) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.67 การศึกษาพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 86.67 รองลงมาคือ มีรายได้เฉลี่ย 10,866.67 บาทต่อเดือน (S.D. = 5,234.28) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 63.33

3.2) การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 2.85 ± 0.68 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.71 ± 0.62 คะแนน อยู่ในระดับมาก

3.3) การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน มีการรับรู้ประสิทธิภาพการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 2.97 ± 0.72 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า การรับรู้ประสิทธิภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.42 ± 0.48 คะแนน อยู่ในระดับมาก

3.4) การเปรียบเทียบความต้องการและความจำเป็นในการดูแลของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน มีความต้องการและความจำเป็นในการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 4.35 ± 0.58 คะแนน อยู่ในระดับมาก ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า ความต้องการและความจำเป็นในการดูแลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 2.68 ± 0.64 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง

3.5) การเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน มีภาวะแทรกซ้อน มีคะแนนเฉลี่ย 3.73 ± 1.62 คะแนน จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า ภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 1.87 ± 1.28 คะแนน จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน อยู่ในระดับน้อย

3.6) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 30 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 4.48 (S.D. = 0.42)

3.7) การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเอง ประสิทธิภาพการดูแล ความต้องการและความจำเป็น และภาวะแทรกซ้อนในภาพรวมของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -6.95, 95%CI: -1.11 ถึง -0.61, p-value <0.001) ด้านประสิทธิภาพการดูแล พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนประสิทธิภาพการดูแลเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -12.48, 95%CI: -1.68 ถึง -1.22, p-value <0.001) ด้านความต้องการและความจำเป็น พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนความต้องการและความจำเป็นเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 14.73, 95%CI: 1.44 ถึง 1.90, p-value <0.001) ด้านภาวะแทรกซ้อน ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 7.24, 95%CI: 1.33 ถึง 2.39, p-value <0.001)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลสุวรรณภูมิมีปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาหลายประการ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตามีอัตราการคัดกรองที่ไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการตรวจคัดกรองตามที่ควร[13] และผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจคัดกรองจอประสาทตา ทำให้มีอัตราการพลาดนัดสูงและมาตรวจเมื่อมีอาการผิดปกติแล้ว[14] การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นโดยใช้ Priority Needs Index แบบปรับปรุงพบว่า มีความต้องการที่มีค่าสูงกว่า 0.20 จำนวนห้าประเด็นหลัก ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การสื่อสารและการให้ข้อมูล การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษา และการติดตามและประเมินผลการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความต้องการได้รับความรู้และการสนับสนุนในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง และระบบการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเข้าใจง่ายและสามารถเข้าถึงได้โดยไม่จำกัดเวลาและสถานที่[15,16] จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ปัญหาหลักเกิดจาก ข้อจำกัดด้านระยะทางและเวลาในการเดินทางมารับบริการ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง และระบบการติดตามที่ไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ประกอบด้วยปัญหาด้านการเดินทาง ระยะเวลารอคอยที่นานและการขาดแคลนจักษุแพทย์ ตลอดจนข้อจำกัดด้านเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง [17,18] ผลการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะการพัฒนาระบบการคัดกรองเชิงรุกที่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง การสร้างสื่อการศึกษาที่เข้าใจง่าย

และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย การจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาที่มีช่องทางหลากหลาย และการพัฒนาระบบติดตามที่เป็นมาตรฐานและใช้เทคโนโลยีสนับสนุน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Chronic Care Model [19]

การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยหกระบบหลักที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยยึดกรอบแนวคิด Structure-Process-Outcome ของ Donabedian การออกแบบรูปแบบในลักษณะนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาโดยใช้หกองค์ประกอบ[13] และแนวคิด Chronic Care Model ซึ่งประกอบด้วยหกองค์ประกอบหลักที่คล้ายคลึงกัน[19] แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงความครอบคลุมและความเชื่อมโยงระหว่างระบบต่างๆ สอดคล้องกับหลักการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานและการศึกษาที่เน้นย้ำว่า การออกแบบแบบผสมผสานระหว่างประสิทธิผลและการดำเนินการต้องผ่านการประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมกับบริบทก่อนการนำไปใช้จริง [20, 21] การนำรูปแบบไปใช้จริง พบว่า รูปแบบสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและได้รับการตอบรับที่ดีจากทั้งผู้ป่วยและบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ความสำเร็จของการนำโปรแกรมคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตามาใช้ในชุมชนขึ้นอยู่กับการเตรียมความพร้อมของบุคลากร การติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงที[16,17] รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นได้บูรณาการทฤษฎีและแนวคิดหลายทฤษฎีเข้าด้วยกัน ได้แก่ กรอบแนวคิด Structure-Process-Outcome ของ Donabedian แนวคิด Chronic Care Model และแนวคิด Quality Improvement การบูรณาการทฤษฎีในลักษณะนี้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการเบาหวานขึ้นจอตาอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยการบูรณาการแนวทางหลายมิติหลายทฤษฎีประกอบกันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ครอบคลุม[15, 22]

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จากผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล พบว่า หลังจากการใช้รูปแบบการดูแล ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลักสามเอสสามารถเพิ่มความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และปรับปรุงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ[15, 20] ความสำเร็จเกิดจากการที่รูปแบบการดูแลมีการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ มีการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และมีการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระบบบริการเพิ่มขึ้นทำให้อัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำในการตรวจตาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและระยะเวลารอคอยในการนัดหมายพบจักษุแพทย์ลดลงอย่างมาก[14,18] การเพิ่มขึ้นของการรับรู้ประสิทธิภาพการดูแลนี้สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพัฒนาเว็บสมาร์ทเอ็นซีดีส์แอปพลิเคชันสามารถให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล ติดตามผลการรักษา และมีระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น[16] และการศึกษาที่พบว่า การนำโปรแกรมคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตามาใช้ในชุมชนปรับปรุงการปฏิบัติตามคำแนะนำในการคัดกรองประจำปีได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากและในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาษาหลักไม่ใช่ภาษาอังกฤษ[17] ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลงและค่าเอชบีเอวันซีลดลง[20] การลดลงของภาวะแทรกซ้อนนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง และได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การนำแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังมาใช้ในการจัดการเบาหวานขึ้นจอตาทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น อัตราการเกิดเบาหวานขึ้นจอตาที่คุกคามการมองเห็นลดลง และการนำผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานลดลง[19] ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมาก โดยความพึงพอใจที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านความเอาใจใส่และการดูแลจากบุคลากร ความรู้ความสามารถและการให้บริการของบุคลากร และการติดตามผลการรักษาและการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพยาบาลที่มีคุณภาพช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความรู้ และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานขึ้น

จอประสาทตาได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ[23, 24] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมคัดกรองและการดูแลอยู่ในระดับสูง[17,18] แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1.Teo ZL, Tham YC, Yu M, Chee ML, Rim TH, Cheung N, et al. Global prevalence of diabetic retinopathy and projection of burden through 2045: Systematic review and meta-analysis. Ophthalmology. 2021;128(11):1580-1591.

2.International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 10th ed. Brussels: IDF; 2021.

3.Euswas N, Phonnopparat N, Morasert K, Thakhampaeng P, Kaewsanit A, Mungthin M, et al. National trends in the prevalence of diabetic retinopathy among Thai patients with type 2 diabetes and its associated factors from 2014 to 2018. PLoS ONE. 2021;16(1):e0245801.

4.กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติสาธารณสุข ประจำปี 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

5.Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes 2017. Bangkok: Rom-Yen LTD; 2017.

6.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7. สถานการณ์โรคเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 7. ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7; 2567.

7.โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. รายงานสถิติผู้ป่วยเบาหวาน ประจำปี 2567. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ; 2567.

8.Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-1748.

9.Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly. 2005;83(4):691-729.

10.McCullough A, Keast H, Loveday K, Winter M, Matthews V. An examination of primary health care nursing service evaluation using the Donabedian model: A systematic review. Research in Nursing & Health. 2023;46(2):165-182.

11.กรรณิกา ตรีคำ, โกสุม บำรุงพันธุ์, วรรณา แจ่มจำรัส. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดควบคุมระดับน้ำตาลยาก ในคลินิกโรคเรื้อรัง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2564;38(3):152-160.

12.Oba N, Barry CD, Gordon SC, Chutipanyaporn N. Development of a nurse-led multidisciplinary based program to improve glycemic control for people with uncontrolled diabetes mellitus in a community hospital, Thailand. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2020;24(3):357-372.

13.อลิสา รัฐวงษา. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา. วารสารสภาการพยาบาล. 2563;35(4):78-92.

14.นิภาพร พวงมี. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(3):142-151.

15.วัชราภรณ์ นาหิกุล, ลำไพร แทนสา, สุรภา พิลาออน. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2567;14(1):23-36.

16.สุตาภัทร ประดับแก้ว. การพัฒนาแบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรอพบแพทย์และรับยาโดยไม่จำเป็น ณ โรงพยาบาลมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(1):67-82.

17.Silva PS, Horton MB, Clary D, Lewis DG, Sun JK, Cavallerano JD, et al. Impact of teleretinal screening program on diabetic retinopathy screening compliance rates in community health centers: A quasi-experimental study. BMC Ophthalmology. 2024;25(1):45-56.

18.Sheppler CR, Lambert WE, Gardiner SK, Becker TM, Mansberger SL. Automated diabetic retinopathy screening at primary care sites improves adherence to ophthalmic care guidelines. Ophthalmology Retina. 2021;5(1):66-74.

19.Thompson AC, Martinez R, Chen L. Mitigating the prevalence of diabetic retinopathy in the United States: Utilization of the chronic care model as a public health framework. Health. 2024;16(5):487-502.

20. ฐญา ธนบดีวิวัฒ, รุจิรา ไชยรงศรี. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self ศูนย์สุขภาพชุมชนชำสูง อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;8(1):72-92.

21.Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM, Stetler C. Effectiveness-implementation hybrid designs: Combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. Medical Care. 2020;50(3):217-226.

22.Wong TY, Sabanayagam C. Diabetic retinopathy: Looking forward to 2030. Frontiers in Endocrinology. 2023;13:1077541.

23.นิภาพร พวงมี, กรรณิการ์ คำเตียม, สุภเลิศ ประคุณหังสิต. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาที่มีภาวะจุดภาพชัดบวมและภาวะแทรกซ้อนความดันตาสูง กรณีศึกษา. วารสารพยาบาลทหารบก. 2566;24(1):89-102.

24.ปราณีต ใจใหญ่. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาด้วยลำแสงเลเซอร์ กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(2):67-79.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน : กรณีศึกษาตำบลแวงใหญ่ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

Developing the Capacity of Village Health Volunteers in Providing Diabetes Care : A Case Study of Waeng Yai Subdistrict, Waeng Yai District, Khon Kaen Province.

(Received: September 26,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

อรุณี ขันขวา[1]
Arunee Khankhwa[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ตำบลแวงใหญ่ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. จำนวน 112 คน ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยเฉพาะ ครอบคลุมด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะในระดับปานกลางถึงดี โดยร้อยละ 60 มีความรู้และทักษะระดับมาก สามารถอธิบายสาเหตุของโรค แนวทางการควบคุมระดับน้ำตาล การปฏิบัติตนของผู้ป่วย และการใช้เครื่องตรวจน้ำตาลได้ถูกต้อง ร้อยละ 30 มีความรู้ระดับปานกลาง และร้อยละ 10 มีความรู้ระดับน้อย มักเป็นกลุ่มที่ไม่เคยผ่านการอบรม ด้านทักษะ อสม. ส่วนใหญ่สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้น ติดตามผลสุขภาพ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลเรื้อรังหรืออาการจากน้ำตาลต่ำ อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดด้านการพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง โดยร้อยละ 42.86 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ : เบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ศักยภาพ การดูแลสุขภาพชุมชน การส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

Diabetes is a major public health concern in Thailand, with prevalence increasing from 8.9% in 2014 to 9.5% in 2020. Over 5 million people are affected, and 43.2% are unable to maintain target blood glucose levels. Village Health Volunteers (VHVs) play a critical role in community health care as part of the “3 Doctors” concept, where VHVs are considered the first and closest provider to the people. This descriptive study aimed to assess the potential of VHVs in caring for diabetic patients in Wang Yai Sub-district, Wang Yai District, Khon Kaen Province. A total of 112 VHVs participated in the study. Data were collected between October 2024 and May 2025 using a structured questionnaire focusing on knowledge, skills, and behaviors related to diabetes care. Descriptive statistics were used for data analysis.

The findings revealed that most VHVs had moderate to high levels of knowledge and skills. Sixty percent demonstrated strong understanding of diabetes causes, blood sugar control, appropriate patient self-care, and correct use of basic tools such as fingertip glucose monitors. Thirty percent had moderate knowledge, while ten percent had limited understanding, typically due to lack of training or experience. In terms of skills, VHVs were generally capable of providing basic health advice, monitoring common complications such as foot ulcers and hypoglycemia symptoms, and conducting regular follow-ups. However, 42.86% of VHVs had never received formal training on diabetes care, indicating a gap in continuous capacity development.

Keywords : Diabetes Mellitus Village Health Volunteers (VHVs) Potential Community Health Care Health Promotion

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแวงใหญ่ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศ ให้โรคเบาหวาน เป็นโรคที่มีอัตราป่วยเพิ่ม ขึ้นมากในทุกประเทศและพบในทุกกลุ่มอายุประมาณร้อยละ 2.8 ในปี ค.ศ.2000 พบว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วย มีอัตราเพิ่มขึ้นจากประมาณ 171 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2000 คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 366 ล้านคนในปีค.ศ. 2030 หรือประมาณสองเท่าและในประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 150[1] โรคเบาหวานเป็นโรคที่ก่ออันตรายต่อสุขภาพเรื้อรังและทำให้เสียชีวิต พบว่ามีอัตราการเสียของประชากรทั่วโลกที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีมากถึง 8,700 คนต่อวันหรือในทุกนาที จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานถึง 6 คน องค์การอนามัยโลก จึงจัดโครงการ “Diabetes action now” ในปี ค.ศ. 2003 โดยให้มุ่งเน้นไปที่การสร้างความตระหนักให้ประชาชนรู้จักเฝ้าระวังและลดอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน และที่สำคัญคือการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน[2] สถานการณ์ของโรคเบาหวาน จากการรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ ในปี ค.ศ.2021 (พ.ศ. 2564) พบว่ามีประชากร 537 ล้านคนทั่วโลก หรือร้อยละ 10.5 ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวาน และคาดว่าจำนวนจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 643 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) และ 783 ล้านคนในปี ค.ศ. 2045 (พ.ศ. 2588) ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากการสำรวจความชุกของเบาหวานในประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป พบความชุกร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3] และจากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 643 ล้านคนในปี 2573 (WHO, 2023) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 5 ล้านคน ความชุกร้อยละ 8.9 ของประชากรไทย และพบว่าร้อยละ 43.2 ของผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย[4] แม้ว่าจะพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากเดิมอัตราที่13.2 คน เป็น 10.6 คนต่อประชากรแสนคน ทั้งนี้เนื่องมาจากประสิทธิภาพการรักษาและมีการเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่สูงขึ้น[5]

การดูแลสุขภาพถือเป็นภารกิจร่วมกันของคน ในชุมชนได้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่องค์กรชุมชนและประชาชน มุ่งเน้นที่กระบวนการให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันจากประสบการณ์ตรง และใช้ความรู้ทาง วิชาการจากชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงหรือผู้ให้การสนับสนุน ตามความจำเป็นและความต้องการของชุมชน และมีการศึกษาบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีหน้าที่ร่วมศึกษาข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง รับรู้ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยและตรวจคัดกรองประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติในผู้ป่วยและประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหา ร่วมผลักดันและพัฒนาข้อตกลงหรือนโยบายสาธารณะของพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยและประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้พบว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขกับการสร้างเสริมสุขภาพ กล่าวคือ การศึกษาข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ร่วมแสดงความคิดเห็นในเวทีต่างๆเช่น เวทีประชาคม เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีสรุปบทเรียน ร่วมรับรู้ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมเป็นทีมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพชุมชน เป็นแกนนำ และร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร ประสานความร่วมมือกับองค์กรภาคีที่

เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของชุมชนร่วมจัดทำแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพชุมชน[6]

ในประเทศไทยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ได้จัดให้มีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (Village health volunteer)หรือ อสม. ซึ่งเป็นประชาชนที่ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ เข้มแข็ง มีคุณภาพ ทั่วถึง ยั่งยืนและบรรลุเป้าหมาย ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน หรือคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ การประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น เน้นการเสริมสร้างสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม มุ่งให้เกิดผลลัพธ์กับประชาชนทั้งด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต เน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดขึ้นมาโดยมี เป้าหมายและเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่เป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งแสดงให้เห็นลักษณะของการร่วมมือ และร่วมแรงร่วมใจระหว่าง หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อสม. เป็นหมอใกล้ตัวในชุมชน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือบุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ หมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือแพทย์ในโรงพยาบาล รับการส่งต่อ เป็นการประสานการทำงานในการดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งต่อรักษาในโรคซับซ้อนยุ่งยาก โครงการนี้เหมาะสำหรับการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาเบาหวานที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเน้นความสำคัญที่หมอ คนที่ 1 คือ อสม. เป็นหมอใกล้ตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สุดในชุมชน ซึ่งบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยเฉพาะ อสม. ที่ได้ผ่านการพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะของ ในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพนี้ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเรื่องการวัดระดับน้ำตาล การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และการให้คำแนะนำด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมส่งผลให้ อสม. มีความมั่นใจและสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งการดูแลสุขภาพถือเป็นภารกิจร่วมกันของคน ในชุมชนได้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่องค์กรชุมชนและประชาชน มุ่งเน้นที่กระบวนการให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันจากประสบการณ์ตรง และใช้ความรู้ทางวิชาการจากชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงหรือผู้ให้การสนับสนุน ตามความจำเป็นและความต้องการของชุมชน[7]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรสาธารณสุขภาคประชาชนที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน การเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเบาหวานชุมชน อสม. ในพื้นที่อำเภอแวงใหญ่ มีศักยภาพในด้านต่างๆ เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล แต่ยังพบปัญหาหลายประการที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน เช่น ขาดความรู้และทักษะเฉพาะด้าน อสม. บางส่วนยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เช่น การควบคุมระดับน้ำตาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการให้คำแนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพ ความตระหนักของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางส่วนในชุมชนยังขาดความตระหนักในการควบคุมโรคและการปฏิบัติตามคำแนะนำจาก อสม.[8]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับชุมชน ในพื้นที่ตำบลแวงใหญ่ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาการเฝ้าระวังโรคเบาหวานในชุมชนได้อย่างเหมาะสม และนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีความจำเป็นในการศึกษา การวิจัยเรื่องศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับชุมชน เนื่องจาก อสม. มีความเข้าใจปัญหาเฉพาะในพื้นที่ การศึกษาช่วยให้เข้าใจปัญหาและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยเบาหวานและ อสม. ในอำเภอแวงใหญ่ การประเมินศักยภาพและพัฒนาทักษะของ อสม. การพัฒนาความรู้และทักษะเฉพาะด้าน เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และลดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ การเพิ่มประสิทธิภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยลดภาระของโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับชุมชน ในพื้นที่ตำบลแวงใหญ่ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ/แรงจูงใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ อสม. ในเขตตำบลแวงใหญ่ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งสิ้น 112 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ Yamane[9] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 90 คน วิธีการคัดเลือกใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่และมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี

เครื่องมือวิจัย ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1.ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ และการอบรมที่เกี่ยวข้อง

2.แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เช่น สาเหตุ อาการ การควบคุมระดับน้ำตาล และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3.แบบสอบถามทักษะการปฏิบัติงาน ทัศนคติ และแรงจูงใจ โดยใช้มาตรประมาณค่า 3 ระดับ (Likert Scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทำโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC > 0.8) และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี Cronbach's Alpha ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์มากกว่า 0.80 แสดงว่าเครื่องมือมีความเที่ยงเชื่อถือได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และขอความร่วมมือ อสม. กลุ่มตัวอย่าง ก่อนแจกแบบสอบถามพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และการรักษาความลับของข้อมูล กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองภายในระยะเวลา 20 วัน จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้ ทักษะ และทัศนคติ/แรงจูงใจของ อสม.

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยยึดหลักเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายข้อมูลอย่างเพียงพอ มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและรายงานในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม อสม. ส่วนใหญ่อายุ 30–40 ปี รองลงมา 41–50 ปี และน้อยกว่า 30 ปี สะท้อนความหลากหลายด้านวัยที่ช่วยเสริมการทำงานร่วมกัน เพศหญิงมีสัดส่วนมากกว่าชาย สะท้อนบทบาทสำคัญของผู้หญิงในงานสุขภาพชุมชนระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรี รองลงมาคือ ปวส. และ ม.ปลาย บ่งชี้ศักยภาพในการเรียนรู้และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ อาชีพหลักคือเกษตรกรรม รองลงมารับจ้าง ค้าขาย และอาชีพอิสระ ทำให้มีมุมมองและวิธีการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย ประสบการณ์ทำงาน อสม. ส่วนใหญ่เกิน 10 ปี แสดงถึงความเชี่ยวชาญและทักษะการดูแลผู้ป่วยกว่าครึ่งหนึ่งเคยได้รับการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แต่อีกส่วนหนึ่งยังขาดโอกาสพัฒนาทักษะ

ส่วนที่ 2 ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวม อสม. มีความรู้และทักษะในระดับ ปานกลางถึงสูง มีความโดดเด่นด้านการให้คำแนะนำเรื่องอาหาร การดูแลสุขภาพเท้า การใช้เครื่องมือวัดระดับน้ำตาล และการป้องกันโรคแทรกซ้อน จุดที่ยังควรพัฒนา ได้แก่ ความแม่นยำในการสังเกตอาการแทรกซ้อน การติดตามผลระยะยาว และการให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิต

ส่วนที่ 3 ทักษะการปฏิบัติงาน ทัศนคติ และแรงจูงใจ อสม. ส่วนใหญ่มีทักษะการปฏิบัติงานที่ดีในด้านการควบคุมระดับน้ำตาล การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ และการติดตามผลการรักษา แม้บางส่วนยังต้องการการอบรมเพิ่มเติมในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ ด้านทัศนคติและแรงจูงใจ พบว่า อสม. ตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทในการป้องกันโรคแทรกซ้อน ภูมิใจในงานที่ทำ และพร้อมเรียนรู้เทคนิคใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เห็นว่าการพัฒนาตนเองจะเป็นประโยชน์ต่อชุมชน และต้องการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

สรุปโดยรวม อสม. ในตำบลแวงใหญ่มีศักยภาพค่อนข้างดีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ แต่ยังมีบางประเด็นที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม โดยเฉพาะการติดตามผลระยะยาว การจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อน และการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วย

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของ อสม. ในการเป็นกลไกหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเบาหวาน การที่ อสม. มีประสบการณ์ตรงในการเฝ้าระวัง ดูแล และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้มีความมั่นใจและทักษะในการปฏิบัติงานที่เหมาะสม

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น งานวิจัยของ นฤมล สายสมร และคณะ[10] ที่พบว่า อสม. ในบางพื้นที่ยังมีข้อจำกัดด้านความรู้เฉพาะทาง ก็สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องมีการจัดกิจกรรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การตีความผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่เอื้อต่อศักยภาพของ อสม. ได้แก่ ประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ ความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การพึ่งพาความรู้จากประสบการณ์เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ

เนื่องจากโรคเบาหวานมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงตามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและแนวทางการรักษาที่พัฒนาอยู่เสมอ

ทั้งนี้ ผลการวิจัยยังมีข้อจำกัด เช่น การเก็บข้อมูลเฉพาะในพื้นที่เดียว (ตำบลแวงใหญ่) อาจไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของ อสม. ในพื้นที่อื่นได้ อีกทั้งการใช้แบบสอบถามอาจมีข้อจำกัดด้านความเที่ยงตรงจากความเห็นส่วนบุคคลของผู้ตอบ ซึ่งอาจมีอคติหรือความเกรงใจต่อผู้วิจัย

จากผลการวิจัย จึงเสนอแนะว่า ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเสริมความรู้ด้านโรคเบาหวานและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการพัฒนาทักษะใหม่ ๆ เช่น การใช้เทคโนโลยีติดตามสุขภาพผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลสุขภาพผ่านระบบดิจิทัล และการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมในอนาคตที่ครอบคลุมหลายพื้นที่ และใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่ เพื่อให้เข้าใจปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อศักยภาพของ อสม. อย่างแท้จริง[11]

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ศึกษามีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยส่วนใหญ่สามารถให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ การใช้เครื่องมือพื้นฐาน เช่น เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อศักยภาพของ อสม. ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน การมีส่วนร่วมในการอบรม และความร่วมมือจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านการขาดการอบรมต่อเนื่องและการเข้าถึงองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ซึ่งอาจกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1. การพัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านโรคเบาหวาน การใช้เครื่องมือสุขภาพ และแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย

2. การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการทำงาน ส่งเสริมการนำระบบดิจิทัลมาช่วยบันทึกและติดตามสุขภาพผู้ป่วย เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพหรือฐานข้อมูลออนไลน์ เพื่อให้ อสม. สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับบุคลากรทางการแพทย์ได้รวดเร็ว

3. การทำงานแบบบูรณาการร่วมกับบุคลากรสุขภาพ ควรสนับสนุนให้ อสม. ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักโภชนาการ และแพทย์ เพื่อเพิ่มความรอบด้านในการดูแลผู้ป่วย

4. การเสริมสร้างแรงจูงใจและความยั่งยืน ภาครัฐควรให้การสนับสนุนด้านสิทธิประโยชน์ ค่าตอบแทน หรือรางวัลเชิงสัญลักษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ อสม. ปฏิบัติงานต่อเนื่องอย่างเต็มประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมที่ครอบคลุมหลายพื้นที่เพื่อเปรียบเทียบศักยภาพของ อสม. ในบริบทที่แตกต่างกัน รวมถึงการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงลึกด้านทัศนคติ แรงจูงใจ และอุปสรรคในการทำงานของ อสม. นอกจากนี้ ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนา อสม. ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีและการทำงานแบบบูรณาการ เพื่อสร้างโมเดลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระดับชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณผู้ที่ให้คำแนะนำและสนับสนุนการทำวิจัยฉบับนี้ โดยเฉพาะนายแพทย์สารสิน กิตติโพวานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รวมถึงคณะกรรมการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยตรวจสอบ

เครื่องมือวิจัย หน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และครอบครัวเพื่อนร่วมงานที่ให้กำลังใจ ข้าพเจ้าขออุทิศผลงานนี้เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขชุมชนและเสริมศักยภาพของอสม.ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Adam JM, Tarigan NP.Comparison of The World Health Organization (WHO) two-step strategy and OGTT for diabetes mellitus screening.Acta Med Indones 2004;363-7.
2. Hangan P, Dall T, Nikolov P. Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2003. American Diabetes Association 2003;26917-932.
3. กานต์ เวชอภิกุล (2566). วันเบาหวานโลก World Diabetes Day คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ https//shorturl.asia/Ggc5x.
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการจัดการโรคเบาหวานในระดับชุมชน. นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข.
5. ภาวนา กีรติยุตวงศ์,สมจิต หนุเจริญกุล. การติดตามประสิทธิภาพในระยะยาวของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์รามาธิบดี.2010; 16(2)293 – 305.
6. ขนิษฐา นันทบุตร. สุขภาพชุมชน จากแนวคิดสู่ปฏิบัติการ. นนทบุรี สถาบันวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชนสภาการพยาบาล; 2550.
7. กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือการฝึกอบรม อสม. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน. กรุงเทพฯ สำนักอนามัยการป้องกันและควบคุมโรค กรมควบคุมโรค.
8. สถาบันพระปกเกล้า. (2564). แนวทางการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน.
นนทบุรี สถาบันพระปกเกล้า.9. วิชาญ รัตนานนท์ และคณะ. (2562). การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. และการป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารวิชาการการสาธารณสุข, 26(3), 130-138.
10. นฤมล ทองงาม. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
11. วรพรรณ วัชรานนท์. (2563). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 25(1), 98-107.

การพัฒนารูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

Development of an Operational Framework for Implementing the 'Universal Health Coverage 30-Baht Co-Payment Policy via Single Identity Card in Ubon Ratchathani Provincial Health Network.

(Received: September 26,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

พิทักษ์ ทองทวน[1] ประภัสสร ศันสนะพิทยากร[1] สุคนธา ไพเราะ[1]
Pitak Tongtuan[1] Prapassorn Sansanaphitthayakorn[1] Sukontha Pairor[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการ สร้างและพัฒนาทดลองใช้และประเมินและปรับปรุงและเผยแพร่รูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการตั้งแต่เดือนระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2567-มิถุนายน 2568 กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และองค์กรเอกชน 600 คน กลุ่มผู้รับบริการ 5 คน กลุ่มผู้ให้บริการ 5 คน และกลุ่มผู้บริหาร 3 คน จำนวน 13 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง และผู้เชี่ยวชาญ 9 คน เก็บรวบรวมข้อมูลดดยใช้แบบบสอบถาม แบบบันทึก และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความต้องการบริการสุขภาพภายใต้นโยบาย "30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" พบว่า ความต้องการอันดับแรก คือ ด้านการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Disease Care) และอันดับรองลงมาคือ ด้านบริการแพทย์แผนไทยและกายภาพบำบัด นโยบายนี้ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง แต่ยังพบปัญหาด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ยังไม่เชื่อมโยงข้อมูลแบบเรียลไทม์ 2) รูปแบบฯ หลังการปรับปรุงพบว่า ประกอบด้วย 8 ขั้น คือ (1) การแปลงนโยบายสู่แผนปฏิบัติ (2) การจัดสรรทรัพยากร (3) การสื่อสารและเผยแพร่ (4) การติดตาม ตรวจสอบและรายงาน (5) การประเมินผล (7) การปรับปรุงและขยายผล (8)การตั้งคำถามอย่างสร้างสรรค์ (Appreciative Inquiry; AI) และความเหมาะสม และความสอดคล้อง โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และ3) พบความก้าวหน้าสูงในการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ โดยโรงพยาบาลทั้ง 26 แห่ง และหน่วยบริการเครือข่าย 366 แห่ง สามารถดำเนินการลงทะเบียน สอน. บัดดี้ ได้ครบถ้วน 100.0% ในขณะที่การเชื่อมประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) ทำได้ครบ 100.0% นอกจากนี้ยังมีการให้บริการดิจิทัลที่มีปริมาณมาก เช่น การยืนยันตัวตนประชาชนที่มี Health ID จำนวน 862,023 คน และการให้บริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ถึง 95,802 ครั้ง อย่างไรก็ตามผลการประเมินชี้ให้เห็นว่าความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ยังอยู่ในระดับสูงถึง 100.0% ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการแก้ไขควบคู่ไปกับการขยายผลการบริการ ลงทะเบียนและสอนบัดดี้ครบ 100% การเชื่อมต่อ EHR ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็น 100.0% ขณะเดียวกันการให้บริการดิจิทัลมีปริมาณสูงการยืนยันตัวตนผู้มี Health ID จำนวน 862,023 ราย และการให้บริการแพทย์ทางไกล 95,802 ครั้ง และพบว่า มีความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ยังอยู่ในระดับสูงถึง 100.0% การลงทะเบียนและ สอน.บัดดี้ครบ 100% การเชื่อมต่อ EHR ของโรงพยาบาลครบ 100.0% การยืนยันตัวตนผู้มี Health ID จำนวน 862,023 ราย และการให้บริการแพทย์ทางไกล 95,802 ครั้ง ความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ 100.0% ผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์เชิงบวกด้านประสิทธิภาพการทำงานในระดับปานกลางถึงมากและผลกระทบเชิงลบที่รุนแรงในระดับมากที่สุดโดยเฉพาะด้านภาระงานบุคลากรที่เพิ่มขึ้น ความแออัดภายในสถานพยาบาล และจำนวนผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลศูนย์ แต่ระยะเวลารอคอยรับบริการของผู้ป่วยนอก (OPD) ลดลง เฉลี่ยโดยรวม 50.97 นาที

คำสำคัญ: 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว; การนโยบายไปปฏิบัติ; เครือข่ายสุขภาพ

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

Abstract

This research is classified as Research and Development (R&D). The objectives were to study the current state, identify problems and needs, create and develop, trial, evaluate, refine, and disseminate an implementation model for the "3 0 -Baht Treatment Everywhere with a Single ID Card" policy within the health network of Ubon Ratchathani Province. The study was conducted from November 2024 to June 2025. The target group consisted of 600 individuals, including community leaders, Village Health Volunteers (VHVs), doctors, professional nurses, public health academics, and private organization representatives.Additionally,1 3 purposively selected participants were included, comprising 5 service recipients, 5 service providers, and 3 administrators, along with 9 experts. Data were collected using questionnaires, recording forms, and focus group discussion guides. The data were analyzed using descriptive statistics.

Results: The findings revealed that: 1) The highest service need was for chronic disease care, followed by traditional Thai medicine and physical therapy. A significant implementation barrier was the lack of real-time data integration in the IT systems. 2) The finalized implementation model comprised 8 steps: (1) Translating policy into action plans, (2) Resource allocation, (3) Communication and dissemination, (4) Plan execution, (5) Monitoring, inspection, and reporting, (6) Evaluation, (7) Improvement and scaling up, and (8) Creative questioning using Appreciative Inquiry (AI). The model's overall appropriateness and consistency were rated at the highest level. 3) Implementation progress was significant: 100% of the 26 hospitals and 366 network service units completed registration. Electronic Health Record (EHR) connectivity was achieved at 100%. Digital service utilization was high, with 862,023 citizen verifications using a Health ID and 95,802 Telemedicine consultations. Cybersecurity risks persisted at 100% despite achieving full integration (100%) of mHealth registration and Electronic Health Records (EHR). System adoption included 862,023 Health ID verifications and 95,802 telemedicine sessions. While digital transformation moderately improved operational efficiency, it significantly exacerbated staff workloads and hospital congestion, particularly in tertiary centers. Conversely, the transition successfully streamlined patient flow, reducing average outpatient (OPD) wait times by 50.97 minutes.

Keywords: 30-Baht Treatment Everywhere; Policy Implementation; Health Network.

บทนำ

การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นการจัดการและประสานกิจกรรมเพื่อนำการเปลี่ยนแปลงไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ตามเจตจำนงของนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสำคัญต่อผู้ตัดสินใจนโยบาย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากนโยบาย หน่วยปฏิบัติที่จะได้รับความเชื่อถือไว้วางใจ ความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรและความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศ การนำนโยบายไปปฏิบัติจึงมีความสำคัญเพราะเป็นกระบวนการที่ส่งผลต่อความสำเร็จของนโยบาย[1] แต่จากการสังเคราะห์งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าการนำนโยบายภาครัฐไปปฏิบัติในพื้นที่ที่ผ่านมาพบว่า มักประสบความล้มเหลวเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งแต่ละสาเหตุมีความเชื่อมโยงและส่งผลกระทบซึ่งกัน จำแนกเป็นสี่กลุ่มหลัก คือ กลุ่มแรกเป็นปัญหาด้านการออกแบบนโยบายและการสื่อสาร ซึ่งเกี่ยวข้องกับความไม่สอดคล้องระหว่างนโยบายกับบริบทท้องถิ่นและการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน โดยนโยบายหลายโครงการถูกออกแบบโดยขาดการวิเคราะห์บริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของพื้นที่อย่างลึกซึ้ง อีกทั้งยังขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น ดังเช่นกรณีของนโยบายกองทุนหมู่บ้านของไทยที่ไม่สามารถตอบโจทย์ความต้องการที่แท้จริงของชุมชนเพราะออกแบบจากส่วนกลางโดยขาดการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น[2] นอกจากนี้การสื่อสารที่คลุมเครือก็อาจนำไปสู่การตีความที่ผิดพลาดและการปฏิบัติที่ล่าช้าได้ ตัวอย่างเช่น นโยบายพลังงานหมุนเวียนในเกาหลีใต้ที่ประสบปัญหาจากการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน[3]ด้วยเหตุนี้การออกแบบนโยบายที่ขาดการมีส่วนร่วมและการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพจึงเป็นจุดเริ่มต้นของความล้มเหลว ถัดมาคือ ปัญหาด้านขีดความสามารถและการจัดการของหน่วยงานท้องถิ่น ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการบริหารจัดการของหน่วยงานท้องถิ่น โดยรวมถึงการขาดแคลน

งบประมาณ บุคลากรที่มีทักษะ และระบบติดตามประเมินผล ในเวียดนามพบว่า หน่วยงานท้องถิ่นในชนบทขาดความพร้อมทั้งด้านเงินทุนและความรู้ในการดำเนินนโยบาย[4] ขณะที่โครงการในอินเดียก็พบปัญหาจากการขาดกลไกประเมินผล[5] ยิ่งไปกว่านั้น ปัญหาการทุจริตยังซ้ำเติมให้การจัดการนโยบายแย่ลง ดังกรณีการคอร์รัปชั่นในมาเลเซียที่ทำให้นโยบายลดความยากจนไม่บรรลุเป้าหมาย[6]

โดยสรุปแล้วความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นผลจากการทำงานร่วมกันของหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นนโยบายที่ออกแบบดีแต่ถูกบิดเบือนเพราะการเมืองท้องถิ่น หรือนโยบายที่คำนึงถึงท้องถิ่นแต่ขาดการติดตามผลก็อาจล้มเหลวได้เช่นกัน ดังนั้น การแก้ไขปัญหานี้จึงจำเป็นต้องใช้แนวทางบูรณา ซึ่งรวมถึงการปรับปรุงการออกแบบนโยบาย การเสริมสร้างขีดความสามารถของท้องถิ่น การสร้างกลไกแก้ไขความขัดแย้ง และการลดการแทรกแซงทางการเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนและกลไกตรวจสอบถือเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติตามนโยบายอย่างยั่งยืน[7]

จากการทบทวนเอกสารข้างต้นชี้ให้เห็นถึงของประโยชน์และความสำคัญของนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เป็นหนึ่งในมาตรการด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งออกแบบมาเพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างเท่าเทียม โดยใช้เพียงบัตรประชาชนเป็นหลักฐาน การนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติมีประโยชน์และความสำคัญหลายประการ ทั้งในแง่ของสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม การใช้บัตรประชาชนใบเดียวแทนเอกสารหลายชนิดยังทำให้กระบวนการสะดวกและรวดเร็วขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการเตรียมเอกสาร ประการต่อมานโยบายดังกล่าวช่วยบรรเทาปัญหาด้านเศรษฐกิจของครัวเรือน เพราะเมื่อคนเจ็บป่วยสามารถรักษาได้ในราคาประหยัด ก็ไม่จำเป็นต้องกู้หนี้ยืมสินหรือขายทรัพย์สินเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความยากจน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย นอกจากนี้ การที่ประชาชนมีสุขภาพดียังส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน และช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาว[8]

นอกจากนี้นโยบายนี้ยังส่งเสริมความเป็นธรรมในสังคม เพราะทุกคนได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลเท่ากัน โดยไม่แบ่งแยกสถานะทางสังคมหรือระดับรายได้ อีกทั้งระบบที่ใช้บัตรประชาชนเพียงใบเดียวยังช่วยลดความซับซ้อนและความซ้ำซ้อนของระบบสาธารณสุข ทำให้รัฐบาลสามารถบริหารจัดการงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามแม้นโยบายนี้จะมีข้อดีหลายด้านแต่ก็ต้องมีการพัฒนาต่อยอดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เช่น การเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอ การจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม และการลดปัญหาความล่าช้าในการให้บริการ เพื่อให้ประชาชนได้รับความสะดวกและความพึงพอใจอย่างแท้จริง ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีจึงได้พัฒนารูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่ยังเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยมุ่งลดความเหลื่อมล้ำและสร้างหลักประกันว่าทุกคนจะได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียม ทั้งนี้การปฏิบัติตามนโยบายนี้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นก้าวสำคัญในการสร้างสังคมที่แข็งแรงและเป็นธรรมสำหรับทุกคน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการ สร้างและพัฒนา ทดลองใช้และประเมินและปรับปรุงและเผยแพร่รูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี การ

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยการใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสานซึ่งประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตอบคำถามการวิจัยให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2567-มิถุนายน 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research : R1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี (A: analysis) (เดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2567)

แหล่งข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มเป้าหมาย สำหรับการสำรวจสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังเป็นประชาชนทั่วไป ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และองค์กรเอกชน จำนวน 600 คน ได้มาจากการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) กลุ่มที่ 2 สำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้รับบริการ (ประชาชนทั่วไป) จำนวน 5 คน กลุ่มผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.) จำนวน 5 คน และกลุ่มผู้บริหาร (สสจ., ผอ.โรงพยาบาล, ผู้จัดการสิทธิ) จำนวน 3 คนจำนวน 13 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) แบบสำรวจความต้องการจำเป็น 2) แบบวิเคราะห์เอกสาร และ3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.80 - 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้1) ประสานกับตัวแทนเครือข่าย 13 อำเภอเพื่อนำแบบสอบถามความต้องการจำเป็นให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยตรง แล้วนัดหมายวันรับแบบสอบถามคืน โดยทิ้งระยะเวลาห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์2) ผู้วิจัยได้ติดตามแบบสอบถามคืน พร้อมกับตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พบว่าได้รับแบบสอบถามคืน จำนวน 600 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100.0 และการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามสภาพที่เป็นจริง และความคาดหวังเกี่ยวกับการนำนโยบาย โดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอผล โดยใช้วิธี Modified Priority Needs Index (PNI modified)

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D1) พัฒนาการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว"ไปปฏิบัติ (Design and Development : D) (เดือนมกราคม 2568)

แหล่งข้อมูล กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 ท่าน ที่ตรวจสอบความเหมาะสม และปรับปรุงรูปแบบฯ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ คือ 1) มีประสบการณ์ด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพอย่างน้อย 2 ปี และ 2) ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีไม่น้อยกว่า 3 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) ตารางวิเคราะห์ และสังเคราะห์เนื้อหา 2) สร้างรูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี และคู่มือการใช้รูปแบบและกลไกฯ และ3) แบบประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบและกลไกฯ ที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในช่วง 0.80 - 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการพัฒนารูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี โดยการพัฒนาร่างรูปแบบการนำนโยบาย จัดทำคู่มือการใช้รูปแบบฯ และตรวจสอบคุณภาพเพื่อยืนยันความเหมาะสมของรูปแบบฯ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ และข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสารตำรา และวารสารที่เกี่ยวข้องโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ทำการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้

ได้องค์ประกอบ และขั้นตอนของรูปแบบฯ 2) วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบจากผู้เชี่ยวชาญโดยการหาค่าเฉลี่ย (mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research : R2) เพื่อทดลองใช้รูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี (Implementation: I) (เดือนกุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2568)

แหล่งข้อมูล กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ร่วมวิจัยหรือ“การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวระดับอำเภอ ชุดละ 15 คน จำนวน 25 ชุด จำนวน 375 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินรายงายผลการดำเนินงาน และ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของประชาชน

ขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1) ขั้นเตรียมการ โดย (1) การวางแผน และแต่งตั้งคณะกรรมการการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการ“การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวและพื้นที่มอบหมายหน้าที่และทบทวนรูปแบบการดำเนินงานให้ทีมเข้าใจในแนวทางเดียวกันและร่วมกัน

2) ขั้นตอนการดำเนินงาน จากผลการสังเคราะห์การพัฒนารูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" พบว่าประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประยุกต์ใช้กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ: กรณีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

ขั้นตอน	การประยุกต์ใช้นโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่"
1.การแปลงนโยบายสู่แผนปฏิบัติ	สปสช. กำหนดแนวทางปฏิบัติ เช่น ประกาศหลักเกณฑ์การใช้สิทธิในทุกหน่วยบริการภายใต้ระบบ UCS โดยไม่จำกัดหน่วยบริการประจำ (ไม่ต้องใช้ใบส่งตัว)
2.การจัดสรรทรัพยากร	-พัฒนาและเชื่อมระบบฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ์กับระบบ HDC และ สปสช.
	-จัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) และงบบริการข้ามเขต
	-พัฒนาเจ้าหน้าที่ระบบ IT และเวชระเบียนให้พร้อม
3.การสื่อสารและเผยแพร่	สปสช. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์, สื่อสังคม, ออกคู่มือผู้ให้บริการและประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชน
4.การดำเนินการตามแผน	- เริ่มให้บริการตั้งแต่ปี 2567
	-รพ.สต., โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลสิทธิผ่านเลขบัตรประชาชน
	-ประชาชนสามารถเข้ารับบริการที่ใดก็ได้ในระบบ UCS
5.การติดตาม ตรวจสอบและรายงานผล	-ใช้ระบบ Thai Refer และระบบเชื่อมโยงฐานข้อมูล สปสช.
	-ติดตามจำนวนผู้ใช้สิทธิ์, ปัญหาการให้บริการข้ามเขต
	-ประเมินความพึงพอใจของประชาชน
6.การประเมินผล	-สสจ. รายงานต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
	-ประเมินความพึงพอใจของประชาชน และลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ
7.การปรับปรุงและขยายผล	-พัฒนาระบบ Smart Health Card และแอปพลิเคชัน "เป๋าตัง" เพื่อรองรับ Digital Health ID
	-เชื่อมโยงกับระบบบริการอื่น เช่น Telemedicine และคลินิกอบอุ่น

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (Development : D2) เพื่อประเมินปรับปรุงแก้ไขและเผยแพร่รูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติ (Evaluation: E) (เดือนมิถุนายน 2568)

แหล่งข้อมูล กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 ท่าน ที่ตรวจสอบความเหมาะสม และปรับปรุงรูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แนวคำถามสำหรับการสนทากลุ่ม จำนวน 3 ข้อ

ขั้นตอนการดำเนินงาน การดำเนินการสนทนากลุ่ม มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้ 1) เชิญสมาชิกเข้าห้องที่จัดเตรียมไว้ หากเป็นห้องที่ใหญ่และสมาชิกนั่งห่างกัน อาจต้องมีระบบเสียงเข้ามาช่วยให้การสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่นชัดเจน 2) ติดป้ายชื่อสำหรับสมาชิกทุกคน โดยวางป้ายชื่อไว้ด้านหน้าเพื่อให้สามารถเรียกชื่อกันได้ 3) เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเองและทีมงาน โดยผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) จะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่มในครั้งนั้นด้วย พร้อมทั้งขออนุญาตด้วยว่าจะมีการบันทึกเสียงไว้ด้วย4) สร้างบรรยากาศสร้างความคุ้นเคยและเริ่มคำถามตามลำดับที่เตรียมไว้ 5) เปิดโอกาสให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยพิธีกรต้องคอยกระตุ้นให้สมาชิกได้แสดงความเห็นอย่างทั่วถึง รวมทั้งคอยจำกัดเวลาสำหรับสมาชิกบางรายที่ใช้เวลามากเกินไปในการแสดงความคิดเห็นหรือคอบครอบงำความคิดผู้อื่น และ6) เมื่อได้พูดคุยจนครบประเด็น และถึงเวลาที่ต้องยุติ (ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง) ผู้ดำเนินการสนทนากล่าวยุติการสนทนา กล่าวขอบคุณ และแจกของที่ระลึกแก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิเคราะห์เชิงเนื้อเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการวิเคราะห์เนื้อหาที่ปรากฏในเอกสารหรือบันทึกมากกว่ากระทำกับเนื้อหาที่ซ่อนอยู่ การตีความจะกระทำในอีกขั้นตอนหนึ่งภายหลัง เมื่อผู้วิจัยและคณะจะสรุปข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย โครงร่างการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีใบรับรองเลขที่ SSJ.UB 11.034 ลงวันที่ 29 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1.สภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

1.1 ผลการสำรวจความต้องการด้านบริการสุขภาพของชุมชนในโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จากการสำรวจข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 13 อำเภอ และสุ่มอำเภอละ 1 ตำบล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 600 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง 315 คน (52.5%) อายุเฉลี่ย 47.50 ปี (SD=12.45) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 358 คน (59.7%) สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 338 คน (56.3%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 161 คน (26.6%) เมื่อพิจารณาความต้องการด้านบริการสุขภาพของชุมชนตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว พบว่า ด้านการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีค่าดัชนีความต้องการจำเป็นเป็นอันดับ 1 (PNI (modified) = 0.447) อันดับที่ 2 คือ ด้านบริการแพทย์แผนไทยและกายภาพบำบัด (PNI (modified) = 0.439) อันดับที่ 3 คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ 1 (PNI (modified) = 0.447) อันดับที่ 4 คือ การจัดบริการในชุมชน (PNI(modified) = 0.419) และอันดับที่ 5 คือ ด้านบริการทันตสาธารณสุขในชุมชน (PNI (modified) = 0.417) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ และดัชนีความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพของชุมชนในโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

รายการประเมิน	I; Mean(SD.)	D; mean(SD.)	PNI	อันดับ
1.การเข้าถึงบริการสุขภาพ	4.32(0.88)	3.01(0.72)	0.432	3
2.การจัดบริการในชุมชน	4.27(0.86)	3.01(0.91)	0.419	4
3.บริการทันตสาธารณสุข	4.30(0.86)	3.04(0.94)	0.417	5
4.บริการแพทย์แผนไทยและกายภาพบำบัด	4.31(0.87)	3.00(0.93)	0.439	2
5.การจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	4.29(0.89)	2.96(0.98)	0.447	1

1.2 สรุปผลการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า ประเด็นที่ได้จากการสังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการที่จะต้องนำไปแก้ไขตามลำดับความสำคัญ นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง แต่ยังพบปัญหาในหลายด้าน ทั้งระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ยังไม่เชื่อมโยงข้อมูลแบบเรียลไทม์ ทำให้สิทธิผู้ป่วยไม่ขึ้นและการเบิกจ่ายล่าช้า ภาระงานบุคลากรเพิ่มขึ้นแต่ยังขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากรอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังกระจุกตัวในโรงพยาบาลใหญ่ ทำให้ต้องมีระบบกระจายผู้ป่วยและส่งเสริมหน่วยบริการปฐมภูมิ การสื่อสารและประชาสัมพันธ์สิทธิยังไม่ครอบคลุมและชัดเจน จึงควรพัฒนาการสื่อสารและอบรมบุคลากรควบคู่กับการพัฒนาระบบ IT พร้อมติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงนโยบายให้เหมาะสมและตอบโจทย์ความต้องการของทุกฝ่าย

2.การสร้างและพัฒนารูปแบบฯ พบว่า รูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ไปปฏิบัติ ประกอบด้วยขั้นตอน 7 ขั้น คือ (1) การแปลงนโยบายสู่แผนปฏิบัติ (2) การจัดสรรทรัพยากร (3) การสื่อสารและเผยแพร่ (4) การดำเนินการตามแผน (5)การติดตาม ตรวจสอบและรายงาน (6) การประเมินผล และ (7**)** การปรับปรุงและขยายผล และความเหมาะสม และความสอดคล้อง โดยรวมของทั้ง 5 องค์ประกอบอยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.58,SD.= 0.36) และการสร้างคู่มือรูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

3.ผลการทดลองใช้รูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

3.1 การเชื่อมประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ จากผลการศึกษาการเชื่อมประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลในจังหวัด พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความก้าวหน้าและดำเนินการเชื่อมต่อได้ครบถ้วนในสัดส่วน 100% ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพและความพร้อมของหน่วยบริการด้านสาธารณสุขที่สามารถบูรณาการระบบข้อมูลให้เชื่อมโยงกันอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม ยังมีบางพื้นที่ที่ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน โดยเฉพาะโรงพยาบาลโขงเจียมที่มีการเชื่อมต่อเพียงร้อยละ 50 ของหน่วยบริการทั้งหมด ซึ่งถือเป็นอำเภอที่มีการเชื่อมต่อน้อยที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลเมืองอุบลราชธานีซึ่งมีการเชื่อมต่อร้อยละ 65 และโรงพยาบาลเขื่องในที่มีการเชื่อมต่อร้อยละ 80

3.2 การลงทะเบียน สอน. บัดดี้ ของโรงพยาบาล จากผลการศึกษาตามตารางที่ 6 เรื่อง การลงทะเบียน สอน. บัดดี้ ของโรงพยาบาล พบว่า ภาพรวมของจังหวัดมีความก้าวหน้าสูง เนื่องจากโรงพยาบาลทุกแห่งสามารถดำเนินการลงทะเบียนได้ครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 100 ของเป้าหมายทั้งหมด รวมจำนวน 26 โรงพยาบาล และหน่วยบริการสาธารณสุขในเครือข่ายอีก 366 แห่ง แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือและการบูรณาการของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สามารถขับเคลื่อนตามนโยบายได้สำเร็จในทุกระดับ เมื่อพิจารณาในเชิงเปรียบเทียบ โรงพยาบาลที่มีจำนวนหน่วยบริการ

ลงทะเบียนมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลเขื่องใน (32 แห่ง) และโรงพยาบาลเมืองอุบลราชธานี (30 แห่ง) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีจำนวน รพ.สต. ในความรับผิดชอบมาก ส่งผลให้มีภารกิจการลงทะเบียนสูงกว่าพื้นที่อื่น ขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น โรงพยาบาลนาเยีย ดอนมดแดง ตาลสุม น้ำขุ่น สิรินธร และเหล่าเสือโก้ก มีจำนวนหน่วยบริการลงทะเบียนน้อยที่สุด (ประมาณ 6–7 แห่ง) เนื่องจากมี รพ.สต. ในสังกัดจำนวนน้อย อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลเหล่านี้ก็สามารถดำเนินการลงทะเบียนได้ครบ 100% เช่นเดียวกัน ดังแสดงใน

3.3 กิจกรรมที่ดำเนินการไปแล้ว ได้แก่ ลงทะเบียนลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ Digital Signature จำนวน 189 กิจกรรม การยืนยันตัวตนประชาชนที่มี Health ID จำนวน 862,023 คน การออกใบรับรองแพทย์ดิจิตัล Medical certificate จำนวน 3,077 ใบ การยืนยันตัวตนของบุคลากรที่มี Provider ID จำนวน 12,196 คน การส่งยาและเวชภัณฑ์ Health Rider จำนวน 9,041 ครั้ง และผลการประเมินความเสี่ยง Cyber Security อยู่ระดับความเสี่ยงความมั่นคงปลอดภัยสูง 100.0% การบริการแพทย์ทางไกล Telemedicine จำนวน 95,802 ครั้ง และรายการที่มีนัดหมายออนไลน์ Appointment (รายการ/โรงพยาบาล) 3,871 รายการ

4. หลังการปรับปรุงพบว่า ขั้นตอนการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 8 ขั้น คือ (1) การแปลงนโยบายสู่แผนปฏิบัติ (2) การจัดสรรทรัพยากร (3) การสื่อสารและเผยแพร่ (4) การดำเนินการตามแผน (5)การติดตาม ตรวจสอบและรายงาน (6) การประเมินผล (7) การปรับปรุงและขยายผล (8) การตั้งคำถามอย่างสร้างสรรค์ และความเหมาะสม และความสอดคล้อง โดยรวมของทั้ง 5 องค์ประกอบอยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.58,SD.= 0.36) และการสร้างคู่มือรูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

สรุปและอภิปรายผล

1.จากการสำรวจความต้องการบริการสุขภาพภายใต้นโยบาย "30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ในกลุ่มตัวอย่าง 600 คน พบว่าความต้องการอันดับแรกคือ ด้านการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Disease Care) และอันดับรองลงมาคือด้านบริการแพทย์แผนไทยและกายภาพบำบัด นโยบายนี้ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง แต่ยังพบปัญหาด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ยังไม่เชื่อมโยงข้อมูลแบบเรียลไทม์ ซึ่งทำให้การแสดงสิทธิและการเบิกจ่ายเกิดความล่าช้า ปัญหาที่ต้องแก้ไขเร่งด่วนยังรวมถึงภาระงานของบุคลากรที่เพิ่มขึ้นภายใต้การขาดแคลนทรัพยากร อีกทั้งผู้ป่วยยังคงกระจุกตัวในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการกระจายผู้ป่วยและส่งเสริมหน่วยบริการปฐมภูมิ ข้อสรุปแนะนำให้พัฒนาการสื่อสารเรื่องสิทธิแก่ประชาชน ควบคู่กับการพัฒนาระบบ IT พร้อมทั้งติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงนโยบายให้เหมาะสม สอดคล้องกับผลสำรวจของผู้ใช้ในหลายประเด็น คือ (1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับบทความของ The Active[8] ที่เน้นย้ำว่านโยบายนี้ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ยังกล่าวถึงผลเชิงบวกที่ทำให้ประชาชนสุขภาพดีขึ้นและลดค่าใช้จ่าย ซึ่งสะท้อนถึงการเข้าถึงที่เพิ่มขึ้น (2) ปัญหาด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดย HITAP[9] ก็ยอมรับว่า "แม้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ไอที) ซึ่งใช้เก็บรักษาและเชื่อมโยงข้อมูลการไปรับบริการสุขภาพในสถานพยาบาลต่างๆ จะเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญต่อความสำเร็จของ 30 บาทรักษาทุกที่ฯ" ซึ่งเป็นการบ่งชี้ถึงความสำคัญของ IT และโดยนัยคือความท้าทายในการทำให้ระบบสมบูรณ์ และ(3) ภาระงานบุคลากรและการกระจุกตัวของผู้ป่วย ทั้งนี้ HITAP (2024) ได้กล่าวถึง "ผลลัพธ์เชิงลบ ในแขนงบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อาจต้องรับภาระงานเพิ่มขึ้น และเกิดความแออัดใน

โรงพยาบาล" ซึ่งสอดคล้องอย่างชัดเจนกับผลสำรวจที่ระบุว่าการเพิ่มหน่วยบริการปฐมภูมิจะช่วยลดความแออัดที่โรงพยาบาลและลดภาระแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นการยอมรับถึงปัญหาดังกล่าวและนำเสนอแนวทางแก้ไข

แม้จะมีความสอดคล้องกันในหลายประเด็น แต่ก็มีบางจุดที่งานวิจัยนำเสนอภาพที่แตกต่างหรือขัดแย้งกับผลสำรวจของผู้ใช้ โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศความสำเร็จของระบบ พบว่า ผลสำรวจของผู้ใช้พบว่าระบบเทคโนโลยีสารสนเทศยังไม่เชื่อมโยงข้อมูลแบบเรียลไทม์ ทำให้การแสดงสิทธิและการเบิกจ่ายล่าช้า ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน อย่างไรก็ตาม บทความของ The Active[8]กลับเน้นย้ำถึงความสำเร็จในการใช้เทคโนโลยี Digital เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและมีระบบยืนยันตัวตนการรับบริการของผู้ป่วย รวมถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-referral) ที่ช่วยอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน ซึ่งมุมมองนี้ขัดแย้งกับผลสำรวจที่ยังคงพบปัญหาในทางปฏิบัติ บทความของ HITAP[9] แม้จะยอมรับความสำคัญของ IT แต่ก็ไม่ได้ระบุถึงความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลแบบเรียลไทม์อย่างชัดเจน

2.ขั้นตอนการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติ 8 ขั้นและความเหมาะสมและความสอดคล้องโดยรวมของทั้ง 5 องค์ประกอบ (ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการนำไปปฏิบัติ) อยู่ในระดับมากที่สุด พบผลเช่นเดียวดับงานวิจัยชิ้นแรกโดย Oh และคณะ[10]เสนอมุมมองเชิงทฤษฎีและกรอบแนวคิดของ “Policy implementation science” ซึ่งชี้ให้เห็นว่านโยบายสุขภาพไม่ได้จบลงที่การประกาศ แต่ต้องเข้าใจเป็นระบบเชิงไดนามิกที่มีหลายระดับ (Multi-level) และต้องมีวงจรการเรียนรู้ (Learning health policy system) ที่ผสานการออกแบบนโยบายกับการปฏิบัติจริง โดยเน้นความสำคัญของการแปลงนโยบายสู่แผนปฏิบัติที่ชัดเจน (Policy conversion) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตั้งแต่ต้น, การจัดสรรทรัพยากรที่ตอบโจทย์บริบท และการติดตามผลที่เชื่อมโยงกลับมาสู่การปรับนโยบาย (Policy–practice feedback loop) ดังนั้นกรอบนี้สอดคล้องโดยตรงกับขั้นที่ 1 (การแปลงนโยบายสู่แผน) และขั้นที่ 5–7 (การติดตาม ประเมิน และปรับปรุง) เพราะเน้นวงจรเรียนรู้เพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างเดียวกัน Oh et al. เตือนว่าหากไม่มีระบบข้อมูลและกลไกการมีส่วนร่วมที่แข็งแรง การแปลงนโยบายอาจกลายเป็นเพียง “เอกสาร” และไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการปฏิบัติอย่างแท้จริง (Oh 2021).

นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับ Danforth และคณะ[11] มุ่งเน้นการพัฒนากรอบการติดตามและประเมิน (M&E) สำหรับการนำ “Essential packages of health services” ไปสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งมีองค์ประกอบที่ชัดเจนและเป็นขั้นตอน (Step-by-step) ตั้งแต่การกำหนดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of change) การตั้งตัวชี้วัดเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การออกแบบระบบรายงาน การวางกลไกการทบทวนผลอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ผลประเมินเพื่อปรับปรุงการให้บริการในพื้นที่ งานนี้ให้ความสำคัญกับการสื่อสารข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (Data-to-decision pathways) และการออกแบบ M&E ให้ตอบโจทย์ทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ซึ่งสอดคล้องกับขั้นที่ 3 (การสื่อสารและเผยแพร่) ขั้นที่ 5 (การติดตาม ตรวจสอบและรายงานผล) และขั้นที่ 6–7 (การประเมินและปรับปรุง) โดยเตือนว่าหากละเลยการออกแบบ M&E ที่เชื่อมโยงกับการตัดสินใจเชิงนโยบายแล้ว ข้อมูลที่ได้จะไม่ถูกนำมาใช้เพื่อปรับปรุงบริการอย่างมีประสิทธิผล

3.ผลการทดลองใช้นโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ในจังหวัดอุบลราชธานี พบความก้าวหน้าสูงในการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ โดยโรงพยาบาลทั้ง 26 แห่ง และหน่วยบริการเครือข่าย 366 แห่ง สามารถดำเนินการลงทะเบียน สอน. บัดดี้ ได้ครบถ้วน 100.0% ตามเป้าหมาย ในขณะที่การเชื่อมประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) โรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็ทำได้ครบ 100.0% แต่ยังพบความท้าทายในบางพื้นที่ เช่น

โรงพยาบาลโขงเจียมที่มีการเชื่อมต่อเพียงร้อยละ 50.0 ของหน่วยบริการทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีการให้บริการดิจิทัลที่มีปริมาณมาก เช่น การยืนยันตัวตนประชาชนที่มี Health ID จำนวน 862,023 คน และการให้บริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ถึง 95,802 ครั้ง อย่างไรก็ตามผลการประเมินชี้ให้เห็นว่าความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ยังอยู่ในระดับสูงถึง 100.0% ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการแก้ไขควบคู่ไปกับการขยายผลการบริการ

ผลการทดลองในอุบลราชธานีชี้ให้เห็นถึงความก้าวหน้าที่เด่นชัดด้านการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ: โรงพยาบาลทั้ง 26 แห่งและหน่วยบริการเครือข่าย 366 แห่งลงทะเบียนและสอนบัดดี้ครบ 100% ตามเป้าหมาย การเชื่อมต่อ EHR ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็น 100.0% แต่ยังพบจุดอ่อน เช่น โรงพยาบาลโขงเจียมเชื่อมต่อได้เพียง 50.0% ของหน่วยบริการ ขณะเดียวกันการให้บริการดิจิทัลมีปริมาณสูงการยืนยันตัวตนผู้มี Health ID จำนวน 862,023 ราย และการให้บริการแพทย์ทางไกล 95,802 ครั้ง แต่ระดับความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ถูกประเมินว่าอยู่ในระดับสูงถึง 100% ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนสำคัญก่อนการขยายผลต่อไป เมื่อเทียบกับงานวิจัยที่วิเคราะห์การใช้บริการเทเลเมดิซีนภายใต้ระบบสิทธิหลัก (Telehealth/Telemedicine) ในประเทศไทย[12]จะพบความสอดคล้องหลายประการแสดงว่าโครงการ telemedicine ของ NHSO ที่เริ่มตั้งแต่ ธันวาคม 2563 ทำให้การใช้บริการ telemedicine เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงการระบาดของ COVID-19 และผู้ใช้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหรือผู้มีโรคเรื้อรัง ชี้ว่า telemedicine จะเป็นกลไกสำคัญของระบบในอนาคต แต่ยังต้องมีการออกแบบแผนติดตามและประเมินเพื่อรองรับการขยายตัว ข้อสรุปนี้สอดคล้องกับตัวเลขการให้บริการ telemedicine จำนวน 95,802 ครั้ง สะท้อนให้เห็นแนวโน้มการยอมรับและการนำไปใช้จริง แต่ก็เตือนว่าเพื่อให้บริการยั่งยืนจำเป็นต้องมี M&E ที่ดี ระบบชดเชย และการจัดการทรัพยากรที่รองรับการใช้งานในระยะยาว

อย่างไรก็ตามสอดคล้องกับภาพรวมการศึกษาเชิงสโคปเกี่ยวกับการแทรกแซงด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ในองค์กรสาธารณสุข[13]ให้มุมมองที่สำคัญต่อความเสี่ยง 100.0% ที่รายงานในอุบลราชธานี งานนี้สรุปว่ามีงานวิจัยด้านการแทรกแซงไซเบอร์ในประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางและต่ำ (LMICs) น้อยและการแทรกแซงที่มีรายงานมักเป็นระดับสถานพยาบาลจำนวนน้อย (1–5 แห่ง) โดยครอบคลุมมิติทั้ง Governance,risk management,awareness/trainingและ technical capabilities ซึ่งยังมีความหลากหลายและความไม่สม่ำเสมอสูง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับสถานะความเสี่ยงที่สูงในอุบลราชธานีและชี้ชัดว่าแม้การเชื่อมต่อ EHR และการให้บริการดิจิทัลจะประสบความสำเร็จเชิงปริมาณ แต่ถ้าไม่มีมาตรการความมั่นคงไซเบอร์ระดับนโยบายและการลงทุนด้านเทคนิค/บุคลากรอย่างเพียงพอ การขยายผลในวงกว้างอาจเปิดช่องให้เกิดเหตุการณ์หยุดชะงักที่รุนแรง

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นอยู่ที่สามารถให้ภาพรวมเชิงระบบของการนำนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ไปปฏิบัติ ครอบคลุมตั้งแต่การวางแผน การจัดสรรทรัพยากร การสื่อสาร การดำเนินงาน ตลอดจนการติดตามและประเมินผล ทำให้เห็นความสอดคล้องและความเหมาะสมของขั้นตอนต่าง ๆ อย่างชัดเจน นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสามารถสนับสนุนการปรับปรุงและขยายผลนโยบายให้มีประสิทธิภาพและเข้าถึงประชาชนได้มากขึ้น ขณะเดียวกันการวิจัยครั้งนี้ก็ยังมีข้อจำกัดคือ มุ่งเน้นเพียงภาพรวมของกระบวนการโดยไม่ได้เจาะลึกรายละเอียดการปฏิบัติในแต่ละหน่วยงาน ข้อมูลบางส่วนอาจได้รับอิทธิพลจากความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม และยังไม่มีการวัดผลเชิงคุณภาพของบริการหรือความพึงพอใจของประชาชนอย่างเป็นระบบ ทำให้การตีความผลการวิจัยควรพิจารณาควบคู่กับบริบทและข้อมูลเชิงปฏิบัติจริง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ข้อเสนอแนะคือควรรักษามาตรฐานและความต่อเนื่องของขั้นตอนการนำนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โดยเน้นการวางแผนเชิงปฏิบัติ การจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ การสื่อสารที่ชัดเจน และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงนำผลการประเมินมาปรับปรุงและขยายผลบริการให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม ในส่วนของการวิจัยในอนาคต ควรเน้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพของการให้บริการและความพึงพอใจของประชาชน ศึกษารายละเอียดเชิงพื้นที่และบริบทของแต่ละหน่วยบริการ รวมทั้งทำการเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานหรือภูมิภาคต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่เป็นรูปธรรมและสนับสนุนการพัฒนานโยบายอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1.บุญเกียรติ การะเวกพันธุ์.(2566). เอกสารประกอบการบรรยายกระบวนวิชา PAD 7402 การนำนโยบายไปปฏิบัติและการประเมินผลนโยบาย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง;2566.

2.Srisawat A, Tangchonlatip K.(2021). Why Do Good Policies Fail? A Case Study of Thailand’s Village Fund Implementation. J Southeast Asian Policy Stu*. 2021;15(2):45-67.

3.Lee S, Kim J.(2022). Miscommunication in South Korea’s Renewable Energy Policy. Energy Policy. 2022;160:112678.

4.Nguyen TTH, Smithson M, Le HV.(2022). Capacity Gaps in Local Governance: Evidence from Rural Vietnam. Asian J Public Adm. 2022;44(1):88-105.

5.Bhattacharya S.(2023). Monitoring Gaps in India’s Swachh Bharat Mission. Dev Policy Rev. 2023;41(2):e12655.

6. Ahmad MZ.(2021). Corruption as a Barrier to Policy Implementation in Malaysia. J Public Integr. 2021;23(4):501-518.

7.กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ.(2566). รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2566. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวง; 2566.

8. The Active.(2024). Government announces success of the “30 Baht Treatment Anywhere” policy, Phase 2 in eight provinces. Thai PBS. 2024 Apr 21. Available from: https://theactive.thaipbs.or.th/news/public-health-20240421 [In Thai].

9. Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP).(2024). Two sides of the coin of “30 Baht Treatment Anywhere”: Revealing possible positive and negative impacts on the health system. HITAP Foundation. 2024 Jun 7. Available from: ttps://www.hitap.net/news/189704 [In Thai].

10. Oh A, Abazeed A, Chambers DA.(2021). Policy implementation science to advance population health: the potential for learning health policy systems. Front Public Health. 2021;9:681602. doi:10.3389/fpubh.2021.681602.

11. Danforth K, Ahmad AM, Blanchet K, Khalid M, Means AR, Memirie ST, et al.(2023). Monitoring and evaluating the implementation of essential packages of health services. BMJ Glob Health. 2023;8(Suppl 1):e010726. doi:10.1136/bmjgh-2022-010726.

12.Kirkpatrick DL.(1998). Evaluating training programs: The four levels. 2nd ed. Berrett-Koehler; 1998.

13.Hasegawa K.(2024). Cybersecurity interventions in health care organizations in low- and middle-income countries: a scoping review. JMIR Med Inform. 2024;12:e47311. doi: 10.2196/47311.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษา สู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ

A Causal Relationship Model of Factors Affecting the Effectiveness of Environmental Studies towards Holistic Economic Upgrading of Elderly Schools.

(Received: September 26,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

ประเสริฐ เหล่าบุศณ์อนันต์[1] **สุวารีย์ ศรีปูณะ**[1] **บุญวณิช บุญวริชชนานันท**[1] **ปัญญา หมั่นเก็บ**[2]
Prasert Laobusnanant[1] Suwaree Sripoona[1] Boonvanich Boonvarichchananan[1] Panya Mankeb[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 400 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มแยกตามภาค และสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีจับฉลาก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความตรงของเครื่องมือระหว่าง 0.80-1.00 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยด้วยโปรแกรมเอ็มพลัส

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าสถิติไคสแควร์ (χ^2) = 158.547 ที่องศาอิสระ (df) = 133, p = 0.0647 ดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (CFI) = 0.996 และ (TLI) = 0.994 ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) = 0.022 และดัชนีค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SRMR) = 0.018

คำสำคัญ: ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษา การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวม โรงเรียนผู้สูงอายุ

Abstract

This survey research, using methods of quantitative data analysis, aimed to study the causal relationship model of factors affecting the effectiveness of environmental studies towards holistic economic upgrading of elderly schools using empirical data. The sample consisted of 400 directors of elderly schools under local administrative organizations, selected by cluster sampling by region and by simple random sampling by lot. The data collection tool was a 5-point rating scale questionnaire with a validity between 0.80-1.00 and a reliability of 0.98. Data were analyzed using means, standard deviations, and percentages. Confirmatory factor analysis and causal relationships of factors were performed using the Mplus program.

The research results found that the causal relationship model of factors affecting the effectiveness of environmental studies towards holistic economic upgrading of elderly schools is consistent with empirical data, with a chi-square statistic value (χ^2) = 158.547 at degrees of freedom (df) = 133, p = 0.0647, the Comparative Fit Index (CFI) = 0.996, the Tucker-Lewis Index (TLI) = 0.994, the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.022, and the Root Mean Square Residual (SRMR) = 0.018.

Keyword: Causal relationship, Effectiveness of environmental studies, Holistic economic upgrading; Elderly school

[1] มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ Corresponding Author E-mail: prasert2310@gmail.com
[2] สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

บทนำ

ปัจจุบัน โลกกำลังเผชิญกับวิกฤตสิ่งแวดล้อมที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นภาวะโลกร้อน ปัญหาขยะล้นเมือง การเสื่อมโทรมและการสูญเสียทรัพยากรธรรมชาติ ตลอดจนมลพิษที่เกิดจากกิจกรรมของมนุษย์ โดยสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งเกิดจากแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่มุ่งเน้นความเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นหลัก อันนำไปสู่ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมที่ก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศ น้ำ และดิน ตลอดจนการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ[1] การขยายตัวของเขตเมืองและพื้นที่อุตสาหกรรมที่นำมาซึ่งปัญหาขยะมูลฝอย น้ำเสีย และการลดลงของพื้นที่สีเขียว รวมทั้งการทำการเกษตรเชิงเดี่ยวที่ใช้สารเคมีอย่างเข้มข้น ส่งผลกระทบต่อความเสื่อมโทรมของระบบนิเวศและสุขภาพของประชาชน

ในบริบทของประเทศไทย การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติหลายฉบับที่ผ่านมา แม้จะสร้างความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ แต่ก็มีส่วนเร่งให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมตามมา[2] ปัญหาเหล่านี้สอดคล้องกับรายงานขององค์การสหประชาชาติที่ชี้ว่าการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) จำเป็นต้องอาศัยการปรับสมดุลระหว่างการเติบโตทางเศรษฐกิจกับการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม[3]

ดังนั้น การแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมจึงไม่อาจจำกัดอยู่เพียงในความรับผิดชอบของภาครัฐหรือเยาวชนเท่านั้น หากแต่จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบจากทุกภาคส่วนของสังคม ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และประชาชนทั่วไป เพื่อสร้างแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในระยะยาวได้อย่างสมดุล

ผู้สูงอายุกำลังเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในระดับโลก โดยเฉพาะประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น[4] การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวทำให้การจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่ง[5] โรงเรียนผู้สูงอายุจึงถือเป็นกลไกสำคัญที่ตอบสนองความต้องการของสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต การพัฒนาทักษะ และการสร้างคุณค่าใหม่แก่ผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และเศรษฐกิจ[6]
โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นแนวคิดการจัดการศึกษารูปแบบหนึ่งที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และความเข้าใจในประเด็นที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนาศักยภาพของบุคคลอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุจัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะพฤฒพลัง (Active Ageing) ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุที่ยังคงมีสุขภาวะที่ดีและสามารถใช้ศักยภาพในการพัฒนาตนเองและสังคมได้อย่างต่อเนื่อง[7] กลุ่มนี้มีองค์ความรู้และภูมิปัญญาในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เข้าใจวิถีการอยู่ร่วมกับธรรมชาติ ดำเนินชีวิตอย่างพอเพียง และมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมชุมชน อีกทั้งยังสามารถสร้างสรรค์เศรษฐกิจสีเขียว เช่น การผลิตสิ่งประดิษฐ์จากวัสดุธรรมชาติ หรือผลิตภัณฑ์แปรรูปที่ช่วยลดปริมาณของเสีย ก่อให้เกิดรายได้และสร้างคุณค่าใหม่ตามแนวคิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน[1,8]

นอกจากนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีบทบาทสำคัญในการจัดตั้งและสนับสนุนการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ โดยทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการประสานงาน จัดสรรงบประมาณ สนับสนุนทรัพยากรบุคคลและสถานที่ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ต่าง ๆ องค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่นจึงเปรียบเสมือนศูนย์กลางในการเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติจริง ทำให้โรงเรียนผู้สูงอายุสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างแท้จริง[9] ดังนั้นโรงเรียนผู้สูงอายุจึงมีศักยภาพในการดึงพลังของผู้สูงอายุที่มีภาวะพฤฒพลังเข้ามามีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน ผ่านการจัดการสิ่งแวดล้อมศึกษา ซึ่งสามารถส่งผลต่อการยกระดับเศรษฐกิจองค์รวม (Holistic Economy) ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้แก่ การเพิ่มรายได้ การลดรายจ่ายและสร้างรายได้ให้ครอบครัว การพัฒนาเศรษฐกิจสีเขียวและลดปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชน ตลอดจนการยกระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างสมดุลและยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาลงลึกถึงหลักสูตรและการปฏิบัติจริงของโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่าโรงเรียนผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมุ่งเน้นไปที่การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นหลัก มากกว่าการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยสาเหตุหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ

งานวิจัยนี้มุ่งศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาเพื่อยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายและแผนพัฒนา การพัฒนาผู้บริหารและบุคลากร การจัดทำหลักสูตรการเรียนรู้ ตลอดจนข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมและคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุกับข้อมูลเชิงประจักษ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research Method) เพื่อยืนยันรูปแบบการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 ภาค จำนวน 2,390 แห่ง[10] รวมทั้งสิ้น 2,390 คน อยู่ในภาคเหนือ 835 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 805 แห่ง ภาคกลาง 460 แห่ง และภาคใต้ 290 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามกฎของแอนเดอร์สันและเกอร์บิง[11] ให้มีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 20 คนต่อ 1 ตัวแปร งานวิจัยนี้มีตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด 20 ตัวแปร จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน แบ่งเป็นภาคเหนือ 140 คน ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ 135 คน ภาคกลาง 77 คน และภาคใต้ 48 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม[12] (Cluster Random Sampling) โดยแยกตามภาค และสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากที่ระบุชื่อในแต่ละกลุ่มตามจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความตรงของเครื่องมือ (Validity) ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of Item Objective Congruence หรือค่า IOC) ทั้งแบบสอบถาม 0.80-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นของ

เครื่องมือ (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.98 ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน หน่วยงาน/โรงเรียนผู้สูงอายุที่ดูแลรับผิดชอบ ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และบทบาทหน้าที่ในโรงเรียนผู้สูงอายุตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ประสิทธิผลด้านการยกระดับเศรษฐกิจองค์รวม (BCG Model) ของนักเรียนสูงอายุ ประกอบด้วย (1.1) ผลสัมฤทธิ์ด้านเศรษฐกิจชีวภาพ (Bio Economy) 5 ข้อ (1.2) ผลสัมฤทธิ์ด้านเศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) 5 ข้อ (1.3) ผลสัมฤทธิ์ด้านเศรษฐกิจสีเขียว (Green Economy) 5 ข้อ 2) ผลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (2.1) การปรับลี่ยนนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษา 5 ข้อ (2.2) ทักษะของผู้บริหารและบุคลากรในการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม 5 ข้อ (2.3) การบริหารงานที่มุ่งสู่เป้าหมายเพื่อสิ่งแวดล้อมสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน 5 ข้อ 3) ผลด้านความพึงพอใจของผู้บริหารต่อนักเรียนสูงอายุ ประกอบด้วย (3.1) ความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ 5 ข้อ (3.2) การร่วมกิจกรรมทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ด้านนโยบายในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (1.1) ยุทธศาสตร์ แผนงาน และโครงการด้านสิ่งแวดล้อมศึกษา 5 ข้อ (1.2) โครงสร้างการบริหารโรงเรียน 5 ข้อ (1.3) งบประมาณ สถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ 5 ข้อ 2) ด้านผู้บริหารและบุคลากรในการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (2.1) คุณลักษณะของผู้บริหารและบุคลากรด้านสิ่งแวดล้อม 5 ข้อ (2.2 ภาวะผู้นำด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาของผู้บริหารและบุคลากร 6 ข้อ (2.3) พฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อมของผู้บริหารและบุคลากร 4 ข้อ 3) ด้านการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (3.1) หลักสูตรและเนื้อหา 5 ข้อ (3.2) สื่อและแหล่งเรียนรู้ 5 ข้อ (3.3) กระบวนการและวิธีการจัดการเรียนรู้ 5 ข้อ 4) ด้านพฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ ประกอบด้วย (4.1) ความสนใจในการเรียนรู้ 5 ข้อ (4.2) ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ 5 ข้อ (4.3) ความร่วมมือในกระบวนการกลุ่ม 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรายภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ และจัดส่งแบบสอบถามถึงผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทางไปรษณีย์อีเมล หรือแบบสอบถามออนไลน์ผ่านทาง Google Form เพื่อขอความร่วมมือ โดยรวบรวมข้อมูลได้จำนวน 400 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงแต่ละตัว จากแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์วิเคราะห์ดังนี้

χ^2 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

χ^2/df ไม่เกิน 2.00

RMSEA น้อยกว่า 0.08

CFI/TLI มากกว่า 0.95

SRMR น้อยกว่า 0.08

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal Relationship) ของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวม

กับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modelling Analysis: SEM) ด้วยโปรแกรมเอ็มพลัส 7.0 (Mplus 7.0)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 44.5 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.5 มีอายุระหว่าง 50-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.8 รองลงมาคืออายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.0 และน้อยที่สุดมีอายุต่ำกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 71.5 รองลงมาคือระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 18.5 และน้อยที่สุดคือระดับปริญญาเอก คิดเป็นร้อยละ 0.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นรักษาการผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุหรือผู้แทน คิดเป็นร้อยละ 58.5 และเป็นผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 41.5 มีประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งที่ ระหว่าง 3-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.8 รองลงมาคือ น้อยกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 และน้อยที่สุดคือ 9 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 4 ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 7 ปัจจัย 20 ตัวบ่งชี้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านนโยบายในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ (F1) จำนวน 3 ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ แผนงาน และโครงการด้านสิ่งแวดล้อมศึกษา (X1) โครงสร้างการบริหารโรงเรียน (X2) งบประมาณ สถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ (X3)

2.2 ปัจจัยด้านผู้บริหารและบุคลากรในการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ (F2) จำนวน 3 ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ คุณลักษณะของผู้บริหารและบุคลากรด้านสิ่งแวดล้อม (X4) ภาวะผู้นำด้านสิ่งแวดล้อมของผู้บริหารและบุคลากร (X5) พฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อมของผู้บริหารและบุคลากร (X6)

2.3 ปัจจัยด้านการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ (F3) จำนวน 3 ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ หลักสูตรและเนื้อหา (X7) สื่อและแหล่งเรียนรู้ (X8) กระบวนการและวิธีการจัดการเรียนรู้ (X9)

2.4 ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ (F4) จำนวน 3 ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ ความสนใจในการเรียนรู้ (X10) ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ (X11) ความร่วมมือในกระบวนการกลุ่ม (X12)

2.5 ประสิทธิผลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ (E1) จำนวน 3 ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษา (Y1) ทักษะของผู้บริหารและบุคลากรในการจัดการเรียนรู้

สิ่งแวดล้อมศึกษา (Y2) การบริหารงานที่มุ่งสู่เป้าหมายเพื่อสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาที่ยั่งยืน (Y3)

2.6 ประสิทธิผลด้านความพึงพอใจของผู้บริหารต่อนักเรียนสูงอายุ (E2) จำนวน 2 ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ ความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ (Y4) การร่วมกิจกรรมทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ (Y5)

2.7 ประสิทธิผลด้านการยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของนักเรียนสูงอายุ (E3) จำนวน 3 ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ เศรษฐกิจชีวภาพ (Z1) เศรษฐกิจหมุนเวียน (Z2) เศรษฐกิจสีเขียว (Z3)

ตารางที่ 1 ค่าเมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ที่เป็นองค์ประกอบของปัจจัยด้านต่าง ๆ

ตัวแปร	น้ำหนักองค์ประกอบ		t	R^2	สปส.คะแนนองค์ประกอบ
	β	b(SE)			
ปัจจัยด้านนโยบายในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ (F1)					
X1	0.842	1.000(0.012)	70.988	0.709	0.112
X2	0.965	1.122(0.009)	105.981	0.932	0.563
X3	0.905	1.111(0.012)	74.403	0.819	0.188
χ^2 =0.105, df=1, p=0.7458, CFI=1.000, TLI=1.003, RMSEA=0.000, SRMR = 0.007					
ปัจจัยด้านผู้บริหารและบุคลากรในการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ (F2)					
X4	0.656	1.000(0.030)	21.541**	0.430	0.052
X5	0.958	1.243(0.003)	314.647**	0.918	0.621
X6	0.778	1.056(0.022)	35.526**	0.605	0.101
χ^2 =1.360, df=1, p=0.2435, CFI=0.999, TLI=0.998, RMSEA=0.030, SRMR = 0.009					
ปัจจัยด้านการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ (F3)					
X7	0.711	1.000(0.022)	32.547**	0.506	0.056
X8	0.918	1.486(0.014)	64.229**	0.843	0.196
X9	0.958	1.507(0.013)	72.993**	0.917	0.397
χ^2 =0.500, df=1, p=0.4794, CFI=1.000, TLI=1.002, RMSEA=0.000, SRMR = 0.029					
ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ (F4)					
X10	0.865	1.000(0.010)	86.079**	0.749	0.171
X11	0.946	1.191(0.010)	97.215**	0.896	0.413
X12	0.911	1.192(0.012)	77.456**	0.830	0.235
χ^2 =0.315, df=1, p=0.5747, CFI=1.000, TLI=1.002, RMSEA=0.000, SRMR = 0.011					
ประสิทธิผลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ (E1)					
Y1	0.628	1.000(0.028)	22.128**	0.395	0.071
Y2	0.887	1.422(0.023)	38.264**	0.787	0.284
Y3	0.890	1.379(0.023)	38.481**	0.792	0.301
χ^2 =0.218, df=1, p=0.6407, CFI=1.000, TLI=1.004, RMSEA=0.000, SRMR = 0.021					
ประสิทธิผลด้านความพึงพอใจของผู้บริหารต่อนักเรียนสูงอายุ (E2)					
Y4	0.957	1.000(0.003)	308.585**	0.916	0.759
Y5	0.843	0.914(0.012)	71.561**	0.711	0.187
χ^2 =0.168, df=1, p=0.6820, CFI=1.000, TLI=1.002, RMSEA=0.000, SRMR = 0.013					
ประสิทธิผลด้านการยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของนักเรียนสูงอายุ (E3)					
Z1	0.851	1.000(0.024)	35.430**	0.723	0.365

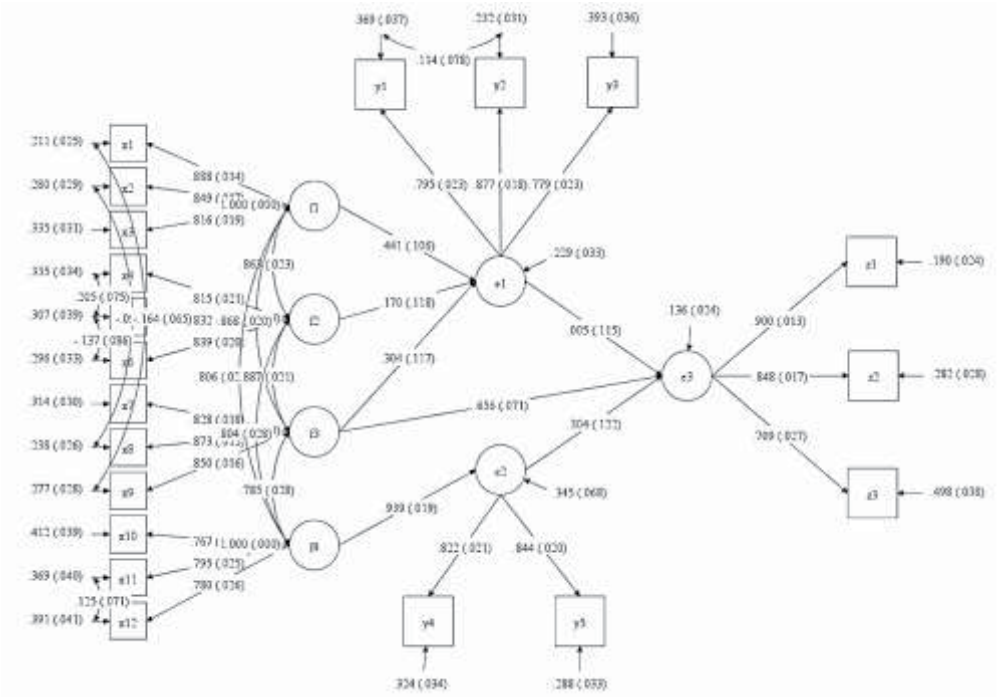
ตารางที่ 1 ค่าเมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ที่เป็นองค์ประกอบของปัจจัยด้านต่าง ๆ

ตัวแปร	น้ำหนักองค์ประกอบ		t	R^2	สปส.คะแนนองค์ประกอบ
	β	b(SE)			
Z2	0.718	0.744(0.022)	32.618**	0.515	0.199
Z3	0.844	0.958(0.024)	34.828**	0.713	0.362
χ^2 =0.354, df=1, p=0.5516, CFI=1.000, TLI=1.004, RMSEA=0.000, SRMR = 0.025					

3. ผลการวิเคราะห์ตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการตรวจสอบพบว่ารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่สังเคราะห์ขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2 =158.547, df=133, p=0.0647, CFI=0.996, TLI=0.994, RMSEA=0.022, SRMR = 0.018)

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ มากที่สุดคือ ปัจจัยด้านการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานเท่ากับ 0.656) รองลงมาคือประสิทธิผลด้านความพึงพอใจของผู้บริหารต่อนักเรียนสูงอายุ (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานเท่ากับ 0.304) ส่วนประสิทธิผลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานเท่ากับ 0.005) น้อยที่สุด



ภาพที่ 1 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2 =158.547, df=133, p=0.0647, CFI=0.996, TLI=0.994, RMSEA=0.022, SRMR = 0.018)

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุด้านนโยบายในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ด้านโครงสร้างของการบริหารโรงเรียน สอดคล้องกับ นฤมล เจริญพรสกุล[13] ที่กล่าวว่าผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการบริหารงานโรงเรียนเพื่อให้เกิดประสิทธิผล และณัฏฐณิชา ภูดีสม[14] ที่ศึกษาปัจจัยการบริหารที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของโรงเรียนขนาดเล็ก สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 1 พบว่า ปัจจัยการบริหารโรงเรียนได้แก่ โครงสร้างขององค์กร ภาวะผู้นำ การพัฒนาบุคลากร เทคโนโลยีสารสนเทศ และบรรยากาศและวัฒนธรรมขององค์กร โดยปัจจัยการบริหารกับประสิทธิผลของโรงเรียนมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุด้านผู้บริหารและบุคลากรในการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ด้านคุณลักษณะของผู้บริหารและบุคลากรด้านสิ่งแวดล้อมที่จะทำให้เกิดประสิทธิผลนั้น ควรมีความกระตือรือร้นในการทำงาน สอดคล้องกับ ศิรประภา อัคราภิชาติ และคณะ[15] ที่พบว่าคุณลักษณะภาวะผู้นำของผู้บริหารสถานศึกษาในศตวรรษที่ 21 มีอิทธิผลต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อบรรลุเป้าหมายของสถานศึกษา โดยจะต้องใช้ความสามารถในการสนับสนุน ชักชวน กระตุ้นจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติด้วยความเต็มใจและยินดีที่จะให้ความร่วมมือเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงาน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุด้านการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ด้านสื่อและแหล่งเรียนรู้ โดยการที่โรงเรียนมีการจัดการศึกษาดูงานนอกสถานที่เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ สอดคล้องกับ พณพร รัตนประสบ[16] ที่กล่าวว่าการพัฒนาบุคลากรของโรงเรียน เช่น ครู โดยการจัดการศึกษาดูงานมีผลต่อประสิทธิผลการจัดการเรียนการสอน และภัทรหทัย ภู่สวัสดิ์[17] ที่กล่าวว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนความรู้เพื่อสร้างนวัตกรรมผู้บริหารควรจัดให้บุคลากรได้ไปศึกษาและดูงานนอกสถานที่ เพื่อเพิ่มประสบการณ์และนำความรู้มาต่อยอดเป็นนวัตกรรมสถานศึกษาได้อย่างสร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพได้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุด้านพฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความสนใจในการเรียนรู้ มีการเข้าร่วมกิจกรรมหรือองค์กรที่เน้นการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม เช่น กลุ่มอาสาสมัคร การปลูกป่า เป็นต้น สอดคล้องกับ อนงค์นาฏ แก้วไพฑูรย์ และคณะ[18] ที่พบว่าพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียนจากนโยบายของสถานศึกษาที่ผู้เรียนมีความสนใจจะพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ ด้านปัญญา (พุทธพิสัย) ด้านจิตใจ (จิตพิสัย) และด้านทักษะปฏิบัติ (ทักษะพิสัย) ของผู้เรียนในทุกกิจกรรม

ประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า การบริหารงานที่มุ่งสู่เป้าหมายเพื่อสิ่งแวดล้อมสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน โดยการมีความร่วมมือและประสานงานกับเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อจัดทำโครงการเพื่อสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน สอดคล้องกับ บุญเพิ่ม สอนภักดี และคณะ[19] พบว่ารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือสามารถพัฒนาการจัดการศึกษาของโรงเรียนในสังกัดเทศบาลได้ และ ษณอนงค์ ชูรา[20] ที่พบว่ารูปแบบการบริหารเครือข่ายความร่วมมือช่วยในการส่งเสริมทักษะชีวิตของผู้เรียน ได้แก่ โดยรูปแบบนี้ประกอบด้วย หลักการของรูปแบบ วัตถุประสงค์ของรูปแบบ หน่วยงานเครือข่ายความร่วมมือ ขอบข่ายความร่วมมือ การจัด

กาทรัพยากรของเครือข่ายความร่วมมือ กระบวนการบริหารเครือข่ายความร่วมมือ และทักษะชีวิตของผู้เรียน

ประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ด้านความพึงพอใจของผู้บริหารต่อนักเรียนสูงอายุ พบว่า ผู้บริหารมีความพึงพอใจต่อนักเรียนสูงอายุในด้านความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ ในการปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมเพื่อยกระดับเศรษฐกิจตนเองและครอบครัว สอดคล้องกับ วุฒิชัย โภคะชัย[21] ที่พบว่าความพึงพอใจของผู้บริหารและครูผู้สอนมีผลต่อความคาดหวังของโรงเรียนที่มีต่อนักเรียน

ประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ด้านการยกระดับเศรษฐกิจองค์ของนักเรียนสูงอายุ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ด้านเศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) ที่นักเรียนสูงอายุสร้างสิ่งประดิษฐ์จากวัสดุเหลือใช้ ให้เป็นของใช้ในชีวิตประจำวันหรือจำหน่าย เช่น กระเป๋า/ตุ๊กตา/ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ จากเสื้อผ้าเก่าที่ใช้แล้ว ไม้กวาดจากพลาสติก โคมไฟจากพลาสติก เช่น ขวดน้ำ ช้อน แก้วกาแฟ เป็นต้น สอดคล้องกับ ธงพล พรหมสาขา ณ สกลนคร[22] พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ส่งเสริมและมีความพยายามในการนำแนวคิดเศรษฐกิจหมุนเวียนมาปรับใช้ด้วยหลักการ 3R คือใช้น้อยลง ใช้ซ้ำ และนำกลับมาใช้ใหม่ ด้วยการให้ความสำคัญในการคดแยกขยะในครัวเรือนเพื่อนำไปรีไซเคิลเพื่อให้เกิดรายได้เพิ่มขึ้น และสนับสนุนให้มีการจัดตั้งธนาคารขยะ ส่วนขยะเช่นเศษอาหารก็มีการส่งเสริมเรื่องปุ๋ยหมักปุ๋ยชีวภาพ และการหมักเพื่อผลิตก๊าซชีวภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้เพื่อใช้สร้างเมทริกซ์สหสัมพันธ์ในการวิเคราะห์โมเดลรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า คู่ที่มีความสัมพันธ์กันสูงมากที่สุด คือ สื่อและแหล่งเรียนรู้ (X8) กับความร่วมมือในกระบวนการกลุ่ม (X12) (r = 0.796) รองลงมาคือ การบริหารงานที่มุ่งสู่เป้าหมายเพื่อสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาที่ยั่งยืน (Y3) กับเศรษฐกิจสีเขียว (Z3) (r = 0.795) ส่วนตัวแปรคู่ที่มีความสัมพันธ์กันต่ำที่สุด คือ สื่อและแหล่งเรียนรู้ (X8) กับการปรับเปลี่ยนนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษา (Y1) (r = 0.380) แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรประจักษ์ทุกคู่ในภาพรวม พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรประจักษ์ทุกคู่มีค่าไม่เกิน 0.80 ความสัมพันธ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าตัวแปรประจักษ์มีระดับความสัมพันธ์ไม่สูงมากนัก ไม่เกิดปัญหา Multicollinearity[23] และตัวแปรประจักษ์ทั้งหมดอยู่บนองค์ประกอบร่วมกัน ดังนั้นมีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง และข้อมูลเหมาะสมที่จะทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) ดีมาก[24]

ความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่สังเคราะห์ขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2 =158.547, df=133, p=0.0647, CFI=0.996, TLI=0.994, RMSEA=0.022, SRMR = 0.018) โดยพบปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ มากที่สุดคือ ปัจจัยด้านการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ รองลงมาคือประสิทธิผลด้านความพึงพอใจของผู้บริหารต่อนักเรียนสูงอายุ และผลการวิเคราะห์ค่าอิทธิพลเชิงสาเหตุโดยสรุปในภาพรวม พบว่า อิทธิพลทางตรงของตัวแปรแฝงประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง

กลมกลืนของโมเดลทั้ง 4 ดัชนี ผ่านเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณา ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โมเดลแบบจำลองสมการเชิงโครงสร้างมีความเหมาะสมกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะของการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดให้มีตลาดเฉพาะสำหรับผลิตภัณฑ์ของผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจสีเขียว เช่น ตลาดชุมชนที่จำหน่ายสินค้ารีไซเคิล สินค้าเกษตรอินทรีย์ หรือสินค้าแปรรูปจากพืชธรรมชาติ หรือสนับสนุนให้มีแพลตฟอร์มการขายออนไลน์สินค้าจากผู้สูงอายุ ช่วยเพิ่มโอกาสในการสร้างรายได้ เนื่องจากพบว่า ไม่มีตลาดตลาดสีเขียวหรือตลาดเพื่อสิ่งแวดล้อม ในการรองรับผลิตภัณฑ์ของผู้สูงอายุ

1.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้บริหารและบุคลากรของโรงเรียนผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่า ผู้บริหารและบุคลากรของโรงเรียนผู้สูงอายุมีความสามารถในการวางแผนและบริหารเพื่อจัดการเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาแก่นักเรียนสูงอายุ รวมทั้งมีทักษะในการเลือกใช้สื่อและแหล่งเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่จำกัด

1.3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีแผนในการวัดและประเมินผลเพื่อปรับปรุงหลักสูตรและเนื้อหาด้านสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและทันสมัยต่อสถานการณ์ปัญหาสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน เนื่องจากพบว่า โรงเรียนผู้สูงอายุส่วนมากไม่มีการวัดและประเมินผลการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุและผลสัมฤทธิ์ของการเรียนรู้ของนักเรียนสูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรวิจัยเชิงนโยบายด้านการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.2 ควรวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านมาในการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน เพื่อเสนอแนะมาตรการปรับปรุงให้สำเร็จตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

2.3 ควรวิจัยและพัฒนาความร่วมมือในการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมแบบบูรณาการในท้องถิ่นเชิงพหุภาคีในการมุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1 Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). Climate Change 2022: Mitigation of Climate Change. Geneva: IPCC; 2022.

2.สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570). กรุงเทพฯ: สศช; 2565.

3.United Nations. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UN; 2015.

4.World Health Organization (WHO). Decade of Healthy Ageing 2020–2030. Geneva: WHO; 2020.

5.UNESCO. Third Global Report on Adult Learning and Education (GRALE 3). Hamburg: UNESCO Institute for Lifelong Learning; 2016.

6.กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ; 2565.

7.World Health Organization (WHO). Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO; 2002.

8. United Nations. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UN; 2015.

9.กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. แนวทางการจัดตั้งและบริหารโรงเรียนผู้สูงอายุในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย; 2566.

10.กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. โรงเรียนผู้สูงอายุในประเทศไทยรายภาค (ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูล ณ กุมภาพันธ์ 2566). 2566 [สืบค้นเมื่อ 1 ธ.ค. 66]; เข้าถึงจาก: https://www.dop.go.th/th/know/5/44

11.Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. The effect of sampling error on convergence, improper solutions, and goodness-of-fit indices for maximum likelihood confirmatory factor analysis. Psychometrika, 1984; 49(2): 155–173. [cited 2067 Mar 2]. Available from: https://doi.org/10.1007/BF02294170

12.Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. Educational research: An introduction. 6th ed. Longman Publishing. 1996.

13.นฤมล เจริญพรสกุล. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี; 2561.

14.ณัฏฐณิชา ภูดีสม. ปัจจัยการบริหารที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของโรงเรียนขนาดเล็ก สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 1. [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร; 2565.

15.ศิรประภา อัคราภิชาติ, ชื่นนภา นาวารี และ มัทนา วังถนอมศักดิ์. คุณลักษณะภาวะผู้นำของผู้บริหารสถานศึกษาในศตวรรษที่ 21. วารสาร มจร พุทธศาสตร์ปริทรรศน์; 6(3): กันยายน-ธันวาคม 2565; 2565.

16.พณพร รัตนประสบ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของสถานศึกษาจังหวัดปราจีนบุรี สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 7 [วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.

17.ภัทรหทัย ภู่สวัสดิ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเป็นสถานศึกษาแห่งนวัตกรรมของโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองอุตรดิตถ์ [วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.

18.อนงค์นาฏ แก้วไพฑูรย์ และปัญญา พรหมบุตร. ศึกษาพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชนตามนโยบายลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้. วารสารวิจยวิชาการ. 3(3): กันยายน-ธันวาคม 2563; 2563.

19.บุญเพิ่ม สอนภักดี, ฉลอง ชาตรูประชีวิน และสุกัญญา แช่มช้อย. รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อพัฒนาการจัดการศึกษาของโรงเรียนในสังกัดเทศบาล. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 18(4): ตุลาคม-ธันวาคม 2559; 2559.

20.ษณอนงค์ ชูรา. รูปแบบการบริหารเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อส่งเสริมทักษะชีวิตของนักเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน [วิทยานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต].มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2566.

21.วุฒิชัย โภคะชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของครูผู้สอนกับประสิทธิผลของโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 23 [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร์มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร; 2564.

22.ธงพล พรหมสาขา ณ สกลนคร. แนวทางการส่งเสริมแนวคิดระบบเศรษฐกิจหมุนเวียนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.

23.Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. Multivariate Data Analysis. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 2010.

24.สุภมาส อังศุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณา และรัชนีกูล ภิญโญภานุวัฒน์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์: เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2554.

การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายพื้นที่ รพ.สต.บ้านสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of Participatory Drug Problem Solving Model in Network Partnership Area, Song Plueoy Health Promoting Hospital, Namon District, Kalasin Province.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

กฤษณา สุยังกุล[1]
Kritsana Suyangkul[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการใช้สารเสพติด พัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาสารเสพติดแบบมีส่วนร่วม และศึกษาผลการใช้รูปแบบในภาคีเครือข่ายพื้นที่ รพ.สต.บ้านสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนประชากรที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 43 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 4 คน กลุ่มเสี่ยง จำนวน 12 คน ญาติกลุ่มเสี่ยง 12 คน กำนันผู้ใหญ่บ้าน ปกครอง ทหาร ตำรวจ จำนวน 8 คน และ อสม. จำนวน 7 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน เมษายน - ธันวาคม 2567 เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องยาเสพติด แบบประเมินความพึงพอใจ และแนวคำถามปลายเปิดเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาณในการทดสอบก่อนหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาประกอบด้วย 6 แนวทางสำคัญ 1) การบูรณาการบริการด้านสาธารณสุข 2) สนับสนุนกลไกบริการด้านสังคมโดยชุมชน 3) บูรณาการงบประมาณร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 4) กำหนดบทบาทหน้าที่คำสั่งคณะทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอำเภอ 5) ขึ้นทะเบียนในการดูแลผู้ติดสารเสพติด มีการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชนโดยทีมคณะทำงาน 6) การประเมินโดยศูนย์คัดกรอง ผลลัพธ์ของการนำแนวทางไปใช้พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องยาเสพติดของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้น จากการทดสอบทางสถิติพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 12.84, 10.67 ตามลำดับ)
คำสำคัญ: การแก้ไขปัญหายาเสพติด, การมีส่วนร่วม, ภาคีเครือข่าย, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This study is a Participatory Action Research aimed to study drug use problems, develop a participatory drug problem solving model, and evaluate the implementation results in network partnership area of Song Plueoy Health Promoting Hospital, Namon District, Kalasin Province. The sample consisted of 43 voluntary participants including 4 health promoting hospital staff, 12 at-risk individuals, 12 family members of at-risk group, 8 village leaders/local administration/military/police officers, and 7 village health volunteers. The research was conducted from April to December 2024. Research instruments included a health literacy assessment tool on drug addiction, satisfaction assessment form, and open-ended qualitative questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with paired t-test for pre-post comparisons.

Study results found that the development comprised 6 important approaches: 1) Integration of public health services 2) Support for community-based social service mechanisms 3) Budget integration with local administrative organizations and local health insurance funds 4) Defining roles and responsibilities of working committees with district network partners 5) Registration for drug addiction care with continuous community follow-up by working teams 6) Evaluation by screening centers. The implementation results showed

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสงเปลือย ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

increased health literacy on drug addiction among network partners. Statistical tests revealed significantly increased health literacy and satisfaction levels at .05 significance level (t = 12.84, 10.67, respectively).
Keywords: Drug problem solving, participation, network partnership, health promoting hospital

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นหนึ่งในปัญหาสังคมที่รุนแรงที่สุดในแต่ละประเทศทั่วโลกถึงแม้ว่าจะมีมาตรการ รวมถึงนโยบายต่าง ๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง จากรายงานของสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ ปี 2563 พบว่า จำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก พบมากที่สุด ในช่วงอายุ 15-64 ปี ที่ติดยาเสพติด ร้อยละ 26 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบว่าผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ เด็กและเยาวชนมีการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่รวมถึงใช้ในปริมาณที่มากกว่าเช่นเดียวกัน[1] ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบการค้าเมทแอมเฟตามีนขนาดใหญ่ที่สุดในโลก และมีแนวโน้มในการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริเวณพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ ซึ่งพบว่ามีการปรับเปลี่ยนเส้นทางการลำเลียง และมีการพัฒนาสารเสพติดรูปแบบใหม่ ๆ เพื่อดึงดูดผู้ใช้ยารายใหม่และรายเดิมอีกด้วย[2]

ประเทศไทยในปี 2564 พบการจับกุมคดียาเสพติดทั้งหมด 337,186 คดี แบ่งเป็นของกลางยาบ้าจำนวน 555.7 ล้านเม็ด ยาไอซ์ 26,662 กิโลกรัม เฮโรอีน 4,520 กิโลกรัม เคตามีน 1,350 กิโลกรัม โคเคน 45 กิโลกรัม เอ็กซ์ตาซี 447,213 เม็ด และกัญชา 41,573 กิโลกรัม ยาเสพติดที่แพร่หลายมากที่สุดยังคงเป็นยาบ้า ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 79.2 ยาไอซ์ ร้อยละ 8.3 ตามลำดับ[3] กระทรวงสาธารณสุขได้รักษาและบำบัดยาเสพติดตลอดปี 2565 จำนวน 114,733 ราย ซึ่งเทียบกับปริมาณการจับกุมยาเสพติดแล้ว มีผู้เข้ารับการบำบัดจำนวนไม่ถึงครึ่งหนึ่งของการจับกุม อีกทั้งยังเป็นจำนวนที่ลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา โดยมีการคัดกรองผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด แล้วนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดอย่างเหมาะสมโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงและแนวโน้มในการก่อความรุนแรงหรือมีอาการทางจิต ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด อีกทั้งยังเน้นสร้างระบบบำบัดฟื้นฟูแบบ "ชุมชนเป็นฐาน" หรือ Community Based Treatment (CBTx) ที่เป็นแนวคิดการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน[4] เขตสุขภาพที่ 7 มีสถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พบผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด (บสต.) แบบติดตาม 6,625 ราย แบบคัดกรอง จำนวน 5,902 ราย แบบบำบัดรักษาจำนวน 5,702 ราย แบบรักษาส่งต่อจำนวน 77 ราย Retention rate ในปี 2565-2567 อยู่ที่ 56, 58 และ 59 ตามลำดับ จำนวนผู้เข้ารับการรักษารายใหม่ ในปี 2565-2567 อยู่ที่ 1,624, 1,754 และ 1,792 ราย ตามลำดับ[5]

จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ดำเนินนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดมาอย่างต่อเนื่องภายใต้แผนยุทธการฟ้าแดดสงยาง ระดมกวาดล้างยาเสพติดจังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2561 เป็นต้นมา ทั้งด้านการป้องกัน ด้านการปราบปราม และการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด โดยบูรณาการการทำงานทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชนให้ครอบคลุมทั้ง 18 อำเภอ 135 หมู่บ้าน โดยเป็นหมู่บ้านปลอดยาเสพติด จำนวน 94 แห่ง หมู่บ้านพบผู้เสพติด จำนวน 31 แห่ง หมู่บ้านที่พบผู้ค้า จำนวน 7 แห่ง และหมู่บ้านที่พบผู้ค้าและผู้เสพ จำนวน 3 แห่ง ตามลำดับ[6]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสงเปลือย ตำบลสงเปลือย ร่วมกับ อำเภอนามน มีการปฏิบัติตามนโยบาย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีการเพื่อค้นหานำผู้เสพยาเสพติด เข้าสู่กระบวนการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) เพื่อคัดแยก คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดตามกลุ่มสีเข้าสู่กระบวนการบำบัดโดยแพทย์ กวาดล้างจับกุมผู้ค้ายาเสพติด โดยตั้งเป้าหมายเป็นตำบลปลอดยาเสพติด 100% อย่างเด็ดขาด และเพื่อ

สร้างความเข้มแข็งในตำบลเปราะบางด้านยาเสพติด ให้เป็นตำบลสีขาวปลอดยาเสพติด[7]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ยังไม่มีการศึกษารูปแบบนี้มาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา การพัฒนารูปแบบในการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่าย พื้นที่ รพ.สต.บ้านสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งขาดรูปแบบการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดและบูรณาการการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายในการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลดการเกิดปัญหายาเสพติดในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา สถานการณ์ ปัญหา ผู้ป่วยโรคยาเสพติดในพื้นที่ รพ.สต.บ้านสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาสารเสพติดแบบมีส่วนร่วม ในภาคีเครือข่าย พื้นที่ รพ.สต.บ้านสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพัฒนาการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบมีส่วนร่วม ในภาคีเครือข่าย พื้นที่ รพ.สต.บ้านสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ดำเนินการวิจัยระหว่าง เมษายน - ธันวาคม 2567 ได้ทำการศึกษาพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่าย พื้นที่ รพ.สต.บ้านสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามแนวทาง โดยการทบทวนข้อมูลและการวางแผนดำเนินการอบรม ทบทวนองค์ความรู้การแก้ไขปัญหายาเสพติด ดำเนินการสังเกตการณ์ร่วมกับการประเมินคุณภาพ ในกลุ่มตัวอย่างในภาคีเครือข่าย ศึกษาปัญหาการแก้ไขปัญหายาเสพติด ดำเนินการคืนข้อมูล ผลที่ได้จากกระบวนการ ผลของการเปลี่ยนแปลง สาเหตุ ความพึงพอใจ ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนา การหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาจนให้เกิดเป็นรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสงเปลือย อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ปกครอง ตำรวจ ทหาร กลุ่มเสี่ยงยาเสพติด ญาติกลุ่มเสี่ยงยาเสพติด ในช่วงเดือนที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วน ได้แก่ ตัวแทนประชากรที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 43 คน ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 4 คน 2) กลุ่มเสี่ยง จำนวน 12 คน 3) ญาติกลุ่มเสี่ยง 12 คน 4) กำนันผู้ใหญ่บ้าน ปกครอง ทหาร ตำรวจ จำนวน 8 คน 5) อสม. จำนวน 7 คน ก่อนเทียบหลังพัฒนา คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเมื่อทราบจำนวนประชากร รวม 5 กลุ่ม 43 คน โดยอาศัยในพื้นที่มีระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องยาเสพติด จำนวน 35 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจภาคีเครือข่ายและประชาชน จำนวน 6 ข้อ

ชุดที่ 3 แนวคำถามปลายเปิดเชิงคุณภาพ จำนวน 9 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความพึงพอใจ ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความพึงพอใจ ก่อนหลังพัฒนาแนวทาง ด้วยสถิติ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

(content analysis) โดยวิเคราะห์แบบสามเส้า จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ ปัญหา การแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ รพ.สต.บ้านสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

เชิงคุณภาพ จากการวิเคราะห์ระดมสมอง พบว่า ระบบรายงานและการติดตามผู้เสพยาเสพติดในชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพ มีการรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Report) หรือ loss การรายงาน ในขณะที่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการเฝ้าระวัง ยังมีภาระการปฏิบัติงานหลายด้าน ยังไม่มีเวลาปฏิบัติงานด้านการควบคุมป้องกันยาเสพติดอย่างเต็มเวลา อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานยังขาดแนวทางชัดเจน ไม่มีแนวปฏิบัติ ไม่เข้าใจบทบาทของผู้ปฏิบัติงาน การใช้แนวทางการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมยังเป็นเรื่องใหม่ และยังขาดการอบรมให้ความรู้ และการประชาสัมพันธ์

เชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปภาคีเครือข่าย จำนวน 43 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 24 คน ร้อยละ 55.81 และเพศหญิง จำนวน 19 คน ร้อยละ 44.19 อายุส่วนมาก ระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 14 คน ร้อยละ 32.56 รองลงมา 41-50 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 27.91 และ 21-30 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.93 ตามลำดับ Mean±SD=38.72±8.45 ปี ระดับการศึกษาส่วนมากประถมศึกษา จำนวน 16 คน ร้อยละ 37.21 และมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 12 คน ร้อยละ 27.91 ตามลำดับ การได้รับการอบรมเรื่องยาเสพติด ส่วนมาก เคยได้รับการอบรม จำนวน 28 คน ร้อยละ 65.12 ไม่เคยได้รับการอบรม จำนวน 15 คน ร้อยละ 34.88 ตามลำดับ

2) กระบวนการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่าย

การพัฒนาประกอบด้วย 6 แนวทางสำคัญ ดังนี้ **1) การบูรณาการบริการด้านสาธารณสุข** การบูรณาการงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการรักษา การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ และคนในชุมชน โดยผลักดันให้ท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพ จะประสบผลสำเร็จได้ดีกว่าในโรงพยาบาล การบูรณาการบริการสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็น การเยี่ยมบ้าน การรักษาที่ รพ.สต. การรักษาที่โรงพยาบาล การดูแลสุขภาพชุมชนโดย อสม. การดูแลผ่านศูนย์ชีวาภิบาลในชุมชน การดูแลผ่านสุขศาลา การดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยโดยผู้นำชุมชน และ อปท. **2) สนับสนุนกลไกบริการด้านสังคมโดยชุมชน** การสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดสารเสพติดร่วมกัน โดยโรงพยาบาลต้องเป็นผู้ผลักดันกลไกต่างๆ เช่น ผู้นำชุมชน อสม. อปท. ญาติผู้ดูแล ให้เข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุด โดยบริการและการดูแลต่างๆ ต้องออกมาจากชุมชนเองและทันสมัยการผลักดันและสนับสนุนกลไกบริการให้ชุมชนเป็นเจ้าของ **3) บูรณาการงบประมาณร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น** การบูรณาการงบต่างๆ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ต้องพึ่งพางบประมาณจากทางโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว ท้องถิ่นจะช่วยสนับสนุนงบด้านอุปกรณ์ โดยเฉพาะ งบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น **4) กำหนด**

บทบาทหน้าที่คำสั่งคณะทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอำเภอ การกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน ทั้งในด้านการทำงานระดับอำเภอเป็นประธานคณะ อปท. เป็นฝ่ายทำงานในพื้นที่ และสนับสนุนงบประมาณ โรงพยาบาลทำหน้าที่รักษา และเยี่ยมบ้าน ในขณะที่ ผู้นำชุมชน อสม. ญาติผู้ดูแล การดูแลผู้ติดสารเสพติดที่สมัครใจเข้ารับการบำบัด **5) ขึ้นทะเบียนในการดูแลผู้ติดสารเสพติด มีการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชนโดยทีมคณะทำงาน** โครงการอบรมการดำเนินงานในศูนย์คัดกรองและการรับรองคุณภาพศูนย์คัดกรอง จัดให้มีการคัดกรองผู้ติดสารเสพติด การแยกประเภทผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติด **6) การประเมินโดยศูนย์คัดกรอง** มีแนวทางการคัดกรอง/ประเมินความรุนแรงของผู้เสพและรักษาผู้ด้วยแนวทางที่ได้มาตรฐานและทันสมัย ต้องมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต การใช้ยาเสพติดและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น การบริการเชิงรุกต่างๆ และส่งต่อ

3) ผลการใช้รูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่าย

3.1) ความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องยาเสพติด ก่อนพัฒนาพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องยาเสพติด มีคะแนนเฉลี่ย 22.47 คะแนน (S.D. 3.68) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องยาเสพติด มีคะแนนเฉลี่ย 28.92 คะแนน (S.D. 4.15) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05, t=12.84

3.2) ความพึงพอใจในรูปแบบ ก่อนพัฒนาพบว่า ความพึงพอใจ มีคะแนนเฉลี่ย 3.28 คะแนน (S.D. 0.94) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาพบว่า ความพึงพอใจ มีคะแนนเฉลี่ย 4.36 คะแนน (S.D. 0.82) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05, t=10.67 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบ ความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องยาเสพติด และความพึงพอใจรูปแบบ ในภาคีเครือข่าย ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบมีส่วนร่วม (n=43)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
1. ความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องยาเสพติด	22.47	3.68	ปานกลาง	28.92	4.15	มาก	12.84	<0.001*
2. ความพึงพอใจในรูปแบบ	3.28	0.94	ปานกลาง	4.36	0.82	มาก	10.67	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในพื้นที่ รพ.สต.บ้านสงเปลือย มีปัญหาในด้านระบบรายงานและการติดตามที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ปฏิบัติงานยังขาดแนวทางชัดเจนและการอบรมที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ บุญประเสริฐ[10] ที่พบว่าการขาดระบบการทำงานที่ชัดเจนและการประสานงานระหว่างหน่วยงานเป็นปัญหาสำคัญในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน การพัฒนารูปแบบที่ประกอบด้วย 6 แนวทางสำคัญ ได้แก่ การบูรณาการบริการด้านสาธารณสุข การสนับสนุนกลไกบริการด้านสังคมโดยชุมชน การบูรณาการงบประมาณ การกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน การขึ้นทะเบียนและติดตาม และการประเมินโดยศูนย์คัดกรอง เป็นการพัฒนาที่มีความครอบคลุมและเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดรักษาแบบชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการบูรณาการงาน[11] ผลการใช้รูปแบบพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องยาเสพติดและความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรู้และการยอมรับของผู้มีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ นงคราญ ศรีนำทา[12] ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดส่งผลให้เกิดความตระหนักและความร่วมมือที่ดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงจากรูปแบบเดิมที่โรงพยาบาลเป็นเจ้าภาพหลัก มาเป็นการให้ชุมชนเป็นเจ้าภาพและรัฐสนับสนุน เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่ทำให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดมีความยั่งยืน เนื่องจากชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ Participatory Action Research ที่เน้นการให้ชุมชนเป็นผู้นำในการแก้ไขปัญหาของตนเอง[13]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่าย ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของ รพ.สต. อื่น ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ อย่างน้อย 9 เดือน ให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่ ส่งผลให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนที่เหมาะสมได้

2. ควรมีการส่งเสริมความรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ในภาคีเครือข่าย และชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายเพิ่มเติมควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จ

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และหาแนวทางการพัฒนาแนวทางที่มีประสิทธิภาพต่อไป

4. ควรศึกษาการประเมินผลกระทบระยะยาวของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยติดตามผลอย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ตำบลสงเปลือย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสงเปลือย นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2020. Vienna: UNODC; 2020.
2. United Nations Office on Drugs and Crime. Synthetic Drugs in East and Southeast Asia: Latest developments and challenges 2022. Bangkok: UNODC Regional Office for Southeast Asia and the Pacific; 2022.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประจำปี 2564. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2565.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2565.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 7. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2567.
6. จังหวัดกาฬสินธุ์. แผนยุทธการฟ้าแดดสงยาง ระดมกวาดล้างยาเสพติดจังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: จังหวัดกาฬสินธุ์; 2561.
7. อำเภอนามน. รายงานสถานการณ์ปัญหายาเสพติดและการแก้ไข ประจำปี 2567. นามน: อำเภอนามน; 2567.

8. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: communicative action and the public sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The Sage handbook of qualitative research. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage; 2005. p. 559-603.

9. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.

10. วันเพ็ญ บุญประเสริฐ. การพัฒนาระบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน: กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขชุมชน 2565;16(2):45-58.

11. สุรชัย จันทร์เอม. การบำบัดรักษายาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน: แนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.

12. นงคราญ ศรีนำทา. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหายาเสพติด: กรณีศึกษาตำบลห้วยยาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพัฒนาชุมชน 2566;11(1):67-82.

13. บงกฎ ปัจสา และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2565;25(3):85-98.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

Development of Nurses' Competency in Caring of Patients with Ischemic Heart Disease Undergoing Cardiac Catheterization, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok Province.

(Received: September 24,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

จุฑามาส ทุยคำ[1] **กุลวดี อภิชาติบุตร**[2] **อรอนงค์ วิชัยคำ**[3]
Chutamas Thuikham[1] **Kulwadee Abhicharttibutra**[2] **Orn-Anong Wichaikhum**[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในโรงพยาบาลพุทธชินราช โดยใช้กระบวนการพัฒนาบุคลากร 6 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินความต้องการ การพัฒนาโครงการ การนำเสนอโครงการต่อผู้บริหาร การดำเนินโครงการ การประเมินผล และการติดตามผล กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 และหอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ แบบวัดความรู้ (ค่าความเชื่อมั่น = 0.80) และแบบประเมินสมรรถนะ (ค่าความสอดคล้องของการสังเกต = 0.97)วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิลคอกซัน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการอบรม ($\bar{x}$ = 27.88, SD = 1.54) สูงกว่าก่อนการอบรม ($\bar{x}$ = 18.33, SD = 2.99) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และก่อนการอบรม พยาบาลมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 0 ขณะที่หลังการอบรม พยาบาลมีสมรรถนะเป็นไปตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 81.25

คำสำคัญ: การพัฒนาสมรรถนะ การสวนหัวใจ พยาบาล โรคหัวใจขาดเลือด

ABSTRACT

This action research aimed to enhance the competency of nurses at Buddhachinaraj Hospital through a six-step personnel development process: needs assessment, program development, executive proposal, implementation, program evaluation, and follow-up. The study involved 16 professional nurses working in Male Medical Ward 3 and the Monk Infirmary Ward. The research instruments included a workshop-based training program, a curriculum on the care of patients with ischemic heart disease undergoing cardiac catheterization, a knowledge assessment tool developed by Kiattisonti (2022) with a reliability coefficient of 0.80, and a competency assessment tool with an inter-rater agreement of 0.97. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that the mean post-training knowledge score ($\bar{x}$ = 27.88, SD = 1.54) was significantly higher than the pre-training score ($\bar{x}$ = 18.33, SD = 2.99) at the .01 significance level. Before the training program, none of the nurses met the competency criteria (0%), whereas after the training, 81.25% met the required competency standards.

Keywords: Competency development, Coronary Angiography, Nurses, Ischemic Heart Disease

[1] นักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อีเมล: akulwadee@gmail.com

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทนำ

โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) เป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขไทยและทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลกโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี 2565 ถึง 19.8 ล้านคนต่อปี [1] สำหรับประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดและหัวใจที่มีแนวโน้มสูงขึ้นดังจะเห็นได้จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขที่พบอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คน ปี 2564–2566 เท่ากับ 431.91, 407.70 และ 501.13 ตามลำดับ [2] โดยการสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) เป็นการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจและสามารถรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ [3] ซึ่งเป็นวิธีการรักษามีความปลอดภัยสูงแต่ยังสามารถพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น เกิดก้อนเลือดใต้ผิวหนัง (Hematoma) เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ภาวะช็อคจากหัวใจ ไตวายเฉียบพลัน หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสาเหตุดังกล่าวอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ [4] พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการสวนหัวใจจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการสวนหัวใจ สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและสามารถปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรคเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป [5]

สมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของพยาบาล ที่เป็นผลมาจาก ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และคุณลักษณะ อื่นที่ต้องการเพื่อให้การปฏิบัติงานของพยาบาลบรรลุ วิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร [6] สมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะแรกรับ เป็นการประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการสวนหัวใจ ได้แก่ ซักประวัติสุขภาพและการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา อาหารทะเล และสารทึบรังสี วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจทางรังสีทรวงอก ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจสอบยาเดิม ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนการทำหัตถการสวนหัวใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้คำแนะนำในการงดน้ำงดอาหาร 2) ระยะต่อเนื่อง เป็นการปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมพร้อมของผู้ป่วยก่อนส่งทำหัตถการสวนหัวใจและการปฏิบัติการพยาบาลหลังการสวนหัวใจ ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพ เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ ตรวจสอบชื่อที่ข้อมือแสดงความถูกต้องของการระบุตัวบุคคล แนะนำให้ผู้ป่วยถอดฟันปลอมเก็บของมีค่า ประเมินแผลหลังทำหัตถการสวนหัวใจ ประเมินความปวด ดูแลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติหลังการทำหัตถการสวนหัวใจ เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ก้อนเลือดใต้ผิวหนัง เลือดออกซ้ำ เป็นต้น ถอดสายรัดห้ามเลือดที่ข้อจัดเตรียมอุปกรณ์ และช่วยแพทย์ถอดสายสวนที่ขาหนีบ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ วัดสัญญาณชีพ การบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออก และ 3) ระยะจำหน่าย เป็นการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและเป็นการวางแผนการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ ประเมินแผลที่ข้อมือและขาหนีบ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน เช่น การดูแล การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัด เป็นต้น[7] การที่พยาบาลมีสมรรถนะในดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจจะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการทำหัตถการ ผู้ป่วยไม่ถูกงดการทำหัตถการ ไม่เสียเวลาและไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม พยาบาลสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเพื่อที่จะให้การรักษาได้อย่างทันท่วงที และหลังการสวนหัวใจผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แต่หากพยาบาลขาดสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนส่งสวนหัวใจไม่ครบถ้วนทำให้

เกิดอุบัติการณ์ เช่น ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และผู้ป่วยถูกงดทำหัตถการ และผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการสวนหัวใจ เช่น ก้อนเลือดใต้ผิวหนัง เลือดออกซ้ำ เป็นต้น [7]

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 และสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลพุทธชินราช เป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญให้บริการผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่มีปัญหาโรคทางอายุรกรรมทั้งกลุ่มโรคที่หายขาด กลุ่มโรคเรื้อรัง และให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะกึ่งวิกฤตทางอายุรศาสตร์ จำนวน 30 เตียง และให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาเพื่อทำการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงทั้งในระยะก่อน และหลังทำหัตการจำนวน 10 เตียง มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 22 คน มีประสบการณ์การทำงาน 6 ปีขึ้นไป จำนวน 10 คน มีประสบการณ์การทำงาน 3-5 ปี จำนวน 6 คน มีประสบการณ์การทำงาน 2-3 ปี จำนวน 3 คน มีประสบการณ์การทำงาน 1-2 ปี จำนวน 3 คน มีการมอบหมายงานให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบ CCB (Case classification Complete care and Buddy) เป็นการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้โดยพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการให้พยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจจะดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้าในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลที่ต่อเนื่อง [8] ซึ่งจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ ปี พ.ศ. 2566 พบอุบัติการณ์ เช่นการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม การให้คำแนะนำไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยบางรายเกิดความกลัววิตกกังวล ไม่ให้ความร่วมมือ และพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านเกร็ดเลือดและการดูแลแผลบริเวณที่ทำหัตถการ เมื่อทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากตัวบุคลากรพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลไม่ครบถ้วน ไม่มีความรู้ และทักษะในการประเมินคนไข้ที่มีความเสี่ยงและไม่มีความสามารถจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น [9] และจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 และสงฆ์อาพาธ จำนวน 5 คน ให้ความคิดเห็นว่าการให้บริการของหอผู้ป่วยต้องรับดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจและดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ และภาวะวิกฤติ ทำให้มีการหมุนเวียนอัตรากำลังพยาบาลภายในหน่วยงานในดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ส่วนตลอดเวลา ทำให้บางครั้งต้องให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อยขาดสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจช่วยดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจ รวมทั้งมีพยาบาลจบใหม่และย้ายหน่วยงานทุกปี ซึ่งจากข้อมูลตั้งแต่ปี 2564 - 2566 พบว่าไม่มีการจัดอบรมให้ความรู้หรือการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจขึ้นภายในโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลที่ยังไม่ได้ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจ ขาดทักษะ และความรู้ ขาดความมั่นใจ มีความวิตกกังวล เมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจ และการให้การพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันไม่เป็นไปในทิศทางหรือแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้ความต้องการของหน่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยสามัญและผู้ป่วยสวนหัวใจที่มีจำนวนมากขึ้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการให้การบริการผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นที่ต้องให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน 1-2 ปี ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจได้ด้วยตนเอง

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาแสดงให้เห็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 และสงฆ์อาพาธ มีความจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจมีสมรรถนะ ในการเฝ้าระวัง ประเมิน และให้การดูแลได้อย่างทันท่วงทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช ให้มีความรู้

ความสามารถในการปฏิบัติงานทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กรวิชาชีพ และผู้ป่วยปลอดภัยจากการรักษาพยาบาล ลดผลกระทบด้านระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการและทุพพลภาพ ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช ประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาบุคลากรของบุญใจ ศรีสถิตนรากูร [10] ซึ่งเป็นการจัดโครงสร้างและการกำหนดกิจกรรมพัฒนาบุคลากรพยาบาล เพื่อให้บุคลากรพยาบาลมีความรู้ มีความสามารถ มีความก้าวหน้าในงาน มีเจตคติที่ดีต่องานที่รับผิดชอบ และมีความผาสุกในการทำงาน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินความต้องการ 2) เขียนโครงการพัฒนาบุคลากร 3) เสนอโครงการต่อผู้บริหารระดับสูง 4) ดำเนินโครงการ 5) ประเมินผลโครงการ และ6) ติดตามผลโครงการการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจใน 3 ระยะของการดูแลได้แก่ 1) ระยะแรกรับ ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนการสวนหัวใจซึ่งเป็นการประเมิน และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการสวนหัวใจ 2) ระยะต่อเนื่องซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมพร้อมของผู้ป่วยก่อนส่งทำหัตถการสวนหัวใจ และการปฏิบัติการพยาบาลหลังการสวนหัวใจทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และ 3) ระยะจำหน่ายซึ่งเป็นการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และเป็นการวางแผนการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 และสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลพุทธชินราช จำนวน 24 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 และสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลพุทธชินราช จำนวน 16 คน คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 และสงฆ์อาพาธ มีประสบการณ์ทำงานอยู่ในช่วง 0-2 ปี ที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช ประจำปี 2566 และพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะแต่ยังต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของผู้นิเทศไม่สามารถปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง (ยังไม่สามารถตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลได้ในบางเรื่องยังต้องปรึกษาหรือข้อคำแนะนำจากพยาบาลอาวุโส) และกำหนดเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ลาศึกษาต่อ ย้ายที่ทำงาน มีภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ หรือไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นสำหรับใช้ขออนุมัติการจัดกิจกรรมในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิทยากร สื่อ

กิจกรรม และงบประมาณ 2) หลักสูตรการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น ซึ่งเนื้อหาครอบคลุมการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ ทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง ระยะจำหน่าย ประกอบด้วยการสอนภาคทฤษฎี 4 ชั่วโมง ฝึกปฏิบัติกับสถานการณ์จำนวน 4 ชั่วโมง และฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงจำนวน 5 คน 3) แบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจของพยาบาลของกรรณิการ์ เกียรติสนธิ์[7] มีเนื้อหาครอบคลุมการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ ทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง ระยะจำหน่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ วุฒิการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังสวนหัวใจ และการอบรมความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังสวนหัวใจ ลักษณะเป็นข้อคำถามเลือกตอบและเติมคำ 2) แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจของกรรณิการ์ เกียรติสนธิ์[7] มีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมการปฏิบัติการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง ระยะจำหน่าย มีเกณฑ์การให้คะแนนการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ 7 ค่าคะแนน ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีสมรรถนะ คือ ยังไม่สามารถแสดงทักษะนั้นได้ 1 คะแนน หมายถึง หัดใหม่ คือ แสดงทักษะที่ไม่ถูกต้องสอดคล้องตามแนวปฏิบัติค่อนข้างมาก และไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้ด้วยตนเอง 2 คะแนน หมายถึง เริ่มก้าวหน้า คือ แสดงทักษะที่ถูกต้องสอดคล้องตามแนวปฏิบัติบางส่วน และสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้ด้วยตนเองเป็นบางครั้ง 3 คะแนน หมายถึง มีสมรรถนะ คือ แสดงทักษะที่ถูกต้องสอดคล้องตรงตามแนวปฏิบัติได้ทั้งหมดและสามารถจัดการสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้ 4 คะแนน หมายถึง ชำนาญ คือ แสดงทักษะที่ถูกต้องสอดคล้องตามแนวปฏิบัติอย่างง่ายดายเหมือนเป็นประจำและสามารถจัดการสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้ 5 คะแนน หมายถึง เชี่ยวชาญ คือ แสดงทักษะในการปฏิบัติในสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้อย่างดีเยี่ยมและสามารถจัดการสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้โดยใช้ประสบการณ์และสัญชาตญาน และ 6 คะแนน หมายถึง ช่ำชอง คือ แสดงทักษะในการปฏิบัติในสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้อย่างดีเยี่ยม สามารถคิดออกแบบมาตรฐานหรือวิธีการปฏิบัติใหม่ [11,12]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

เครื่องมือ ได้แก่ แบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจของกรรณิการ์ เกียรติสนธิ์ [7] ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงของแบบประเมิน (Content validity index) เท่ากับ 0.82 ซึ่งมากกว่าค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ คือ .80 [13] ผู้ศึกษาไม่ได้ดัดแปลง จึงไม่มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ส่วนโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ และหลักสูตรการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity index) ได้เท่ากับ 1 ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ คือ .80[13]

แบบประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจของกรรณิการ์ เกียรติสนธิ์[7] นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

ทางด้านสมรรถนะทางการพยาบาล 1 คน รองหัวหน้าพยาบาลฝ่ายการบริการบุคลากร 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ 1 คน และหัวหน้าพยาบาลห้องสวนหัวใจ 1 คน นำมาตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity index) ได้เท่ากับ 0.82 ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ คือ .80 [13]

การศึกษานี้มีการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยแบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ คำนวนค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder - Richardson 20 (KR – 20) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ซึ่งยอมรับได้ .80 [14] ส่วนแบบประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ นำไปตรวจสอบความสอดคล้อง (interrater agreement) โดยให้ผู้ประเมิน (ผู้เชี่ยวชาญ) 3 คน ประเมินพยาบาลคนเดียวกันพร้อมๆกัน จำนวน 10 คน ได้ค่าความสอดคล้อง (interrater agreement) เท่ากับ 0.97 ที่ยอมรับที่ .80 [15]

การรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ กุมภาพันธ์ ถึง มิถุนายน 2568 รวมระยะเวลา 5 เดือน และดำเนินการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจโรงพยาบาลพุทธชินราช ตามขั้นตอนการพัฒนาบุคลากร ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ประเมินความต้องการ ประกอบด้วย

1.1 การวิเคราะห์องค์กร ผู้ศึกษาวิเคราะห์นโยบายและความต้องการการพัฒนาบุคลากรทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 และสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลพุทธชินราช จากนโยบายพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และนโยบายความปลอดภัยทางการพยาบาลของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช และอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ [16]

1.2 การวิเคราะห์บุคลากร ผู้ศึกษาสอบถามปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ และความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 และสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลพุทธชินราช ร่วมกับข้อมูลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจประจำปี 2566

1.3 การวิเคราะห์งาน ผู้ศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ ทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่องและระยะจำหน่าย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 และสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลพุทธชินราช

ขั้นที่ 2 เขียนโครงการพัฒนาบุคลากร ผู้ศึกษาดำเนินการเขียนโครงการการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช กำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิทยากร สื่อ กิจกรรม งบประมาณ และการประเมินผลเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ขั้นที่ 3 เสนอโครงการต่อผู้บริหารระดับสูง ผู้ศึกษานำเสนอโครงการการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 และสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลพุทธชินราช ต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อขออนุมัติงบประมาณดำเนินการ ได้รับอนุมัติเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2567

ขั้นที่ 4 ดำเนินโครงการ โดยดำเนินการดังนี้

4.1 เตรียมความพร้อมในการจัดอบรม โดยการจัดทำหนังสือบันทึกถึงหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมเพื่อแจ้งถึงวัตถุประสงค์การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ และแจ้งวัตถุประสงค์ของการจัดอบรม แจ้งวัน เวลา และสถานที่ในการจัด

อบรมแก่คณะทำงาน จัดเตรียมอุปกรณ์และเอกสารประกอบการประชุม จัดเตรียมห้องประชุม อาหารและอาหารว่าง และจัดเตรียมแผนการสอน

4.2 ประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการก่อนการอบรม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งคือพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจแล้วและมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ มากกว่า 10 ปี จำนวน 3 คน ประเมินสมรรถนะผู้เข้าอบรมโดยใช้แบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น

4.3 ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ เป็นเวลา 48 ชั่วโมง แบ่งเป็นทฤษฎี 4 ชั่วโมง ฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ 4 ชั่วโมง ฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย 40 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมในการดำเนินการมีดังนี้ 1) ประเมินความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ 2) บรรยายให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ 3) ให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าฐานที่จำลองสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ 4) ประเมินความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ

4.4 ผู้เข้าอบรมฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจจำนวน 5 ราย ระหว่างการฝึกปฏิบัติผู้เข้าอบรมได้รับการให้คำปรึกษาแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลกับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจจนจบการฝึกปฏิบัติ

ขั้นที่ 5 ประเมินผลโครงการ ผู้ศึกษาดำเนินการสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประเมินผู้เข้าอบรมแต่ละคนปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ จำนวน 10 ราย

ขั้นที่ 6 ติดตามผลโครงการ ผู้ศึกษาติดตามผลการประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ โดยพบว่าภายหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจหลังการอบรมผ่านตามเกณฑ์ จึงนำเสนอผลการพัฒนาสมรรถนะต่อหัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม เพื่อให้นำเสนอต่อกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช ให้พิจารณาใช้เป็นหลักสูตรการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ ในหน่วยงานที่เกี่ยวกับให้การดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจเพื่อเป็นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเป็นประจำทุกปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Window โดยแยกวิเคราะห์ทางสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติ การวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจก่อนและหลังการอบรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

4. วิเคราะห์สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจโดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 2567 – EXP075) ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 23 ตุลาคม 2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 และสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลพุทธชินราช มีอายุเฉลี่ย 29.81 ปี (SD=4.45) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.80 วุฒิการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.44 ปี (SD=4.45) ประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังสวนหัวใจเฉลี่ย 3.31 ปี (SD=3.40) และไม่เคยมีประสบการณ์การอบรมความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังสวนหัวใจ ร้อยละ 100.00

2. ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม เท่ากับ 18.33 (SD=2.99) และคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 27.88 (SD=1.54) โดยค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนการอบรม ของผู้เข้าร่วมแตกต่างจากหลังการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจก่อนและหลังการอบรม (n=16)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		Mean Rank	P value
	ก่อนอบรม	หลังอบรม		
ความรู้	18.33 (2.99)	27.88 (1.54)	-3.527	0.001

3. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการอบรมพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 และสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลพุทธชินราช มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านตามเกณฑ์ร้อยละ 0 หลังการอบรมมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจหลังการอบรมผ่านตามเกณฑ์ร้อยละ 81.25

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกพบว่าก่อนการอบรมมีผู้ผ่านสมรรถนะตามเกณฑ์ร้อยละ 0 และหลังการอบรมมีผู้ผ่านสมรรถนะตามเกณฑ์ร้อยละ 81.25 อาจเนื่องจากการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช มีเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจทั้ง 3 ระยะ คือ 1) ระยะแรกรับ ผู้เข้าร่วมการอบรมได้รับความรู้การประเมินและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบขั้นตอนวิธีการสวนหัวใจ การอธิบายผู้ป่วยและญาติถึงข้อดี และความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของการทำหัตถการ และการอธิบายการปฏิบัติตัวหลังการสวนหัวใจ 2) ระยะต่อเนื่อง ผู้เข้าร่วมการอบรมได้รับความรู้การประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งทำหัตถการ (วันที่ทำหัตถการ) การให้การพยาบาลผู้ป่วยด้านร่างกายหลังการสวนหัวใจ การถอดสายรัดข้อมือและการจัดการเมื่อผู้ป่วยเกิดก้อนเลือดใต้ผิวหนัง การถอดท่อนำสายสวนที่ขาหนีบและจัดการเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังถอดท่อนำสายสวนที่ขาหนีบ การให้การพยาบาลผู้ป่วยด้านจิตใจหลังการสวนหัวใจ 3) ระยะจำหน่าย ผู้เข้าร่วมการอบรมจะได้รับความรู้การวางแผนการดูแลต่อเนื่องโดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านหลัง และการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อน

การจำหน่าย นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมการอบรมจะได้รับความรู้ด้านการมีทัศนคติ คุณธรรม จริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจ การได้รับการอบรมเสริมความรู้การดูแลทั้ง 3 ระยะ ดังกล่าว ทำให้ผู้เข้าร่วมการอบรมมีความรู้ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ ทั้ง 3 ระยะที่สามารถนำไปใช้ในการประเมินอาการ วางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำหัตถการสวนหัวใจ ดังที่สิริวดี ชูเชิด [17] ได้กล่าวไว้ว่าการอบรมเป็นวิธีการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่สามารถช่วยให้บุคลากรปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถลดปัญหาการปฏิบัติงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ ลดปัญหาความล่าช้าของการปฏิบัติงาน และช่วยเพิ่มประสิทธิผลที่องค์การจะได้รับ เช่น สามารถเพิ่มผลกำไรให้กับองค์การ สามารถลดค่าใช้จ่าย และลดต้นทุนในการปฏิบัติงานได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ ทองเกลี้ยง [18] ได้ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าความรู้หลังพัฒนาสมรรถนะโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญซึ่งปฏิบัติงานในด้านนี้โดยตรงได้มีการให้ความรู้ก่อนการพัฒนา สูงกว่าก่อนพัฒนาสมรรถนะและอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของมงคล สุริเมือง [19] ซึ่งเป็นการศึกษาประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการต่อความรู้และสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่โรงพยาบาลแม่สอดจังหวัดตาก พบว่าการอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการที่ประกอบด้วยการบรรยายภาคทฤษฎีและได้ลงมือฝึกปฏิบัติข้างเตียงโดยการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตช่วยทำให้พยาบาลวิชาชีพจบใหม่โรงพยาบาลแม่สอดจังหวัดตากมีความรู้และสมรรถนะที่เพิ่มขึ้น พบว่าการอบรมช่วยเพิ่มพูนความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านการประเมินอาการ การสื่อสาร และการจัดการภาวะฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

นอกจากนี้การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกมีการฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลองในการดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจ เรื่อง การถอดสายรัดข้อมือและการจัดการเมื่อผู้ป่วยเกิดhematoma การถอดท่อนำสายสวนที่ขาหนีบและการจัดการเมื่อผู้ป่วยเกิด hematoma ใช้เวลา 4 ชั่วโมง และฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจ ระยะแรกรับ ต่อเนื่อง และจำหน่าย ในผู้ป่วยจริง จำนวน 5 ราย ใช้เวลา 40 ชั่วโมง ซึ่งการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองหรือการฝึกปฏิบัติในบริบทที่ใกล้เคียงกับการทำงานจริง ช่วยให้พยาบาลเข้าใจขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง ดังที่ศิริพร ชุดเจือจีน และคณะ [20] ได้กล่าวไว้ว่าการฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลองทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลจากสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงมากที่สุด ผู้เรียนสามารถพัฒนาทักษะบทบาทพยาบาลวิชาชีพได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือภาวะวิกฤติ เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญทางคลินิกที่ต้องการได้เร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของAlharbi et al [21] ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-Based Learning: SBL) ต่อความรู้และทักษะของนักศึกษาพยาบาล พบว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะของนักศึกษาพยาบาล ด้านความรู้ การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ช่วยเพิ่มระดับความรู้ของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการเรียนรู้แบบดั้งเดิม ส่งผลให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในการตัดสินใจและการจัดการกับสถานการณ์ที่ซับซ้อน สามารถประเมินสถานการณ์และเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อีกทั้งการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก มีการกำหนดให้ฝึกปฏิบัติกับสถานการณ์จริงจำนวน 5 เคส

เนื่องจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงช่วยให้ผู้เรียนได้เผชิญกับสภาพปัญหาที่หลากหลาย และใกล้เคียงกับการปฏิบัติงานจริง ช่วยให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้งมากกว่าการเรียนรู้เชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว ยังเป็นการกระตุ้นให้พยาบาลเกิดการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจอย่างเป็นระบบ และการประยุกต์ใช้ความรู้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกที่เน้นการฝึกฝนซ้ำ ๆ จนเกิดความชำนาญ ดังที่สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และคณะ [22] ได้กล่าวไว้ว่า การพยาบาลโดยใช้สมรรถนะเป็นฐานเป็นการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้เรียนมีความมั่นใจ มีความรู้ ทักษะ ในการปฏิบัติงาน สมรรถนะทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นควรต้องเกิดจากการปฏิบัติงานโดยตรงมากกว่าการสังเกตการปฏิบัติงานในคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับดวงดาวลิขิตตระการ และณัฏฐชญา ดา ราชวัง [23] ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการประเมินความฉุกเฉินและความรุนแรงของผู้ป่วยนอก และอุบัติการณ์ทางคลินิกงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ภายหลังจากอบรมโดยให้พยาบาลฝึกทักษะจัดการผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและความฉุกเฉินในสถานที่จริงจำนวนคนละ 15 เคส พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนสมรรถนะก่อนและหลังการฝึกอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับดวงกมล หน่อแก้ว และคณะ [24] ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ต่อความรู้ทักษะปฏิบัติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ทักษะการปฏิบัติของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก มีการให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่มีประสบการณ์ผ่านการดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจมาแล้วดูแลให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาการฝึกจริงกับผู้ป่วย ซึ่งการมีผู้เชี่ยวชาญคอยให้คำแนะนำจะช่วยให้ผู้เรียนกล้าตัดสินใจและปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจมากขึ้น โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้องใช้วิจารณญาณทางคลินิก ผู้เรียนจะได้เรียนรู้การประเมินอาการและวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ผ่านการสะท้อนคิดและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้เชี่ยวชาญและการได้รับแบบอย่างที่ดีจากผู้มีประสบการณ์จะช่วยปลูกฝังจรรยาบรรณ ความรับผิดชอบ และความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย [25] ดังที่ Benner[26] ได้กล่าวไว้ว่า พยาบาลจะพัฒนาจากผู้เริ่มต้น (novice) ที่ยังขาดประสบการณ์ไปสู่ผู้เชี่ยวชาญ (expert) ได้นั้นต้องผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อนในการเป็นแบบอย่าง และเป็นผู้ให้คำแนะนำ การมีผู้เชี่ยวชาญคอยแนะนำเป็นการช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ และทำให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้เชิงทฤษฎีกับการปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญจึงเป็นแนวทางที่สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลให้ก้าวสู่ความเป็นมืออาชีพได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไชยเชษฐ์ จันทร์ขาว [27] ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ให้คำปรึกษาโดยใช้กระบวนการสะท้อนคิดในการสอนวิชาการสื่อสารและการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการให้คำปรึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของรชต กฤตธรรมวรรณและคณะ [28] ที่กล่าวไว้ว่า การจับคู่ระหว่างผู้มีประสบการณ์ (Mentor) กับผู้ที่ต้องการพัฒนาเน้นการถ่ายทอดความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) เช่น เทคนิคเฉพาะตัว วิธีคิดเชิงวิชาชีพ และประสบการณ์ที่ไม่สามารถเรียนรู้จากตำรา ใช้กระบวนการโค้ช (Coaching) การให้คำปรึกษา (Consulting) และการเล่าเรื่อง (Storytelling) เพื่อสร้างแรงบันดาลใจและการเรียนรู้แบบลึกซึ้ง ช่วยลดช่องว่างระหว่างรุ่น สร้างความสัมพันธ์ที่ดีในองค์กร และส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เป็นเครื่องมือสำคัญใน

การจัดการความรู้ (Knowledge Management) เพื่อให้ความรู้ไม่สูญหายและสามารถส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช ควรนำแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจจากการศึกษาครั้งนี้ไปกำหนดเป็นแผนการพัฒนาการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจในหน่วยงานที่เกี่ยวกับกับให้การดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจ เพื่อเป็นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเป็นประจำทุกปี

2. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ เป็นประจำและสนับสนุนให้พยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์สมรรถนะเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจทุกปี รวมทั้งจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 และสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลพุทธชินราช

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจในหน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล

2. ศึกษาการนำกระบวนการการพัฒนาบุคลากร ของบุญใจ ศรีสถิตนรากูร (2550) ไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ในเรื่องอื่นๆ ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 และสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกต่อไป

3. ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ ระยะสั้น และระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular disease [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2025 Sep 19]. Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.klongluanghospital.com/th/articles/272595-thip2566
3. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง พ.ศ. 2564. วารสารสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. 2564;1(1):7-42. เข้าถึงได้จาก: http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=784
4. จำเนียร พัฒนจักร, อรุณศรี แสนเมือง, ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน: เรื่องสำคัญสำหรับพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(2):50-61.
5. แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์, สุรสิทธิ์ ช่วยบุญ, ณหฤทัย นฤมานโภคิน. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ: กรณีศึกษา. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2562;30(2):2-14.
6. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานบริการพยาบาลศูนย์ตติยภูมิเฉพาะทาง (Excellent center) ศูนย์หัวใจ. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2548.
7. กรรณิการ์ เกียรติสนธิ์. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข. 2565;1(2):28-42.
8. โรงพยาบาลพุทธชินราช. Service profile โรงพยาบาลพุทธชินราช. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช; 2565.
9. โรงพยาบาลพุทธชินราช. รายงานประจำปี โรงพยาบาลพุทธชินราช. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช; 2565.
10. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์กรการพยาบาลในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
11. Benner P. Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and

clinical judgment in nursing practice and education. Bull Sci Technol Soc. 2004;24:188-199. doi:10.1177/0270467604265061

12. Rice K, Nicola S, Suzanne M, Adam J, Stephanie E, Sheen J. The utility and the competencies of professional psychology rating scales (COPPR). 2022;7(1):1-12.
13. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Appl Nurs Res. 1992;5:194-7.
14. Ebel RL, Frisbie DA. Essentials of educational measurement. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
15. Gisev N, Bell JS, Chen TF. Interrater agreement and interrater reliability: Key concepts, approaches, and applications. Res Social Adm Pharm. 2013;9(3):330-8.
16. โรงพยาบาลพุทธชินราช. คู่มือบริหาร โรงพยาบาลพุทธชินราช. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช; 2565.
17. สิริวดี ชูเชิด. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ. วารสารวไลยอลงกรณ์ ปริทัศน์ 2565;12(1):223-38.
18. ลัดดาวัลย์ ทองเกลี้ยง. ผลการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพยุค 4.0 ในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2564;4(2):55-66.
19. มงคล สุริเมือง, ศรีสุดา อัศวพลังกูล. ประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการต่อความรู้และสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข. 2566;2(2):17-27.
20. ศิริพร ชุดเจือจีน, สุดารัตน์ วุฒิศักดิ์ไพศาล, วรางคณา คุ้มสุข. การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำมาประยุกต์ใช้ในการสอนทางการพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2565;5(1):17-31
21. Alharbi A, Nurfianti A, Mullen RF, McClure JD, Miller WH. The effectiveness of simulation-based learning (SBL) on students' knowledge and skills in nursing programs: A systematic review. BMC Med Educ. 2024;24(1):562.
22. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, วรนุช ไชยวาน, สุภาพักตร์ หาญกล้า, ชนิดาภา ขอสุข. การประยุกต์ใช้แนวคิดสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลในการพัฒนาสมรรถนะด้านทักษะของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(1):6-13.
23. ณัฏฐชญาดา ราชวัง. ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการประเมินความฉุกเฉินและความรุนแรงของผู้ป่วยนอกและอุบัติการณ์ทางคลินิกงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2568.
24. ดวงกมล หน่อแก้ว, มนชยา ก้างยาง, พรรณวดี บูรณารมย์, จงลักษณ์ ทวีแก้ว, นวพล แก่นบุปผา, ไวยพร พรมวงค์. ผลของโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อความรู้ ทักษะปฏิบัติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2562;29(3):128-43.
25. Herkas K, Lehti A, Leino-Kilpi H. The mentor-protégé relationship: A model for nursing students' learning. Nurse Educ Today. 2014;34(3):395-400.
26. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984.
27. ไชยเชษฐ์ จันทร์ขาว. (2563). การพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ให้คำปรึกษาโดยใช้กระบวนการสะท้อนคิดในการสอนวิชาการสื่อสารและการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 1(1), 1–15.
28. รชต กฤตธรรมวรรณ, รุ่งนภา ตั้งจิตรเจริญกุล, องค์อร สงวนญาติ. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการศึกษาวิถีใหม่. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ อุบลปริทรรศน์. 2563;5(2):853-60.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of monitoring and evaluation system for service delivery according to Standards of One Stop Service Crisis Center (OSCC) by Applying Digital Technology in collaboration with community participation in Somdet Hospital, Kalasin Province.

(Received: September 23,2025 ; Revised: September 28,2025 ; Accepted: September 29,2025)

ดาววดี ลีลาวัฒนานนท์กุล[1]
Dawwadee Leelawattananonkun[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนาระบบและผลลัพธ์การใช้ระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้ โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างเดือนมีนาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 5 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรผู้รับบริการ และเครือข่าย รวม 40 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ เวชระเบียนผู้รับบริการศูนย์พึ่งได้ 65 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินระบบติดตามและประเมินผล แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test, Independent t-test, χ2) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาระบบติดตามและประเมินประกอบด้วย 8 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วม 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย 3) การพัฒนาระบบการให้บริการตามมาตรฐาน 4) การพัฒนาระบบติดตามและประเมินดิจิทัล 5) การสร้างระบบการมีส่วนร่วมของชุมชน 6) การพัฒนาระบบความปลอดภัยและการป้องกัน 7) การสร้างระบบประสานงานและเครือข่าย และ 8) การประเมินผลและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์การนำระบบไปใช้พบว่า ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานครบถ้วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 93.33 ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องเพิ่มร้อยละ 90.00 กรณีความรุนแรงที่ค้นพบและส่งต่อจากชุมชนเพิ่ม 6.67 กรณีต่อเดือน คะแนนเฉลี่ยการให้บริการตามมาตรฐานเพิ่มเป็น 4.75 คะแนน และคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= 6.82, 14.26, 16.02, 7.45)

คำสำคัญ: ศูนย์พึ่งได้, ระบบติดตามและประเมิน, เทคโนโลยีดิจิทัล

Abstract

This study is action research aimed to investigating situation and problems, developing a system, and comparing the outcomes of using a monitoring and evaluation system for service delivery according to the standards of the One-Stop Crisis Center by applying digital technology combined with community participation at Somdet Hospital, Kalasin Province, from March to July 2025, over a period of 5 months. Qualitative sample included 40 participants consisting of personnel involved with the One-Stop Service Crisis Center, service recipients, and community networks. The quantitative sample included medical records of 65 service recipients at the center. Research instruments consisted of focus group discussion guidelines, opinion questionnaires, interviews with service recipients, monitoring and evaluation system assessment forms, satisfaction surveys, and outcome evaluation forms. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics (Paired t-test, Independent t-test, χ2), while qualitative data were analyzed by content analysis.

Result to findings revealed that the development process of the monitoring and evaluation system comprised eight main steps: 1) building understanding and participation among stakeholders, 2) capacity building of personnel and community networks, 3) development of service delivery according to standards, 4) development of

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

a digital monitoring and evaluation system, 5) fostering community participation, 6) development of safety and prevention systems, 7) establishment of coordination and networking systems, and 8) continuous evaluation and improvement. Implementation results showed that the percentage of service recipients receiving complete care according to standards increased from 60.00 to 93.33 percent, continuous follow-up increased from 46.67 to 90.00 percent, and the number of violence cases detected and referred from the community rose from 2.33 to 6.67 cases per month. The average service quality score increased from 3.60 to 4.75 points, the monitoring and evaluation system score increased from 26.64 to 40.90 points, and service recipients' satisfaction score increased from 34.70 to 42.15 points. Stakeholders expressed high satisfaction with the system, with statistically significant improvements at the .05 level (t= 6.82, 14.26, 16.02, 7.45).

Keywords: One-Stop Crisis Center, monitoring evaluation system, digital technology

บทนำ

ความรุนแรงต่อเด็กและสตรีเป็นประเด็นสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ทั่วโลกมีสตรีประมาณ 1 ใน 3 คน (ร้อยละ 30.00) ที่เคยประสบความรุนแรงทางร่างกายหรือทางเพศจากคู่ครองหรือจากบุคคลอื่นอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต[1] ขณะที่ เด็กทั่วโลกถึง 1 พันล้านคน (ประมาณ 1 ใน 4 คน) อาศัยอยู่กับมารดาที่เป็นเหยื่อความรุนแรงจากคู่ครอง (UNICEF, 2024) เฉพาะเรื่องความรุนแรงทางเพศ มีเด็กประมาณ 90 ล้านคนที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบันเคยประสบความรุนแรงทางเพศ และมีเด็กหญิงและสตรี 650 ล้านคน (1 ใน 5 คน) ที่เคยประสบความรุนแรงทางเพศตั้งแต่วัยเด็ก รวมถึงเด็กหญิงและสตรีมากกว่า 370 ล้านคน (1 ใน 8 คน) ที่เคยถูกข่มขืนหรือล่วงละเมิดทางเพศ ผลกระทบของความรุนแรงต่อเด็กมีความรุนแรงและส่งผลระยะยาว โดย การถูกกระทำความรุนแรงในวัยเด็กสามารถส่งผลต่อการพัฒนาสมอง นำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมอาชญากรรม[2]

ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและสตรีอย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลจากการศึกษาระบุว่า สตรีไทยประมาณ 1 ใน 6 คนในความสัมพันธ์แบบอยู่ด้วยกันเคยประสบความรุนแรงในครอบครัวตลอดชีวิต และกรณีความรุนแรงในครอบครัวคิดเป็นเกือบร้อยละ 65.00 ของกรณีความรุนแรงทั้งหมดที่รายงานต่อกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์[3] อย่างไรก็ตามตัวเลขดังกล่าวน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากการรายงานที่ไม่ครบถ้วน กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งระบบศูนย์พึ่งได้เพื่อให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงอย่างครบวงจร โดยมุ่งเน้นการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามมาตรฐานการดูแลที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รวมถึงการป้องกันการตั้งครรภ์ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การประเมินและดูแลสุขภาพจิต และการติดตามให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง[4]

การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพ ในด้านเทคโนโลยีดิจิทัลได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของไทย มูลค่าตลาดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพดิจิทัลของไทยคาดว่าจะถึง 1.4 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2568 ขณะที่ตลาดเทเลเมดิซีนของไทยคาดว่าจะเติบโตประมาณ 90 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2566 โดยมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 19.30 ระหว่างปี 2564-2570 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดต้นทุน และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาทางไกล การจัดเก็บข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ และแอปพลิเคชันสุขภาพบนมือถือ[4] การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบสุขภาพไทยมีรากฐานที่แข็งแกร่งจากระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการลงทุนและการวางแผนเพื่อเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเพื่อให้บรรลุการคุ้มครองสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มรายได้และระหว่างประชากรในเขตเมือง

และชนบท การปฏิรูปของไทยให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เน้นการสนับสนุนชนบทและคนจน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเครือข่ายชุมชนมีบทบาทสำคัญในการค้นหา ป้องกัน และส่งต่อกรณีที่มีปัญหาสุขภาพ ระบบติดตามและประเมินผลเป็นกลไกสำคัญในการประกันคุณภาพการให้บริการตามมาตรฐาน การพัฒนาระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพช่วยให้สามารถตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรฐาน ระบุปัญหาและอุปสรรค และปรับปรุงการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ระบบที่ดีต้องมีความครอบคลุม ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และสามารถใช้งานได้ง่าย การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยบูรณาการกับแนวคิดสำคัญ 4 ประการ คือ มาตรฐานการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ แนวคิดการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพ แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพงานประจำ (Routine to Research) การพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างครบถ้วน มีความปลอดภัย ไม่ถูกกระทำซ้ำ และเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมาย การวิจัยนี้จึงมีความจำเป็นและมีประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ประสบภัยความรุนแรงอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน[4]

จังหวัดกาฬสินธุ์[5] มีประชากรประมาณ 985,000 คน มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง จากข้อมูลระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้รับบริการในศูนย์พึ่งได้ของจังหวัดกาฬสินธุ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2565 มีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า แต่อัตราการติดตามผู้ป่วยหลังการรับบริการยังคงต่ำกว่าร้อยละ 50 โรงพยาบาลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์[6] เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการประชากรในอำเภอสมเด็จ ประมาณ 85,000 คน มีศูนย์พึ่งได้ที่ให้บริการช่วยเหลือผู้ประสบภัยความรุนแรง จากข้อมูลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบปัญหาสำคัญคือผู้รับบริการไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะในกรณีสตรีที่ถูกข่มขืนกระทำชำเรา มักไม่ได้รับยาป้องกันการตั้งครรภ์และไม่ได้รับการประเมินสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมตามเกณฑ์ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้รับบริการมีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำซ้ำเนื่องจากขาดระบบการติดตามและป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับการเข้าถึงบริการยังมีข้อจำกัดเนื่องจากผู้ประสบปัญหามักปิดบังประวัติความรุนแรง ปัญหาสุขภาพจิต และการเสพสารเสพติด[6]

จากปัญหา และความสำคัญดังกล่าง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยพบว่ายังมีผู้ศึกษาน้อย และต้องการพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้ โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างครบถ้วน มีความปลอดภัย ไม่ถูกกระทำซ้ำ และเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมมากที่สุดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการตามมาตรฐานและการติดตามผู้รับบริการในศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการโดยบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อประเมินผลการใช้ระบบติดตามและประเมินผลการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดย

การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัย 5 เดือน ระหว่างมีนาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2568 และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ ระเบียบวิธีการวิจัยดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้ (กระบวนการ PDCA: Plan-Do-Check-Act) ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ (Plan) การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาระบบ (Do) การพัฒนาระบบ (แบบร่าง) และการนำระบบไปทดลองใช้และประเมินผล ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลและปรับปรุง (Check-Act) การนำไปใช้จริงและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ ประกอบด้วย บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการศูนย์พึ่งได้ ผู้รับบริการศูนย์พึ่งได้ และเครือข่ายในชุมชน ในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์, เชิงปริมาณ ข้อมูลการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลสมเด็จ ระหว่างเดือนมีนาคม 2568-กรกฎาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบศูนย์พึ่งได้ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน พยาบาลจิตเวช จำนวน 2 คน นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ธุรการ จำนวน 2 คน ผู้รับบริการศูนย์พึ่งได้ จำนวน 8 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 8 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 2 คน ครู จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ พมจ. จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling), เชิงปริมาณ เวชระเบียนผู้รับบริการศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลสมเด็จย้อนหลัง 1 ปี (มีนาคม 2567-กุมภาพันธ์ 2568) และข้อมูลการให้บริการระหว่างการใช้ระบบ (มิถุนาคม-กรกฎาคม 2568) รวม 60 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 6 ชุด ดังนี้ 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) แบบสอบถามความคิดเห็น 3) แบบสัมภาษณ์ผู้รับบริการ 4) แบบประเมินระบบติดตามและประเมินผล 5) แบบประเมินความพึงพอใจ 6)แบบประเมินผลลัพธ์ของการใช้ระบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และ การประเมินประสิทธิผลของระบบ ระดับความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการให้บริการตามมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ในการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้ระบบฯ โดยใช้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เปรียบเทียบร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานครบถ้วนก่อนและหลังการใช้ระบบ เปรียบเทียบร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องก่อนและหลังการใช้ระบบ ด้วยสถิติ $\chi 2$ เปรียบเทียบจำนวนกรณีความรุนแรงที่ได้รับการค้นพบและส่งต่อจากชุมชน ก่อนและหลังการใช้ระบบ ด้วยสถิติ Independent t-test และ เปรียบเทียบคะแนน การให้บริการตามมาตรฐานระบบติดตามและประเมิน ผลลัพธ์การใช้ระบบ และความพึงพอใจของผู้รับบริการและบุคลากร ก่อนและหลังการใช้ระบบ ด้วยสถิติ Paired t-test

3. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามวิธีของ Crabtree & Miller ประกอบด้วย การจัดแฟ้ม (Organizing) จัดเรียงข้อมูลตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ระยะเวลาการเก็บข้อมูล และประเด็นหลักของการสัมภาษณ์

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การให้บริการตามมาตรฐานและการติดตามผู้รับบริการในศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับบุคลากรศูนย์พึ่งได้ เครือข่ายชุมชน และผู้รับบริการ พบว่า ปัจจุบันการให้บริการช่วยเหลือผู้ประสบภัยความรุนแรงในศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลสมเด็จ ยังมีปัญหาและความท้าทายหลายประการ เนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ความซับซ้อนของปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และการขาดระบบติดตามและประเมินการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะในด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ การประเมินสุขภาพจิต และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับผู้ประสบภัยความรุนแรงส่วนใหญ่มีความกลัวและไม่กล้ารายงานเหตุการณ์ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การให้ความรู้เรื่องการป้องกันและการขอความช่วยเหลือยังไม่เป็นระบบและไม่มีความต่อเนื่อง อีกทั้งการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีประสิทธิภาพ เครือข่ายในชุมชนยังมีความรู้และทักษะในการค้นหาและส่งต่อกรณีความรุนแรงไม่เพียงพอ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามและประเมินการให้บริการยังมีข้อจำกัด ขาดระบบแจ้งเตือนและการบันทึกข้อมูลที่เป็นระบบ ทำให้ผู้รับบริการมีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำซ้ำ และไม่ได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันการให้บริการศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาลสมเด็จ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกฝ่าย ทั้งจากทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล เครือข่ายชุมชน หน่วยงานความปลอดภัย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงควรมีการพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างครบถ้วน มีความปลอดภัยจากการถูกกระทำซ้ำ เข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างมีคุณภาพ ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง และสร้างระบบสนับสนุนจากชุมชนที่ยั่งยืน

1.2 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

1.2.1 กลุ่มบุคลากรสุขภาพและเครือข่ายชุมชนที่เข้าร่วมการพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 40 คน ส่วนมากมีอายุ 36-45 ปี จำนวน 15 คน ร้อยละ 37.50 รองลงมา 25-35 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 30.00 และ 46-55 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 25.00 ตามลำดับ เพศส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 32 คน ร้อยละ 80.00 และเพศชาย จำนวน 8 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ประเภทผู้ให้ข้อมูลส่วนมากเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 8 คน ร้อยละ 20.00 และผู้รับบริการศูนย์พึ่งได้ จำนวน 8 คน ร้อยละ 20.00 รองลงมาผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน ร้อยละ 15.00 และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน ร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ส่วนแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ธุรการ เจ้าหน้าที่ตำรวจ ครู และเจ้าหน้าที่ พมจ. มีจำนวนคนละ 2 คน ร้อยละ 5.00 ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 22 คน ร้อยละ 55.00 รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 8 คน ร้อยละ

20.00 และอนุปริญญา/ปวส. จำนวน 6 คน ร้อยละ 15.00 มีผู้จบปริญญาโท จำนวน 4 คน ร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ประสบการณ์การทำงาน/เกี่ยวข้องกับศูนย์พึ่งได้ส่วนมากมีประสบการณ์ 1-3 ปี จำนวน 14 คน ร้อยละ 35.00 รองลงมามีประสบการณ์ 4-6 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 30.00 และมีประสบการณ์มากกว่า 6 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 20.00 ส่วนผู้มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 15.00

1.2.2 กลุ่มผู้รับบริการศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 60 ราย ส่วนมากมีอายุ 26-35 ปี จำนวน 18 ราย ร้อยละ 30.00 รองลงมาน้อยกว่า 18 ปี (เด็ก) จำนวน 15 ราย ร้อยละ 25.00 และ 18-25 ปี จำนวน 12 ราย ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ เพศส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 52 ราย ร้อยละ 86.67 และเพศชาย จำนวน 8 ราย ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 25 ราย ร้อยละ 41.67 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 18 ราย ร้อยละ 30.00 และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 12 ราย ร้อยละ 20.00 มีผู้จบอนุปริญญา/ปวส. จำนวน 3 ราย ร้อยละ 5.00 และปริญญาตรี จำนวน 2 ราย ร้อยละ 3.33 ตามลำดับ อาชีพส่วนมากเป็นเกษตรกร จำนวน 18 ราย ร้อยละ 30.00 รองลงมานักเรียน/นักศึกษา จำนวน 15 ราย ร้อยละ 25.00 และรับจ้างทั่วไป จำนวน 12 ราย ร้อยละ 20.00 ส่วนค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 8 ราย ร้อยละ 13.33 พนักงานบริษัท จำนวน 4 ราย ร้อยละ 6.67 ข้าราชการ/พนักงานรัฐ จำนวน 2 ราย ร้อยละ 3.33 และว่างงาน จำนวน 1 ราย ร้อยละ 1.67 ตามลำดับ ประเภทความรุนแรงที่ประสบส่วนมากเป็นความรุนแรงทางร่างกาย จำนวน 22 ราย ร้อยละ 36.67 รองลงมาความรุนแรงทางจิตใจ จำนวน 18 ราย ร้อยละ 30.00 และความรุนแรงทางเพศ จำนวน 15 ราย ร้อยละ 25.00 ส่วนการทอดทิ้ง/การละเลย จำนวน 5 ราย ร้อยละ 8.33 ตามลำดับ สถานที่เกิดเหตุส่วนมากเกิดขึ้นในครอบครัว/บ้าน จำนวน 42 ราย ร้อยละ 70.00 รองลงมาโรงเรียน จำนวน 8 ราย ร้อยละ 13.33 และชุมชน/สาธารณะ จำนวน 6 ราย ร้อยละ 10.00 ส่วนที่ทำงาน จำนวน 3 ราย ร้อยละ 5.00 และอื่นๆ จำนวน 1 ราย ร้อยละ 1.67 ตามลำดับ ผู้กระทำความรุนแรงส่วนมากเป็นคู่สมรส/คู่รัก จำนวน 25 ราย ร้อยละ 41.67 รองลงมาบิดา มารดา ผู้ปกครอง จำนวน 18 ราย ร้อยละ 30.00 และญาติ/คนในครอบครัว จำนวน 8 ราย ร้อยละ 13.33 ส่วนคนรู้จัก จำนวน 6 ราย ร้อยละ 10.00 และคนแปลกหน้า จำนวน 3 ราย ร้อยละ 5.00

2. กระบวนการพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

กระบวนการพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 8 กระบวนการหลัก ดังต่อไปนี้ 1) การสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายชุมชน 3) การพัฒนาระบบการให้บริการตามมาตรฐาน 4) การพัฒนาระบบติดตามและประเมินดิจิทัล 5) การสร้างระบบการมีส่วนร่วมของชุมชน 6) การพัฒนาระบบความปลอดภัยและการป้องกัน 7) การสร้างระบบประสานงานและเครือข่าย และ 8) การประเมินผลและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย Checklist ดิจิทัล ระบบแจ้งเตือนในโปรแกรม HosXP แอปพลิเคชันหรือ Line Official Account และระบบรายงานออนไลน์ โดยมีการนำมาตรฐานการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย 5 รายการหลัก (การประเมินและคัดกรองตามแบบฟอร์มมาตรฐาน OSCC การให้บริการทางการแพทย์และพยาบาลครบถ้วน การให้บริการด้านจิตสังคมโดยทีมสหวิชาชีพ การลงบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูล และการประสานงานส่งต่อและติดตามผล) มาใช้เป็นแกนหลักในการพัฒนาระบบ

ติดตามและประเมิน ประสิทธิผลของระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถสรุปกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมได้

3. การประเมินผลการใช้ระบบติดตามและประเมินผลการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ผลของการดูแลผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานครบถ้วน และ การดูแลผู้รับบริการที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ก่อนและหลังการใช้ระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ การเปรียบเทียบร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานครบถ้วน พบว่า ก่อนการใช้ระบบ ผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานครบถ้วน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.00 และไม่ได้รับการดูแลครบถ้วน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 ภายหลังการใช้ระบบ พบว่า ผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานครบถ้วน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.33 และไม่ได้รับการดูแลครบถ้วน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.67 จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า χ^2 = 8.537, df = 1, p-value = 0.003 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเปรียบเทียบร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ก่อนการใช้ระบบ ผู้รับบริการที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.67 และไม่ได้รับการติดตามต่อเนื่อง 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33 ภายหลังการใช้ระบบ พบว่า ผู้รับบริการที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.00 และไม่ได้รับการติดตามต่อเนื่อง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.00 จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า χ^2 = 12.857, p-value < 0.001 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 การเปรียบเทียบจำนวนกรณีความรุนแรงที่ได้รับการค้นพบและส่งต่อจากชุมชนก่อนและหลังการใช้ระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวนกรณีความรุนแรงที่ได้รับการค้นพบและส่งต่อจากชุมชน พบว่า ก่อนการใช้ระบบ จำนวนกรณีความรุนแรงที่ได้รับการค้นพบและส่งต่อจากชุมชนมีค่าเฉลี่ย 2.33 กรณีต่อเดือน (S.D. = 1.15) โดยมีจำนวนต่ำสุด 1 กรณี และสูงสุด 3 กรณี ภายหลังการใช้ระบบ พบว่า จำนวนกรณีความรุนแรงที่ได้รับการค้นพบและส่งต่อจากชุมชนมีค่าเฉลี่ย 6.67 กรณีต่อเดือน (S.D. = 1.53) โดยมีจำนวนต่ำสุด 5 กรณี และสูงสุด 8 กรณี จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test โดยเปรียบเทียบข้อมูล 3 เดือนก่อนและหลังการใช้ระบบ t = -4.85, df = 4, p-value = 0.008 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean Difference -4.34, 95% CI= -6.89, -1.79)

3.3 ผลการให้บริการตามมาตรฐาน ก่อน-หลังการพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประสิทธิผลการพัฒนาการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้ จากการประเมินตามแบบบันทึกข้อมูลการให้บริการตามมาตรฐาน (เต็ม 5 คะแนน) ก่อนพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการให้บริการตามมาตรฐาน 3.60 คะแนน (S.D.=1.32) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการให้บริการในศูนย์พึ่งได้ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะด้านการประสานงานส่งต่อและการติดตามผล ที่มีคะแนนเฉลี่ย 0.58 คะแนน อยู่ในระดับน้อย และการประเมินคัดกรองตามแบบฟอร์มมาตรฐาน OSCC ที่มีคะแนนเฉลี่ย 0.78 คะแนน อยู่ในระดับน้อย ภายหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการให้บริการตามมาตรฐาน 4.75 คะแนน (S.D.=0.64) ซึ่งอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 95.00 ตามลำดับ

3.4 ผลการพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการ ก่อน-หลังการพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประสิทธิผลการพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการ จากการประเมินตามแบบประเมินระบบติดตามและประเมิน (เต็ม 50 คะแนน) ประสิทธิผลรวมของระบบติดตามและประเมิน ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนรวมระบบติดตามและประเมิน 26.64 คะแนน (S.D.=6.45) จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 53.28 อยู่ในระดับน้อย ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนรวมระบบติดตามและประเมิน 40.90 คะแนน (S.D.=5.23) คิดเป็นร้อยละ 81.80 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาแบ่งเป็นรายด้าน

3.5 ผลลัพธ์การใช้ระบบ ก่อน-หลังการพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประสิทธิผลการพัฒนาผลลัพธ์การใช้ระบบติดตามและประเมินการให้บริการ จากการประเมินตามแบบประเมินผลลัพธ์การใช้ระบบ (เต็ม 50 คะแนน) ประสิทธิผลรวมของผลลัพธ์การใช้ระบบ ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนรวมผลลัพธ์การใช้ระบบ 24.50 คะแนน (S.D.=6.78) จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 49.00 อยู่ในระดับน้อย ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนรวมผลลัพธ์การใช้ระบบ 40.52 คะแนน (S.D.=5.67) คิดเป็นร้อยละ 81.04 อยู่ในระดับมาก โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้น 16.02 คะแนน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 65.39

3.6 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ คะแนนเฉลี่ย ก่อน-หลังการพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประสิทธิผลการพัฒนาความพึงพอใจของผู้รับบริการศูนย์พึ่งได้ จากการประเมินตามแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (เต็ม 50 คะแนน) ประสิทธิผลรวมของความพึงพอใจผู้รับบริการ ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนรวมความพึงพอใจของผู้รับบริการ 34.70 คะแนน (S.D.=6.89) จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 69.40 อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนรวมความพึงพอใจของผู้รับบริการ 42.15 คะแนน (S.D.=4.78) คิดเป็นร้อยละ 84.30 อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นการพัฒนาที่สำคัญ โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้น 7.45 คะแนน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 21.47

3.7 ผลลัพธ์ภาพรวม ในด้าน การให้บริการตามมาตรฐาน ระบบติดตามและประเมิน ผลลัพธ์การใช้ระบบ และความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ การเปรียบเทียบการให้บริการตามมาตรฐาน ระบบติดตามและประเมินผลลัพธ์การใช้ระบบ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ก่อน-หลัง การพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=60) พบผลดังนี้ 1) การให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้ ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า การให้บริการตามมาตรฐานมีคะแนนเฉลี่ย 3.60 คะแนน (S.D. 1.32) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า การให้บริการตามมาตรฐานมีคะแนนเฉลี่ย 4.75 คะแนน (S.D. 0.64) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับการให้บริการตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=6.82 2) ระบบติดตามและประเมินการให้บริการ ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า ระบบติดตามและประเมินมีคะแนนเฉลี่ย 26.64 คะแนน (S.D. 6.45) อยู่ในระดับน้อย ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า ระบบติดตามและประเมินมีคะแนนเฉลี่ย 40.90 คะแนน (S.D. 5.23) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับระบบติดตามและประเมินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05,

t=14.26 3) ผลลัพธ์การใช้ระบบ ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า ผลลัพธ์การใช้ระบบมีคะแนนเฉลี่ย 24.50 คะแนน (S.D. 6.78) อยู่ในระดับน้อย ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า ผลลัพธ์การใช้ระบบมีคะแนนเฉลี่ย 40.52 คะแนน (S.D. 5.67) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับผลลัพธ์การใช้ระบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสธิติที่ระดับ .05, t=16.02 4) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการมีคะแนนเฉลี่ย 34.70 คะแนน (S.D. 6.89) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการมีคะแนนเฉลี่ย 42.15 คะแนน (S.D. 4.78) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=7.45 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบ การให้บริการตามมาตรฐาน ระบบติดตามและประเมิน ผลลัพธ์การใช้ระบบ และความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=60)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
1. การให้บริการตามมาตรฐาน	3.60	1.32	ปานกลาง	4.75	0.64	มาก	6.82	<0.001*
2. ระบบติดตามและประเมิน	26.64	6.45	น้อย	40.90	5.23	มาก	14.26	<0.001*
4. ผลลัพธ์การใช้ระบบ	24.50	6.78	น้อย	40.52	5.67	มาก	16.02	<0.001*
3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	34.70	6.89	ปานกลาง	42.15	4.78	มาก	7.45	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์การให้บริการศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลสมเด็จ มีปัญหาสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ ผู้รับบริการไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานครบถ้วน ระบบติดตามผู้รับบริการไม่มีประสิทธิภาพ เครือข่ายชุมชนขาดความรู้ในการค้นหาและส่งต่อ และขาดการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตาม สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวเรศ คำมะนาด และจรรยาภรณ์ รัตนโกศล[7] พบว่าผู้รับบริการศูนย์พึ่งได้ไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานครบถ้วน โดยเฉพาะกรณีสตรีที่ถูกข่มขืนมักไม่ได้รับยาป้องกันการตั้งครรภ์ฉุกเฉินภายใน 72 ชั่วโมง ปัญหาด้านการติดตามผู้รับบริการที่พบในการศึกษานี้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ พรทิพย์ คนึงบุตร ดรุณี ชุณหะวัต และพัชรินทร์ นินทจันทร์[8] (2554) พบอัตราการติดตามผู้รับบริการหลังการรักษาลดลง สะท้อนปัญหาเชิงระบบที่เกิดขึ้นในหลายพื้นที่ การขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้รับบริการมีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำซ้ำสูงขึ้น ดังที่ George, Mehra, Scott, & Sriram[9] พบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลเพียงเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านนี้ยังมีข้อจำกัดทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ปัญหาด้านการขาดการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่พบในการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ ฑิณกร โนรี และนงลักษณ์ พะไกยะ[10] พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและแอปพลิเคชันในการแสวงหาความรู้ รวมทั้งการบันทึกข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการทำงาน Burke, Watson, Eva, Gold, Garcia-Moreno, & Amin[11] ของประเทศที่ศึกษาที่มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามและประเมินผล

ปัญหาความรุนแรงต่อสตรี

การพัฒนาระบบในการศึกษานี้ประกอบด้วย 8 กระบวนการหลัก เน้นการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล (Checklist ดิจิทัล ระบบแจ้งเตือนใน HosXP LINE Official Account) กับการมีส่วนร่วมของชุมชน (การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ระบบรายงานออนไลน์) สอดคล้องกับแนวทางของ Haldane, Chuah, Srivastava, Singh, Koh, Seng, & Legido-Quigley[12] เสนอว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนควรครอบคลุมทั้งการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล ซึ่งส่งผลให้การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น การพัฒนาระบบดิจิทัลในการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวทางของ สุรสิงห์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์ (2566) พัฒนาระบบติดตามสถานะผู้ป่วยแบบเรียลไทม์ ช่วยลดเวลาเตรียมความพร้อมของทีมแพทย์ การใช้ LINE Official Account ในการศึกษานี้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยที่ประชาชนคุ้นเคยกับแอปพลิเคชันนี้ ขัดแย้งกับ Runkle, Sugg, Graham, Hodge, March, & Mullendore[14] ใช้แอปพลิเคชันเฉพาะในการเฝ้าระวังแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเพิ่มการรายงานข้อมูลจากชุมชนได้ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายชุมชนในการศึกษานี้ให้ความสำคัญกับการอบรมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ ปวีณา กุมาร พบว่าหลังการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีความรู้เพิ่มขึ้น สามารถใช้แอปพลิเคชันบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้อง การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการศึกษานี้สอดคล้องกับ George et al.[8] เสนอว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการจัดการทรัพยากร Meyer et al.[9] แม้จะพบเพียงเล็กน้อย แต่เมื่อเกิดขึ้นจะมีการมีส่วนร่วมจะสูงขึ้น

ภายหลังการใช้ระบบผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานครบถ้วนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวเรศ คำมะนาด และจรรยาภรณ์ รัตนโกศล[6] พบผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นประสิทธิผลของระบบที่พัฒนาขึ้น การติดตามอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น สูงกว่าอัตราการติดตามในการศึกษาของ พรทิพย์ คนึงบุตร และคณะ[7] พบอัตราการติดตามเพียงเล็กน้อย จำนวนกรณีความรุนแรงที่ค้นพบและส่งต่อจากชุมชนเพิ่มขึ้น กรณีต่อเดือนเพิ่มขึ้นสูงกว่าการศึกษาของ ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ[10] พบว่า อสม. สามารถค้นพบและส่งต่อกรณีความรุนแรงเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลกับการมีส่วนร่วมของชุมชนมีประสิทธิผลสูง สอดคล้องกับ Burke et al. [11]พบว่าประเทศที่บูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลกับการมีส่วนร่วมของชุมชนมีอัตราการค้นพบผู้ประสบภัยความรุนแรงสูง ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น โดยด้านทัศนคติของบุคลากรและการให้เกียรติมีคะแนนสูงสุด สอดคล้องกับ Haldane et al.[12] พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการ ประสิทธิผลของระบบติดตามและประเมินเพิ่มขึ้น โดยด้านความสะดวกในการป้อนข้อมูลและติดตามมีการพัฒนามากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรสิงห์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์[13] พบว่าระบบดิจิทัลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและลดเวลาในการเตรียมความพร้อม ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการตามมาตรฐานศูนย์พึ่งได้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนมีประสิทธิผลสูงในทุกมิติ ทั้งการเพิ่มคุณภาพการให้บริการ การติดตามผู้รับบริการ การค้นพบกรณีความรุนแรงจากชุมชน และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งสามารถนำไปเป็นต้นแบบในการพัฒนาศูนย์พึ่งได้ในพื้นที่อื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลควรจัดตั้งศูนย์ประสานงานการดูแลผู้ประสบภัยความรุนแรง (One Stop Service Crisis Center) เพื่อเป็นศูนย์กลางประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานในแต่ละชุมชน

2. พัฒนาคู่มือการปฏิบัติงาน ระบบติดตามและประเมินผลที่ครอบคลุม 8 กระบวนการหลัก พร้อมแนวทางการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

3. จัดระบบนิเทศและติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ โดยกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจน

และมีการประเมินผลทุก 3 เดือน ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และผลลัพธ์การดูแล

4. สร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชนและหน่วยงานที่ดำเนินงาน เพื่อแบ่งปันประสบการณ์และแนวปฏิบัติที่ดี รวมทั้งจัดประชุมวิชาการเพื่อเผยแพร่ผลการดำเนินงาน

5. พัฒนาระบบการส่งต่อและรับกลับผู้ประสบภัย ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนให้มีประสิทธิภาพ พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน

6. จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้ประสบภัย ที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุข และเครือข่ายชุมชน เพื่อการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

7. พัฒนาแอปพลิเคชันหรือระบบแจ้งเตือนสำหรับผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ ในการติดตามสถานะการดูแล แจ้งเตือนนัดหมาย และรายงานผลแบบเรียลไทม์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วย บุคลากร และภาคีเครือข่าย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. (2024). Violence against women. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

2.UNICEF. (2024). Violence against children widespread, affecting millions globally. Retrieved from https://www.unicef.org/press-releases/fast-facts-violence-against-children-widespread-affecting-millions-globally

3.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือการติดตามและประเมินผลโครงการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

4.สุรสิงห์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ, 14(2), 1-10. Retrieved from https://so04.tci-thaijo.org/index.php/journal_sct/article/download/254109/174804

5.รายงานศูนย์พึ่งได้งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ (2567). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2567.โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานศูนย์พึ่งได้. อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 2567.

6.เยาวเรศ คำมะนาด และจรรยาภรณ์ รัตนโกศล. (2564). รูปแบบการบริการเด็กและผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การศึกษาย้อนหลัง 10 ปี ศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น, 44(3), 121-134.

7.พรทิพย์ คนึงบุตร, ดรุณี ชุณหะวัต, และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2554). การประเมินผลการดำเนินงานศูนย์พึ่งได้ (One Stop Crisis Center: OSCC) โรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 25(1), 75-86.

8.George, A. S., Mehra, V., Scott, K., & Sriram, V. (2015). Community participation in health systems research: A systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. PLOS One, 10(10), e0141091.

9.Meyer, S. R., Lasater, M. E., & García-Moreno, C. (2020). Violence against older women: A systematic review of qualitative literature. PLOS One, 15(9), e0239560

10.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, ฑิณกร โนรี, และนงลักษณ์ พะไกยะ. (2567). การพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการจัดการสุขภาพชุมชน หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

11.Burke, E., Watson, K., Eva, G., Gold, J., Garcia-Moreno, C., & Amin, A. (2024). Is addressing violence against women prioritised in health policies? Findings from a WHO policies database. PLOS Global Public Health, 4(2), e0002504.

12.Haldane, V., Chuah, F. L. H., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C. H., Seng, C. K., & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. PLOS One, 14(5), e0216112.

13.สุรสิงห์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์. (2566). การพัฒนาระบบติดตามสถานะผู้ป่วยบนรถพยาบาลแบบเรียลไทม์. วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์, 18(2), 45-58.

14.Runkle, J. D., Sugg, M. M., Graham, G., Hodge, B., March, T., Mullendore, J., et al. (2021). Participatory COVID-19 surveillance tool in rural Appalachia: Real-time disease monitoring and regional response. Public Health Reports, 136(3), 327-337.

15.ปวีณา กุมาร. (2567). ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม. อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 34(1), 20-27.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรผู้ทำสวนทุเรียนในจังหวัดชุมพร

The relationship between Health Literacy and Pesticide Poisoning Prevention Behaviors among Durian Agricultural Workers, Chumphon Province.

(Received: September 27,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

สำเริง นพชำนาญ[1] มนต์ทิพา ทองดี[2] ญาดา นพชำนาญ[3]
Samroeng Nopchamnan[1] Monthipa Thongdee[2] Yada Nopchamnan[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและพฤติกรรมการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ทำสวนทุเรียน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 คน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.57 มีอายุเฉลี่ย 53.07 ปี ช่วงอายุ 45-54 ปี ร้อยละ 34.33 ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้าง ร้อยละ 74.63 รองลงมาคือ รับจ้างฉีดครั้งคราว ร้อยละ 16.42 และร้อยละ 8.95 เป็นเจ้าของสวน เกษตรกรเคยรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสารเคมีและสุขภาพ ร้อยละ 64.93 จากเจ้าหน้าที่ทางเกษตร ร้อยละ 21.64 และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 21.64 มีคะแนนเฉลี่ยรวมด้านความรู้ความเข้าใจมีค่าเฉลี่ย 6.86 ± 1.955 ซึ่งบ่งชี้ว่าเกษตรกรมีความรู้ในระดับปานกลางค่อนไปทางดี ด้านพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.06 มีการล้างมือหลังจากผสมสารเคมีทันที และพบว่าระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยค่าสหสัมพันธ์ (r=0.355, p<.001)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการแพ้พิษ

Abstract

This cross-sectional study aimed to study health literacy, behaviors to prevent pesticide allergy, and the relationship between health literacy in preventing pesticide allergy and behaviors to prevent pesticide allergy in durian farmers. The sample consisted of 134 people.

The study results revealed that the majority of the sample (86.57%) were male, with an average age of 53.07 years and 34.33% of them being in the age range of 45-54 years. Most of them were employees (74.63%), followed by hired sprayers (16.42%), and 8.95% were orchard owners. 64.93% of the farmers had received information about chemicals and health from agricultural officials (21.64%) and public health officials (21.64%). The average score for knowledge and understanding was 6.86 ± 1.955, indicating that farmers had moderate to good knowledge. Their behavior in preventing the dangers of pesticide use was good, with the majority (88.06%) washing their hands immediately after mixing chemicals. It was found that farmers' health literacy had a statistically significant positive relationship with their behavior in preventing pesticide allergy, with a correlation coefficient (r = 0.355, p < .001).

Keyword: health literacy, Pesticide Poisoning Prevention Behaviors

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังไผ่ อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอละแม จังหวัดชุมพร
[3] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำสิงห์ อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร

บทนำ

จังหวัดชุมพรเป็นหนึ่งในจังหวัดที่พบว่ามีการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชสูง เนื่องจากมีแหล่งปลูกและส่งออกผลไม้ โดยเฉพาะทุเรียนซึ่งเป็นผลไม้เศรษฐกิจที่สำคัญ และได้ชื่อว่า เป็นราชาผลไม้ (King of Fruit) โดยในปี พ.ศ.2567 มีพื้นที่ให้ผลผลิตสูงถึง 886,295 ไร่ ผลผลิตเฉลี่ยต่อไร่ 1,415 กิโลกรัม ซึ่งสูงที่สุดในพื้นที่ปลูกทุเรียนภาคใต้ และคาดว่าผลผลิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2566 เนื่องจากมีการเพิ่มพื้นที่ปลูกเพิ่มขึ้น จากความต้องการของตลาดที่สูงขึ้น ประกอบกับราคาทุเรียนอยู่ในเกณฑ์ดี มีแนวโน้มได้ราคาสูง จึงเป็นสิ่งจูงใจให้เกษตรกรลงทุนขยายพื้นที่ปลูกทุเรียนเพิ่มมากขึ้น แต่เนื่องจากผลผลิตของทุเรียนมีอิทธิพลมาจากสภาพสิ่งแวดล้อม และภูมิอากาศ รวมทั้งการดูแลเพื่อเพิ่มผลผลิต จึงส่งผลให้เกิดการใช้สารเคมีในการดูแล บำรุงรักษา รวมทั้งการป้องกันกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น พบปัญหาโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับอันตรายหรือผลกระทบจากสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย และพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสม โดยสิ่งคุกคามสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจากการประกอบอาชีพ อาทิเช่น การใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่มีความเสี่ยงสูงที่เป็นอันตรายส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เสี่ยงต่อการเกิดพิษแก่มนุษย์ที่รุนแรง[1,2,3]

ปัจจุบันพบว่า การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีระดับอันตรายร้ายแรงในแปลงเกษตรกร แต่ในขณะเดียวกัน หากผู้ใช้มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จะส่งผลต่อความเสี่ยงทางสุขภาพ รวมถึงเกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้เช่นกัน[4,5] พบว่าเกษตรกรมีความรุนแรงของปัญหาการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชในภาพรวมระดับปานกลาง แต่มีประเด็นที่เกษตรกรมีความเห็นว่าปัญหารุนแรงในระดับมาก คือการปฏิบัติก่อนการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชโดยเลือกซื้อสารเคมีตามคำแนะนำของคนอื่น การใช้สารเคมีโดยการผสมสารเคมีหลายประเภทและอัตราส่วนที่ผสมที่มากกว่าที่ฉลากระบุ[1] ซึ่งการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และมีพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ เกษตรกรควรได้รับการพัฒนาระดับความรอบรู้ให้สูงขึ้น[6] อาทิเช่น การใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่างจากการให้ความรู้แบบให้อ่านคู่มือด้วยตนเอง[7]

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าสภาพทางสังคมของเกษตรกรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 43.83 ปี จบระดับประถมศึกษา มีประสบการณ์การปลูกทุเรียนเฉลี่ย 12.33 ปี มีประสบการณ์การใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชในการผลิตทุเรียน 11.58 ปี[1] มีการฉีดพ่นสารเคมีจำนวนครั้งเฉลี่ย 1.23 - 1.90 ครั้ง/ เดือน ระยะเวลาในการฉีดพ่นสารเคมีแต่ละครั้งต่อชั่วโมงเฉลี่ย 1.20 – 1.93 ชั่วโมง[8] ส่วนใหญ่ฉีดพ่นด้วยตนเอง มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในภาพรวมอยู่ในระดับบ่อยครั้ง[9] และนอกจากนั้น มีการจ้างแรงงานเฉลี่ย 1.96 คน มีพื้นที่ในการปลูกทุเรียนเป็นของตนเองโดยเฉลี่ย 9.68 ไร่ มีรายจ่ายในการซื้อสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ย 66.892.86 บาท/ปี พฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรกรผู้รับจ้างฉีดพ่นยังเป็นพฤติกรรมเสี่ยงและไม่เป็นไปตามข้อจำกัดการใช้[1,3] การฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืชอาจทำให้เกิดการปนเปื้อนในดิน น้ำทั้งแหล่งน้ำผิวดินและใต้ดินและสารยังสามารถฟุ้งกระจายไปในบรรยากาศ[10] มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางการเกษตร สถานภาพสมรสและ

การเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันตนเองมีส่วนร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 18.2[11] ส่วนพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์กัน[6] การปฏิบัติในการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องตามหลักวิชาการอยู่ในระดับมาก อาทิเช่น การใช้ไม้หรือวัสดุที่เหมาะสมในการคนสารเคมีก่อนการฉีดพ่น การตรวจสอบอุปกรณ์การฉีดพ่นให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์พร้อมใช้งานก่อนการใช้งาน การระมัดระวังไม่ให้ละอองสารเคมีปลิวเข้าหาตัวคน สัตว์เลี้ยงและอาหาร[1]

ซึ่งการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทำให้ส่งผลกระทบต่อเกษตรกรผู้ใช้ ผู้บริโภคและสิ่งแวดล้อม เกษตรกร ประชาชนทั่วไป ผู้บริโภคและสิ่งมีชีวิตในสิ่งแวดล้อม อาจได้รับสารกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายได้[10] เกษตรกรส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการแพ้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช มีบางส่วนที่เคยมีอาการแพ้สารเคมี โดยมีอาการ วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ และระคายเคืองผิวหนัง มีผื่นแดง[1] และมีความเสี่ยงต่อโอกาสการเกิดอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อ โรคระบบสืบพันธุ์ อนามัยการเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์ และโรคมะเร็ง ในกลุ่มผู้ที่ได้รับสัมผัสสารเคมีต่อเนื่องทั้งในภาคการเกษตร ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็กและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผ่านทางการตกค้างในสิ่งแวดล้อมและระบบห่วงโซ่อาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมต่อภาระโรคกลุ่มติดต่อเรื้อรัง[3] ผลการวิจัยล่าสุดพบว่าสารกำจัดศัตรูพืชอาจทำให้เกิดโรคและปัญหาสุขภาพหลายอย่าง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน ภาวะอ้วนลงพุง โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรังโรคหลอดเลือดสมองโรคภูมิแพ้โพรงจมูก โรคผิวหนัง อาการทางสุขภาพจิต ปัญหาการเจริญพันธุ์ ภาวะมีบุตรยาก เด็กมีพัฒนาการและเรียนรู้ช้า[10]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพให้คงดีอยู่เสมอ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าเกษตรกรในสวนทุเรียน มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.01 (S.D. = 0.55) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.87 (S.D. = 0.36) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสวนทุเรียน[11] โดยเกษตรกรมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง ตามหลักวิชาการในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับ การสำรวจชนิดและปริมาณศัตรูพืชก่อนใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่เฉพาะเจาะจงกับชนิดของศัตรูพืช การสวมใส่ชุดป้องกันที่มิดชิด เช่น หน้ากาก รองเท้าบู๊ต สวมเสื้อ กางเกงขายาว หมวก และแว่นตาขณะฉีดพ่นสารเคมี[1] พบความรอบรู้สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ[6] มีระดับความรู้ ความเข้าใจ ส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง[8] ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก และส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรแตกต่างกันในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคต่อการใช้สารเคมี การรับรู้ความรุนแรงของการใช้สารเคมีและการรับรู้ต่ออุปสรรคการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืช[9]

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูล

ข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้ดีอยู่เสมอ[11] ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี มีเป้าหมาย คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั้งหมด 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ป้องกันโรคด้วยตนเอง การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพรวมถึงสนับสนุนการร่วมตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ทำให้เกิดการขับเคลื่อน และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยมีเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ[12] ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของประชาชนทุกช่วงวัย ทั้งในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ หากประชาชนได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้เจ็บป่วยและเสียค่าใช้จ่ายน้อยลงการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องให้ความสนใจ โดยการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ พัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ อีกทั้งกระตุ้นให้ทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของความรอบรู้ทางสุขภาพ ตลอดจนสร้างสรรค์งานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพ[13] บุคคลที่ได้รับการสร้างเสริมให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) จะสามารถจัดการตนเอง ครอบครัว และชุมชนด้านการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างเชี่ยวชาญและมีประสิทธิภาพ โดยการสนับสนุนทางวิชาการ องค์ความรู้ และเทคโนโลยีจากกรมควบคุมโรคที่มีมาตรฐาน[12] การความตระหนักถึงการเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันโรคจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม จึงมีความสำคัญและจะเกิดประโยชน์ต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคประชาชนในพื้นที่ มีความจำเป็นที่ต้องมีการควบคุมกำกับผ่านระบบผู้นำชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข ฝ่ายปกครองและหน่วยงานการเกษตร ผ่านระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและอำเภอ เนื่องจากสารเคมีทางการเกษตรเป็นสิ่งคุกคามที่มีการตกค้างในสิ่งแวดล้อมและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั่วไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคจากสารเคมีทางการเกษตรให้แก่เกษตรกรและผู้รับจ้างฉีดพ่น การออกแบบแนวปฏิบัติการควบคุมการใช้สารกำจัดวัชพืชร่วมกับสารเคมีทางการเกษตรอื่น ๆ ในชุมชน การประเมินและวินิจฉัยโรคจากการทำงานเบื้องต้น การจัดทำระบบเฝ้าระวังโรคในระบบฐานข้อมูลเพื่อให้สามารถนำข้อมูลทางระบาดวิทยาและการบริหารมาใช้ร่วมกันเพื่อประเมินภาระโรคและความสูญเสียค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของระบบบริการสาธารณสุขและเชิงสังคมได้[3]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ทำสวนทุเรียน จังหวัดชุมพร

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ทำสวนทุเรียนจังหวัดชุมพร

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและพฤติกรรมการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ทำสวนทุเรียน จังหวัดชุมพร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือเกษตรกรผู้ทำสวนทุเรียนและใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่จังหวัดชุมพร

กลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดตัวอย่าง จากประชากรเกษตรกรผู้ทำสวนทุเรียนและใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่จังหวัดชุมพร จำนวน 134 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนตามขนาดของพื้นที่และจำนวนเกษตรกร จาก 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองชุมพรจำนวน 37 คน อำเภอปะทิว จำนวน 30 คน อำเภอหลังสวน จำนวน 37 คน และอำเภอละแม จำนวน 30 คน การคำนวณขนาดตัวอย่าง จากการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.3 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นเกษตรกรผู้ทำสวนทุเรียนที่ใช้สารเคมีด้านการเกษตรโดยตรง อาศัยอยู่ในพื้นที่ จังหวัดชุมพร มาแล้วไม่น้อยกว่า1 ปี สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้และไม่มีปัญหาการสื่อสาร ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ดำเนินการโดยการทำหนังสือขออนุญาตสาธารณสุขอำเภอทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ อำเภอเมืองชุมพร อำเภอปะทิว อำเภอหลังสวน และอำเภอละแม เพื่อทำการเก็บข้อมูลงานวิจัย เมื่อได้รับอนุญาต แล้วจึงประสานงานผู้ช่วยวิจัยซึ่งผ่านการอบรมแล้ว ในการหากลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า และทำการนัดกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่แต่ละแห่งเพื่อเก็บข้อมูล ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยเป็นการตอบโดยใช้ระบบออนไลน์จากสมาร์ทโฟน ซึ่งแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ขออนุญาตใช้ จากผู้พัฒนาแบบสอบถาม[14] ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามดำเนินการมาปรับและพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ รวมทั้งตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน และทดลองใช้ (Try out) กับเกษตรกรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิเคราะห์ด้วย KR-20 (Kuder Richardson-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83) โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือแบบสอบถามและเป็นบุคลากรสาธารณสุข เก็บข้อมูลตามพื้นที่เป้าหมาย 4 อำเภอ จากการสุ่มอย่างง่าย

แบบสอบถาม ประกอบด้วย

1) ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการป้องกันตนเองในเกษตรกร แบบมีตัวเลือกตอบถูก-ผิด คิดคะแนนตอบถูก ข้อละ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ทั้งหมด 12 ข้อ รวม 12 คะแนน

- การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการป้องกันตนเองใน
เกษตรกร จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติ

- การสื่อสารสุขภาพในการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติ จำนวน 3 ข้อ

- การจัดการตนเองในการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติ จำนวน 3 ข้อ

- การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการป้องกันตนเองในเกษตรกร ลักษณะ
คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติ จำนวน 3 ข้อ

- การตัดสินใจในการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติ จำนวน 3 ข้อ

3) พฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ขณะผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ภายหลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติ จำนวน 18 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และให้รหัสรายคน บันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน วิเคราะห์เชิงเนื้อหาและความสัมพันธ์

ระยะเวลาดำเนินการ

ระหว่างเดือน เมษายน – เดือน สิงหาคม พ.ศ.2568

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยทำการขอหนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 021/2568 และใช้เอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้แก่กลุ่มตัวอย่าง จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.57 เพศหญิง ร้อยละ 13.43 มีอายุเฉลี่ย 53.07 ปี (ต่ำสุด 25 ปี, สูงสุด 73 ปี) โดยช่วงอายุที่มากที่สุด คือ 45-54 ปี ร้อยละ 34.33 และ 55-64 ปี ร้อยละ 32.09 ซึ่งบ่งชี้ว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนถึงสูงอายุ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.46 รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 27.61 และโสด ร้อยละ 14.93 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ100 ระดับการศึกษาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.08 รองลงมาคือ ปวช./ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 26.87 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 17.16 และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 15.67 มีเพียงส่วนน้อยที่จบปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 5.22 รายได้ของเกษตรกรค่อนข้างหลากหลาย โดยกลุ่มที่มีรายได้ 10,001 – 20,000 บาท มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 29.85 ตามมาด้วยกลุ่มรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 23.13 และ 20,001 – 30,000 บาท ร้อยละ 19.4 สอดคล้องกับผลการศึกษา[15] ที่พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.0 ช่วงอายุ 50 -59 ปี ร้อยละ 37.6 อายุเฉลี่ย 48.81 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.7 และการศึกษา[1] พบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 43.82 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีประสบการณ์ในการปลูกทุเรียนเฉลี่ย 12.33 ปี และมีประสบการณ์ในการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชในการผลิตทุเรียน 11.58 ปี และการศึกษา[11] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 29.7 อายุ เฉลี่ย 42.32 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 และสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28.9 แต่ไม่สอดคล้อง เรื่องกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.3

ข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจากพื้นที่ 4 อำเภอในจังหวัดชุมพร มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ได้แก่ อำเภอเมืองชุมพร ร้อยละ 27.61 อำเภอปะทิว ร้อยละ 27.61 รองลงมาคือ อำเภอหลังสวน ร้อยละ 22.39 และอำเภอละแม ร้อยละ 22.39 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น

ลูกจ้าง ร้อยละ 74.63 รองลงมาคือ รับจ้างฉีดครั้งคราว ร้อยละ 16.42 และมีเพียง ร้อยละ 8.95 ที่เป็นเจ้าของสวน ข้อมูลนี้มีความสำคัญเพราะบ่งชี้ว่ากลุ่มเป้าหมายหลักคือผู้ที่ทำงานรับจ้างในสวนทุเรียน โดยข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเคมี ได้แก่ การมีประสบการณ์การใช้สารเคมี ตามช่วงอายุการใช้สารเคมีในช่วง 1 - 3 ปี ร้อยละ 34.33 และ 4 - 6 ปี ร้อยละ 27.61 ซึ่งแสดงถึงประสบการณ์ที่ค่อนข้างหลากหลาย แต่ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การใช้สารเคมีมาแล้วในระดับหนึ่ง ประเภทสารเคมีที่ใช้ ส่วนใหญ่ใช้ยาฆ่าแมลง ร้อยละ 78.36 , ยาฆ่าหญ้า ร้อยละ 77.61 และยาฆ่าเชื้อรา ร้อยละ 75.37 ในอัตราที่สูงและใกล้เคียงกัน ขณะที่การใช้สารเคมีอื่นๆ มีร้อยละ 32.09 บ่งชี้ว่าสารกำจัดศัตรูพืชหลักๆ ที่ใช้คือกลุ่มยาฆ่าแมลง ฆ่าหญ้า และฆ่าเชื้อรา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยมีประวัติแพ้สารเคมี ร้อยละ 79.85 ในขณะที่ร้อยละ 20.15 เคยมีประวัติแพ้ สอดคล้องกับงานวิจัย[15] พบว่า ประสบการณ์การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ระหว่าง 1 – 10 ปี ร้อยละ 81.3 ประเภทสารเคมีที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ สารป้องกันกำจัดวัชพืช ร้อยละ 69.9 รองลงมาคือ สารเคมีกำจัดแมลง ร้อยละ 36.6

ในด้านการรับรู้ข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยรับรู้ข่าวสาร เกี่ยวกับสารเคมีและสุขภาพ ร้อยละ 64.93 ในขณะที่ ร้อยละ 35.07% ไม่เคยรับรู้ข่าวสาร ซึ่งข้อมูลจากผู้ที่เคยรับรู้ข่าวสาร แหล่งข่าวสารหลักที่เกษตรกรได้รับข้อมูลมากที่สุด คือ จากเจ้าหน้าที่ทางเกษตร ร้อยละ 21.64 และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 21.64 ซึ่งมีสัดส่วนเท่ากัน รองลงมาคือ จากสื่ออินเทอร์เน็ต/ยูทูป/ เฟสบุ๊ก ร้อยละ 15.67 จากสิ่งพิมพ์/ฉลากยา/แผ่นพับ ร้อยละ 14.93 และจากอาสาสมัครสาธารณสุขร้อยละ 13.43 แสดงให้เห็นว่าข้อมูลจากบุคลากรภาครัฐยังคงเป็นช่องทางสำคัญในการสื่อสารความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพกับเกษตรกร สอดคล้องกับงานวิจัย[15] พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้นำชุมชน ร้อยละ 62.4

ในด้านความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการป้องกันตนเองในเกษตรกร พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจของเกษตรกรเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการป้องกันตนเอง โดยคะแนนเฉลี่ยรวมด้านความรู้ความเข้าใจมีค่าเฉลี่ย 6.86 ± 1.955 ซึ่งบ่งชี้ว่าเกษตรกรมีความรู้ในระดับปานกลางค่อนไปทางดี อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ประเด็นความรู้ที่เกษตรกรมีความเข้าใจค่อนข้างดี การปฏิบัติตัวเพื่อลดความรุนแรงของพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 79.85 แสดงให้เห็นว่ามีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับมาตรการลดอันตรายจากการสัมผัสสารเคมี ข้อคำถาม อาการที่เกิดจากการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 82.84 บ่งชี้ว่ามีความตระหนักถึงสัญญาณและอาการที่บ่งบอกถึงการได้รับพิษ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ ด้านความรู้การปฏิบัติตนในขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 70.15 แสดงให้เห็นว่ามีความเข้าใจในระดับหนึ่งเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมระหว่างการใช้งานสารเคมี และข้อคำถาม การปฏิบัติภายหลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 78.36 ซึ่งเป็นสัญญาณที่ดีว่าเกษตรกรตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองหลังการทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัย[1] พบว่าเกษตรกรมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องตามหลักวิชาการเฉลี่ย 25.38 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 57.1 และ การศึกษา[15]พบว่า ส่วนใหญ่เกษตรกรมีความรู้ ความเข้าใจในระดับสูง ร้อยละ 60.6 ด้านการเข้าถึงและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.3 และการศึกษา[1] ที่พบว่าเกษตรกรมีความรู้ในการใช้สารเคมีที่ถูกต้องตามหลักวิชาการเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 25.38

ประเด็นความรู้ที่เกษตรกรยังขาดความเข้าใจ ตรงกันข้ามกับประเด็นข้างต้น มีบางข้อคำถามที่เกษตรกรส่วนใหญ่ยังตอบผิด ได้แก่ ข้อคำถาม เกษตรกรท่านใดอาจได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายได้ กลุ่มตัวอย่างตอบถูกเพียงร้อยละ 35.82 ซึ่งเป็นเปอร์เซ็นต์ที่ต่ำที่สุดในทุกข้อคำถาม แสดงให้เห็นว่าเกษตรกรส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับกลไกและช่องทางการรับสัมผัสสารเคมีเข้าสู่ร่างกาย ข้อคำถามการเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มตัวอย่างตอบถูกเพียง ร้อยละ 12.69 ซึ่งเป็นเปอร์เซ็นต์ที่ต่ำมากและน่ากังวลที่สุด บ่งชี้ว่าเกษตรกรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจอย่างมากเกี่ยวกับการเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ที่เหมาะสมในขั้นตอนสำคัญของการเตรียมสารเคมี ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสสารเข้มข้น ข้อคำถามการเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มตัวอย่างตอบถูกเพียง ร้อยละ 31.34 สอดคล้องกับข้อคำถามที่แสดงให้เห็นว่าเกษตรกรยังคงมีปัญหาในการเลือกใช้ ที่ถูกต้องระหว่างการทำงานในภาคสนาม นอกจากนี้ ยังมีประเด็นที่เกษตรกรมีความรู้ปานกลาง แต่ก็ยังมีความเข้าใจผิดอยู่มาก ได้แก่ ข้อคำถาม การปฏิบัติตัวในการเฝ้าระวังตนเองที่ถูกต้องของเกษตรกรผู้มีระดับสารเคมีในเลือดผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 55.97 ซึ่งหมายความว่าเกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ทราบถึงวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อพบความผิดปกติของระดับสารเคมีในเลือด ข้อคำถาม หากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหกรดเสื้อผ้าเกษตรกรควรปฏิบัติตัวอย่างไร กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 57.46 แสดงว่ายังมีความเข้าใจที่ไม่สมบูรณ์เกี่ยวกับการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินเฉพาะหน้า และข้อคำถาม ข้อใดเป็นการปฏิบัติตัวก่อนการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างตอบถูกเพียง ร้อยละ 56.72 สะท้อนว่ายังมีเกษตรกรจำนวนมากที่ขาดความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวที่เหมาะสมก่อนการทำงาน

โดยด้านระดับความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการป้องกันตนเองในเกษตรกรโดยรวม มี คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 2.61 ± 0.671 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี เมื่อพิจารณาจากการกระจายของระดับความรู้ พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.49 มีความรู้ในระดับดี รองลงมาคือระดับพอใช้ ร้อยละ 38.06 และมีเกษตรกรจำนวนน้อยที่มีความรู้ในระดับดีมาก ร้อยละ 6.72 และไม่ดี ร้อยละ 3.73 ซึ่งบ่งชี้ว่า ระดับความรู้โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ดี การที่คะแนนเฉลี่ยสูงและเกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดี แสดงให้เห็นว่าโดยภาพรวมแล้ว เกษตรกรมีความเข้าใจในประเด็นพื้นฐานเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการป้องกันตนเองในระดับหนึ่ง แต่ยังมีช่องว่างที่ต้องพัฒนา แม้ว่าส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับดี แต่ก็ยังมีเกษตรกรที่มีความรู้เพียงระดับ พอใช้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการเสริมสร้างความรู้เพิ่มเติม เพื่อให้สามารถป้องกันตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมี กลุ่มเสี่ยง เกษตรกรกลุ่มที่มีความรู้ระดับไม่ดี ร้อยละ 3.73 แม้จะมีจำนวนน้อย แต่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดต่อการได้รับอันตรายจากสารเคมี และควรได้รับการดูแลหรือให้ความรู้เป็นพิเศษ

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการป้องกันตนเองในเกษตรกรพบว่า การแสวงหาข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ (ปฏิบัติ, ปฏิบัติบางครั้ง, ไม่ปฏิบัติ) ซึ่งข้อคำถาม หากมีปัญหาสุขภาพจากการใช้สารเคมีฯ ท่านเข้ารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คะแนนเฉลี่ย 2.70 ± 0.506 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติ ร้อยละ 72.39 ในการเข้ารับบริการสุขภาพเมื่อมีปัญหาจากการใช้สารเคมี มีร้อยละ 25.37 ที่ปฏิบัติบางครั้ง และมีเพียงร้อยละ 2.24 ที่ไม่ปฏิบัติ

แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ เมื่อเกิดอาการผิดปกติจากการสัมผัสสารเคมี และกล้าที่จะเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ปฏิบัติต่ำมาก บ่งชี้ว่าอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพอาจไม่สูงนัก หรือเกษตรกรมีความเข้าใจถึงความจำเป็นในการรักษาพยาบาล ส่วนข้อคำถาม เมื่อต้องการข้อมูลสุขภาพการป้องกันสารเคมีฯ ท่านค้นหาข้อมูล หรือสอบถามผู้รู้จนได้ข้อมูลทันสมัยและเชื่อถือได้ คะแนนเฉลี่ย 2.66 ± 0.466 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติ ร้อยละ 68.66 ในการค้นหาข้อมูลหรือสอบถามผู้รู้เพื่อได้ข้อมูลที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือ มีเพียงร้อยละ 31.34 ที่ปฏิบัติบางครั้ง และไม่มีเกษตรกรที่ไม่ปฏิบัติเลย แสดงให้เห็นว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีความตื่นตัวและกระตือรือร้นในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พวกเขามีความพยายามที่จะเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวกที่สำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง และข้อคำถาม ท่านค้นหาข้อมูลจากหลากหลายแหล่งข้อมูล เพื่อตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพในการป้องกันสารเคมีฯ คะแนนเฉลี่ย 2.60 ± 0.507 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ปฏิบัติร้อยละ 60.45 ในการค้นหาข้อมูลจากหลากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ร้อยละ 38.81 ที่ปฏิบัติบางครั้ง และมีเพียง ร้อยละ 0.74 ที่ไม่ปฏิบัติ สะท้อนว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีความพยายามในการคัดกรองและยืนยันความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการรู้เท่าทันข้อมูลข่าวสารในยุคปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม การที่มีเกือบร้อยละ 40 ที่ปฏิบัติบางครั้ง แสดงว่ายังมีเกษตรกรจำนวนหนึ่งที่อาจยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบข้อมูลอย่างรอบด้าน หรืออาจขาดทักษะในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ภาพรวมและการเชื่อมโยง โดยรวมแล้ว พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลและการเข้าถึงบริการสุขภาพของเกษตรกรอยู่ในระดับที่ดีและน่าพอใจ เกษตรกรส่วนใหญ่มีความกระตือรือร้นในการค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้ และมีความรับผิดชอบในการเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพในการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ข้อคำถาม ท่านอ่านข้อมูลด้านสุขภาพในการป้องกันสารเคมีฯจากข้อมูลที่สืบค้นและนำความรู้มาใช้ในการประเมินสุขภาพตนเอง คะแนนเฉลี่ย 2.67 ± 0.502 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติร้อยละ 68.66 ในการนำข้อมูลที่สืบค้นได้มาใช้ประเมินสุขภาพตนเอง มี ร้อยละ 29.85 ที่ปฏิบัติบางครั้ง และมีเพียงร้อยละ 1.49 ที่ไม่ปฏิบัติ แสดงให้เห็นว่าเกษตรกรไม่ได้เพียงแค่ค้นหาข้อมูลเท่านั้น แต่ยังสามารถนำข้อมูลเหล่านั้นมาประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพของตนเองได้ด้วย บ่งชี้ถึงระดับการรู้เท่าทันด้านสุขภาพที่ค่อนข้างดีในเรื่องการนำความรู้สู่การปฏิบัติ ส่วนข้อคำถาม ท่านพูดคุย หรือเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพในการป้องกันสารเคมีฯระหว่างเพื่อน ครอบครัว หรือบุคคลทั่วไป จนเข้าใจ คะแนนเฉลี่ย 2.63 ± 0.501 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ปฏิบัติร้อยละ 63.43 ในการพูดคุยหรือเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพกับคนรอบข้างเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ร้อยละ 35.82 ที่ปฏิบัติบางครั้ง และมีเพียงร้อยละ 0.75 ที่ไม่ปฏิบัติ แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ เกษตรกรจำนวนมากไม่ได้เก็บข้อมูลไว้กับตัว แต่เลือกที่จะแบ่งปันและสื่อสารกับเพื่อน ครอบครัว หรือบุคคลทั่วไป ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความตระหนักและขยายผลความรู้ในชุมชน และข้อคำถาม ท่านโต้ตอบ พูดคุยและนำเสนอข้อมูลสุขภาพในการป้องกันสารเคมีฯ ให้คนอื่นเข้าใจ คะแนนเฉลี่ย 2.49 ± 0.531 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ปฏิบัติร้อยละ 50.00 ในการโต้ตอบ พูดคุย และนำเสนอข้อมูลให้คนอื่นเข้าใจ ในขณะที่เกือบครึ่งหนึ่ง ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 48.51 และมีเพียงร้อยละ 1.49 ที่ไม่ปฏิบัติ แสดงให้เห็นว่าแม้เกษตรกรจะสามารถนำข้อมูลมาประเมินตนเองและพูดคุยทั่วไปได้ดี แต่เมื่อเป็นเรื่องของการโต้ตอบ พูดคุย และนำเสนอเพื่อให้

ผู้อื่นเข้าใจอย่างแท้จริง สัดส่วนของการปฏิบัติจะลดลงเหลือครึ่งหนึ่ง และมีจำนวนผู้ที่ปฏิบัติบางครั้งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงความท้าทายในการแปลงความรู้ไปสู่ทักษะการสื่อสารที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การอธิบาย การโน้มน้าว หรือการตอบข้อสงสัยของผู้อื่น

ด้านการจัดการตนเองในการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ข้อคำถาม ท่านเตรียมอุปกรณ์ป้องกันสำหรับการฉีดพ่นสารเคมีฯ เช่น หมวกคลุมผมหรือหมวกปีกกว้าง แว่นตา หน้ากากอนามัยหรือผ้าปิดปากปิดจมูก ถุงมือยาง รองเท้าบู๊ท ผ้ากันเปื้อนพลาสติก เป็นต้น คะแนนเฉลี่ย 2.85 ± 0.398 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ปฏิบัติร้อยละ 86.57 ในการเตรียมอุปกรณ์ป้องกันสำหรับการฉีดพ่นสารเคมี ร้อยละ 11.94 ที่ปฏิบัติบางครั้ง และมีเพียงร้อยละ 1.49 ที่ไม่ปฏิบัติ แสดงให้เห็นถึงความตระหนักและความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการสัมผัสสารเคมีในขณะปฏิบัติงาน ส่วนข้อคำถาม ท่านสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงสุขภาพร่างกายหลังการสัมผัสสารเคมีฯ คะแนนเฉลี่ย 2.84 ± 0.365 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ปฏิบัติร้อยละ 84.33 ในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพหลังการสัมผัสสารเคมี ร้อยละ 15.67 ที่ปฏิบัติบางครั้ง และไม่มีผู้ที่ไม่ปฏิบัติ สะท้อนถึงการมีพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองในระดับสูง การที่เกษตรกรส่วนใหญ่ตระหนักและหมั่นสังเกตอาการผิดปกติหลังการทำงานกับสารเคมี จะช่วยให้พวกเขาสามารถค้นพบปัญหาสุขภาพได้รวดเร็ว และเข้ารับการรักษาได้ทันท่วงที ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดความรุนแรงของพิษสารเคมี และข้อคำถาม ท่านวางแผนผสมสารเคมีฯให้พอดีกับปริมาณการฉีดพ่นทางการเกษตร คะแนนเฉลี่ย 2.80 ± 0.403 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ปฏิบัติร้อยละ 79.85 ในการวางแผนผสมสารเคมีให้พอดีกับปริมาณการใช้งาน ร้อยละ 20.15 ที่ปฏิบัติบางครั้งและไม่มีผู้ที่ไม่ปฏิบัติเลย แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบของเกษตรกรในการจัดการสารเคมีอย่างมีประสิทธิภาพ การวางแผนผสมสารให้พอดีจะช่วยลดปริมาณสารเคมีเหลือทิ้ง ลดการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม และลดความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีโดยไม่จำเป็น ถือเป็นพฤติกรรมที่มีความตระหนักด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยสูง สอดคล้องกับงานวิจัย[15] ที่พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ถุงมือชนิดยางแบบหนา ร้อยละ 64.2 สวมรองเท้าบูท ร้อยละ 97.6 ใส่หน้ากากชนิดผ้า ร้อยละ 42.2 สวมหมวกฟาง ร้อยละ 38.9 สวมเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ร้อยละ 92.4

ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการป้องกันตนเองในเกษตรกร พบว่า ข้อคำถาม ท่านวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียที่เกิดจากความผิดพลาดจากการใช้สารเคมี ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายนำมาปรับปรุงแก้ไขการใช้สารเคมีใหม่ คะแนนเฉลี่ย 2.73 ± 0.462 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ปฏิบัติร้อยละ 73.88 ในการวิเคราะห์ข้อผิดพลาดและนำมาปรับปรุงแก้ไข มีร้อยละ 25.37 ที่ปฏิบัติบางครั้ง และมีเพียงร้อยละ 0.75 ที่ไม่ปฏิบัติ ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นถึง การเรียนรู้จากประสบการณ์และความสามารถในการปรับตัวของเกษตรกรในระดับสูง เกษตรกรจำนวนมากไม่ได้แค่รับรู้ถึงผลกระทบ แต่ยังสามารถวิเคราะห์สาเหตุและปรับปรุงพฤติกรรมการใช้สารเคมีของตนเองได้ ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในการลดความเสี่ยงในระยะยาว ส่วนข้อคำถาม เมื่อเห็นโฆษณาอุปกรณ์ป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชท่านค้นหาข้อมูลเพื่อสนับสนุนก่อนเลือกซื้อมาใช้ คะแนนเฉลี่ย 2.72 ± 0.449 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ปฏิบัติร้อยละ 72.39 ในการค้นหาข้อมูลสนับสนุนก่อนตัดสินใจซื้ออุปกรณ์ป้องกัน มีร้อยละ 27.61 ที่ปฏิบัติบางครั้งและไม่มีผู้ที่ไม่ปฏิบัติเลย บ่งบอกว่าเกษตรกรมีความรอบคอบและวิจารณญาณในการเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล มีการแสวงหาข้อมูลเพื่อยืนยันคุณภาพและความเหมาะสม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการเลือกอุปกรณ์ที่จะปกป้องสุขภาพของตนเองได้อย่างแท้จริง และข้อคำถามท่านนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชถึงผลกระทบต่อ

สุขภาพก่อนเลือกซื้อมาใช้ คะแนนเฉลี่ย 2.70 ± 0.491 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ปฏิบัติร้อยละ 71.64 ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพก่อนเลือกซื้อสารเคมี ร้อยละ 26.87 ที่ปฏิบัติบางครั้ง และร้อยละ 1.49 ที่ไม่ปฏิบัติ ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงความสามารถในการ คิดวิเคราะห์เชิงลึกและการตัดสินใจอย่างมีข้อมูลของเกษตรกร การที่พวกเขาวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียและผลกระทบต่อสุขภาพก่อนซื้อสารเคมี แสดงให้เห็นถึงความตระหนักในความสำคัญของสุขภาพและแนวโน้มที่จะเลือกใช้สารเคมีที่ปลอดภัยกว่า หรืออย่างน้อยก็เข้าใจความเสี่ยงก่อนใช้งาน

ด้านการตัดสินใจในการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ข้อคำถาม ท่านนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของสารเคมีฯ ถึงผลกระทบต่อสุขภาพก่อนตัดสินใจเลือกซื้อมาใช้ คะแนนเฉลี่ย 2.74 ± 0.441 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติร้อยละ 73.88 ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียและผลกระทบต่อสุขภาพก่อนเลือกซื้อสารเคมี มีร้อยละ 26.12 ที่ปฏิบัติบางครั้ง และไม่มีผู้ที่ไม่ปฏิบัติเลย สะท้อนถึงความสามารถในการ คิดวิเคราะห์เชิงลึกและการตัดสินใจโดย คำนึงถึงสุขภาพเป็นหลักของเกษตรกร การที่พวกเขาวิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพก่อนตัดสินใจซื้อสารเคมี แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในความเสี่ยงและแนวโน้มที่จะเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีความปลอดภัยสูงกว่า หรืออย่างน้อยก็เข้าใจความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และข้อคำถาม เมื่อท่านเห็นโฆษณาอุปกรณ์ป้องกันสารเคมีฯ ท่านค้นหาข้อมูลเพื่อสนับสนุนก่อนการตัดสินใจเลือกซื้อมาใช้ คะแนนเฉลี่ย 2.71 ± 0.456 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติร้อยละ 70.90 ในการค้นหาข้อมูลสนับสนุนก่อนตัดสินใจซื้ออุปกรณ์ป้องกัน ร้อยละ 29.10 ที่ปฏิบัติบางครั้ง และไม่มีผู้ที่ไม่ปฏิบัติเลย แสดงให้เห็นถึงความ รอบคอบของเกษตรกรในการเลือกซื้ออุปกรณ์ ในการป้องกันอันตรายจากสารเคมี การที่พวกเขาไม่รีบตัดสินใจซื้อตามโฆษณา แต่มีการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติม บ่งชี้ถึงความตระหนักในการเลือกอุปกรณ์ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้เพื่อความปลอดภัยของตนเอง และข้อคำถาม ท่านวิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของโฆษณาผลิตภัณฑ์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนเลือกตัดสินใจใช้สารเคมีฯ ดังกล่าว คะแนนเฉลี่ย 2.64 ± 0.512 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ปฏิบัติร้อยละ 65.67 ในการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของโฆษณาก่อนตัดสินใจใช้สารเคมี ร้อยละ 32.84 ที่ปฏิบัติบางครั้ง และมีเพียงร้อยละ 1.49 ที่ไม่ปฏิบัติ ผลลัพธ์นี้บ่งชี้ว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีความสามารถในการ คิดวิเคราะห์เชิงวิจารณญาณต่อข้อมูลที่ได้รับจากโฆษณา พวกเขาไม่ได้เชื่อโฆษณาโดยตรง แต่พยายามพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียก่อนตัดสินใจ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการเลือกใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษา[11] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.01 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 4.03 รองลงมาคือ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจมีคะแนนเฉลี่ย 4.02 และการตัดสินใจด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย 4.02 ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองมีคะแนนเฉลี่ย 3.98 ไม่สอดคล้องกับการศึกษา[16] ที่พบว่าเกษตรกรมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.71 ค่าคะแนนทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรในขั้นตอนต่างๆ ของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ ขณะผสมสารเคมี ขณะฉีดพ่นสารเคมี และภายหลังการฉีดพ่นสารเคมี ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปฏิบัติที่บ่งชี้ถึงความปลอดภัยในการทำงานขณะผสม

สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยในขั้นตอนการผสมสารเคมี ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสสารเคมีเข้มข้น เกษตรกรแสดงพฤติกรรมป้องกันตนเองในระดับดี ได้แก่ การล้างมือหลังจากผสมสารเคมีทันที แสดงถึงความตระหนักในการลดการปนเปื้อนและดูดซึมสารเคมีเข้าสู่ร่างกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.06 รองลงมาคือ การปฏิบัติตามคำแนะนำบนฉลากอย่างเคร่งครัด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการใช้สารเคมีอย่างถูกต้องและปลอดภัย และการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน สวมใส่ถุงมือยาง/หน้ากากป้องกัน/แว่นครอบตา ซึ่งเป็นอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นในการป้องกันการสัมผัสโดยตรง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.07 ปฏิบัติเหมือนกัน สรุปภาพรวมพฤติกรรมการป้องกันตนเองขณะผสมสารเคมีอยู่ในระดับดีมาก เกษตรกรส่วนใหญ่ตระหนักและปฏิบัติตามหลักความปลอดภัยพื้นฐานได้อย่างสม่ำเสมอซึ่งเป็นจุดแข็งที่สำคัญในขั้นตอนขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แสดงพฤติกรรมป้องกันตนเอง ได้แก่

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสวมใส่เสื้อผ้าป้องกันครบชุด ได้แก่ กางเกงขายาว ร้อยละ 91.05, ผ้ายางกันเปื้อน ร้อยละ 90.30, หมวกคลุมผม/หมวกปีกกว้าง ร้อยละ 89.55, ส ว ม ใส่ถุงมือยาง ร้อยละ 87.31, เสื้อแขนยาวติดกระดุมแขนและคอให้มิดชิด ร้อยละ 87.31, หน้ากาก/ผ้าปิดปากและจมูก ร้อยละ 86.57 การสวมรองเท้าบูท/หุ้มข้อ ร้อยละ 73.13 ส่วนพฤติกรรมป้องกันอื่นๆ ได้แก่ การยืนอยู่เหนือลม ร้อยละ 75.37 การงดสูบบุหรี่ ร้อยละ 70.90, งดเว้นการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ ร้อยละ 70.90 ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ช่วยลดการได้รับสารเคมีเข้าสู่ร่างกายโดยไม่ตั้งใจ โดยภาพรวม พฤติกรรมการป้องกันตนเองขณะฉีดพ่นสารเคมีอยู่ในระดับ ดีมากถึงดีเยี่ยม เกษตรกรส่วนใหญ่มีความใส่ใจในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็นและปฏิบัติตามข้อควรระวังระหว่างการทำงาน ซึ่งบ่งชี้ถึงความตระหนักในความเสี่ยงและพยายามลดการสัมผัสสารเคมี

ภายหลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการลดการปนเปื้อนสารเคมี เกษตรกรส่วนใหญ่ยังคงแสดงพฤติกรรมที่ดี แต่มีบางประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ ได้แก่ การล้างเก็บเครื่องมือทุกครั้ง และทำความสะอาดร่างกายทันที ร้อยละ 79.10 และ 78.36 ซึ่งเป็นพฤติกรรมสำคัญในการขจัดสารเคมีตกค้างและลดการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม และการกำจัดภาชนะบรรจุสารเคมี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.18 ที่กำจัดภาชนะบรรจุตามคำแนะนำ อย่างไรก็ตาม มีถึงร้อยละ 17.91 ที่ไม่ปฏิบัติในเรื่องนี้ ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการปรับปรุง เนื่องจากอาจนำไปสู่การปนเปื้อนสิ่งแวดล้อมและเป็นอันตรายต่อผู้อื่น ส่วน การซักชุดแยกจากเสื้อผ้าอื่น ร้อยละ 60.45 ซักชุดที่ใส่ฉีดพ่นสารเคมีแยกจากเสื้อผ้าอื่นๆ แต่มีถึงร้อยละ 10.45 ที่ไม่ปฏิบัติ ซึ่งอาจนำไปสู่การปนเปื้อนสารเคมีในเสื้อผ้าและสิ่งของในครัวเรือน นอกจากนี้ การติดป้ายคำเตือนสถานที่เก็บอุปกรณ์และสารเคมีฯ ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่ชัดเจนที่สุดในทุกหัวข้อที่มีเกษตรกรปฏิบัติเพียง ร้อยละ 16.42 ขณะที่ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 38.80 และปฏิบัติบางครั้งร้อยละ 44.78 แสดงว่าเกษตรกรส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักหรือความเข้าใจ ในการจัดการสถานที่จัดเก็บสารเคมีและอุปกรณ์อย่างปลอดภัย ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการสัมผัสสารเคมีโดยไม่ตั้งใจ โดยภาพรวมพฤติกรรมการปฏิบัติตนภายหลังการฉีดพ่นสารเคมีอยู่ในระดับดีโดยรวม โดยเฉพาะการล้างเครื่องมือและทำความสะอาดร่างกาย แต่มีจุดอ่อนที่สำคัญในเรื่องการกำจัดภาชนะบรรจุสารเคมี การซักชุดแยก และที่สำคัญที่สุดคือการติดป้ายคำเตือนสถานที่เก็บสารเคมี ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ต้องเร่งแก้ไข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[1] ที่พบว่าเกษตรกรมีการปฏิบัติในการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องตามหลักวิชาการเฉลี่ย 20.82 ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 49.0 สอดคล้องกับเกษตรกรมีพฤติกรรมการใช้และป้องกันตนเองถูกต้องอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.3 และระดับปาน

กลาง ร้อยละ 49.7 โดยพบว่าพฤติกรรมถูกต้อง แต่เกษตรกรทำบางครั้งและไม่ทำมากกว่า คือร้อยละ 50.0 ได้แก่ การล้างทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ทันทีเมื่อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหยดหรือหกใส่ร่างกาย การเปลี่ยนเสื้อผ้าทันทีเมื่อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหยดหรือหกใส่[17] ส่วนการศึกษา[15] พบว่าไม่สอดคล้องกัน คือพฤติกรรมป้องกันตนเองทั้งก่อน ขณะและหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับพอใช้ ร้อยละ 42.7 และ การศึกษา[16] พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.21 ซึ่งสะท้อนว่าพฤติกรรมการใช้สารเคมีต่ำ อันเป็นผลมาจากปัจจัยด้านความรู้อยู่ในระดับต่ำ ส่วนการศึกษา[11] พบว่า เกษตรกรมีคะ แนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.87 โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือมีสถานที่เก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยเฉพาะ ค่าเฉลี่ย 2.91 รองลงมาคือการทำความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้าด้วยสบู่และน้ำ หลังการพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ค่าเฉลี่ย 2.89 และที่ไม่สอดคล้องคือการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสวนทุเรียนครบชุด ค่าเฉลี่ย 1.67 ซึ่งเกษตรกรกลุ่มตัวอย่างที่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะฉีดพ่น ได้แก่ หน้ากากป้องกันสารเคมี ร้อยละ 88.4 รองเท้าบูท ร้อยละ 79.7 ถุงมือ ร้อยละ 65.0 กระบัง/ แว่นตา ร้อยละ 44.7 อุปกรณ์ลดเสียง ร้อยละ 29.5 ชุดป้องกันสารเคมี ร้อยละ 26.3 และเอี๊ยมยาง ร้อยละ 23.7

ด้านการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ (r=0.355) และค่า P-value (p<.001) อธิบายว่าความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (ยิ่งรอบรู้ พฤติกรรมยิ่งดี) และอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหมายความว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีส่วนในการอธิบายความหลากหลายของพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[15] ที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชกับปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง และปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าด้านความรู้ ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) และการศึกษา[11] ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.115, p<.01) โดยด้านการตอบโต้ซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.101 และ 0.107 ตามลำดับ p<.01) ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลปัจจัยที่ได้จากการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่ม
ผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

2. เพื่อให้บุลากรสาธารณสุขสามารถออกแบบบริการที่เหมาะสม ในการส่งเสริมการปรับพฤติกรรม
การป้องกันการแพ้พิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

เอกสารอ้างอิง

1. สุดารัตน์ เพชรจร, พรชุลีย์ นิลวิเศษ. การใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชในการผลิตทุเรียนของเกษตรกร ในอำเภอสวี จังหวัดชุมพร. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ครั้งที่ 14: ตามรอยพระยุคลบาท เกษตรศาสตร์กำแพงแสน นครปฐม. 2560. หน้า 3785-3792 . [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก https://kukr.lib.ku.ac.th/kukr_es/index.php?/KPS/search_detail/result/20005001

2. กรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์. วารสารทุเรียน. 2567; ประจำสัปดาห์ที่ 2 เดือนมิถุนายน 2567 (วันที่10 – 14 มิ.ย. 67) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก https://regional.moc.go.th/th/file/get/file/20240618af6901156ca698425efd29b556b804b6093140.pdf

3. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาผลกระทบจากการใช้สารเคมีอันตรายที่ใช้ในเกษตร (ไกลโฟเสต) และค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาฟื้นฟูสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก ddc.moph.go.th/uploads/publish/1388720230220111053.pdf

4. กาญจนา รัตน์นราทร. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัยในเกษตรกร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีสว่าง อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก https://udpho.moph.go.th/

5. ทวีวรรณ ศรีสุขคำ และรัตนา ทรัพย์บำเรอ. การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพด จังหวัดพะเยา. วารสารควบคุมโรค. 2564; 47(3): 571 -83

6. ธวัชชัย เอกสันติ, นิภา มหารัชพงศ์, ยุวดี รอดจากภัยและ อนามัย เทศกะทึก. การพัฒนาโปรแกรมและผลของโปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแปลงนาข้าว.วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2565; 8(2): 29-42

7. ศิริพร สมบูรณ์, ธณกร ปัญญาใสโสภณ, ชาคริต นุ่มสารพัดนึก, วีณา อยู่ภู่, ศิปภา ภุมมารักษ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ.2565; 17(4): 317 – 25

8. จงรัก สุวรรณรัตน์, ธณกร ปัญญาใสโสภณ. การวิจัยและพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดเกษตรกร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.2565; 40(1): 84 -93

9. ธีระยุทธ บุตรทหาร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในอำเภอทับปุด จังหวัดพังงา . วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.2565; 18(2): 47 – 56

10.มหาวิทยาลัยนเรศวร. คู่มือการใช้สารกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัย. 2564.สยามพิมพ์นานา จำกัด. เชียงใหม่.

11.ปิยาพัชร นาคมุสิก. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีของเกษตรกรสวนทุเรียน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2566; 31(4): 124 -138

12.สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก https://datariskcom-ddc.moph.go.th/download/

13.ชินตา เตชะวิจิตรจารุ.ความรอบรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561; 19(ฉบับพิเศษ): 1 – 11

14.ศิริพร สมบูรณ์, ธณกร ปัญญาใสโสภณ, ชาคริต นุ่มสารพัดนึก, วีณา อยู่ภู่, ศิปภา ภุมมารักษ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยากรสุขภาพ. 2565; 17(4): 317 - 325

15. กนกวรรณ วรชินา, นิภา มหารัชพงศ์, ปาจรีย์ อับดุลลากาซิม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวนาปีจังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565; 15(3): 252-261.

16. ธิติพันธุ์ อยู่ยิ่ง. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีในเกษตรกรแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่พูล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์.วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก.2567. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก https://library.takpho.go.th/web/files/3de81dc4ca242978596d9a9a01a9e0ef.pdf.17.

17. จิตติพัฒน์ สืบสิมมา, ทัศนีย์ ศิลาวรรณ, ณิชชาภัทร ขันสาคร. พฤติกรรมการใช้และการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรเพาะปลูกพริกผู้ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช: กรณีศึกษา ตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารพิษวิทยาไทย. 2560; 32(1): 9 – 25.

ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คุณค่าผู้บริโภคและช่องทางการตลาด: แนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรในตำบลสวนพริกไทย จังหวัดปทุมธานี

FROM LOCAL WISDOM TO CONSUMER VALUE AND MARKET CHANNELS: CONSERVATION OF HERBAL USAGE IN SUAN PHRIK THAI SUBDISTRICT, PATHUM THANI PROVINCE.

(Received: September 27,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

สุนทรี จีนธรรม[1] พีรยา ทองเครือ[2] จีรภัทร์ อัฐฐิศิลป์เวท[3] รัชนีวรรณ จีนธรรม[3] และประภัสรา ธรรมวัชรางกูร[4]
Soontaree Cheentam[1], Peeraya Thongkruer[2], Jeeraputr Attisilwet[3], Rachaneewan Cheentam[3] and Prapatsara Thamwatcharangkoon[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรของชุมชนในตำบลสวนพริกไทย อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี และ 2) ศึกษาแนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คุณค่าผู้บริโภคและช่องทางการตลาดด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรของชุมชนในตำบลสวนพริกไทย อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง ได้แก่ ปราชญ์ท้องถิ่น ผู้ปลูกสมุนไพร ผู้จำหน่ายสมุนไพร และผู้นำชุมชน จำนวนกลุ่มละ 5 คน รวม 20 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรของชุมชนพบปัญหา 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านสถานที่ปลูกพืชสมุนไพรมีไม่เพียงพอ 2) ปัญหาด้านสถานที่ผลิตสมุนไพร ยังไม่มีโรงงาน 3) ปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยังไม่ได้มาตรฐาน และ 4) ปัญหาด้านช่องทางการตลาดในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำหรับแนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คุณค่าผู้บริโภคและช่องทางการตลาดด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร ของชุมชนตำบลสวนพริกไทยพบว่า ชุมชนและครัวเรือนควรร่วมมือกันส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรทั้งที่บ้านของตนเองและที่ดินส่วนกลางชุมชน อาจปลูกในสวนหลังบ้าน ไร่นาสวนผสม เกษตรผสมผสาน เกษตรทฤษฎีใหม่ ปลูกในวัดและในโรงเรียน จัดทำธนาคารสมุนไพร เพื่อให้มีวัตถุดิบในการผลิตสมุนไพร จัดตั้งชมรมด้านสมุนไพรและร่วมมือกันในการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรและเพิ่มช่องทางการตลาดด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร หน่วยงานภาครัฐและสถาบันการศึกษา ควรร่วมมือกันสนับสนุนการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีมาตรฐานให้กับกลุ่มผู้ผลิต ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คุณค่าผู้บริโภค พัฒนาบรรจุภัณฑ์ ตราสินค้า และช่องทางการตลาดทั้งในประเทศและต่างประเทศ

คำสำคัญ: คุณค่าผู้บริโภค/ช่องทางการตลาด/ภูมิปัญญา/การใช้สมุนไพร

ABSTRACT

The objectives of this survey research were: 1) to examine the problems of conserving local wisdom in herbal usage within the community of Suan Phrik Thai Subdistrict, Mueang District, Pathum Thani Province, and 2) to explore guidelines for transferring such local wisdom into consumer value and market channels for herbal products. This qualitative research employed purposive sampling, selecting four target groups: local sages, herbal growers, herbal sellers, and community leaders, with five participants from each group, totaling 20 respondents. Data were collected through in-depth interviews and focus group discussions, and analyzed using content analysis.

The findings revealed four main problems in conserving local wisdom on herbal usage: (1) insufficient planting areas for herbs, (2) lack of production facilities or factories for herbal processing, (3) herbal products

[1] อาจารย์ประจำ วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
[2] อาจารย์ประจำ วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ และนักวิจัยอิสระและที่ปรึกษาด้านการตลาด (แพลตฟอร์ม Kolabtree, กรุงลอนดอน สหราชอาณาจักร)
[3] นักวิจัยอิสระ สมาคมสิ่งแวดล้อมศึกษาแห่งประเทศไทย
[4] สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก *ผู้นิพนธ์ประสานงาน E-mail: peeraya.thong@vru.ac.th

that fail to meet quality standards, and (4) limited marketing channels for distributing herbal products. As for the guidelines, the study suggested that households and communities should collaborate to promote herbal planting in both household spaces and communal areas, such as backyard gardens, integrated farming systems, mixed agriculture, new theory agriculture, temples, and schools. Establishing herb banks and herbal clubs was also recommended to ensure raw materials and strengthen cooperation in herbal utilization and market expansion. In addition, public agencies and educational institutions should support the development of standardized herbal products, promote local wisdom as consumer value, and enhance product packaging, branding, and marketing channels both domestically and internationally.

Keywords: Market Channels, Consumer Value, Local Wisdom, Herbal Usage

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการนำสมุนไพรมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในรูปยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และเครื่องสำอาง ภาครัฐได้มีการส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์และยาสมุนไพรทางการแพทย์แผนไทย โดยการผสมผสานการบริการแพทย์ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจร ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง ปลายทาง ทั้งการปลูก การแปรรูป และการทำเป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ที่หลากหลาย สามารถสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจให้กับชุมชนอย่างยั่งยืน มีการพัฒนาและมีอัตราการเติบโตอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกันกับตลาดโลก เมื่อพิจารณาจากจำนวนสถานที่ผลิตยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก สมุนไพรไทยเป็นทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพ ลดการพึ่งพายาเคมี มีสรรพคุณหลากหลาย เช่น บำรุงร่างกาย รักษาโรค บรรเทาอาการต่าง ๆ การพัฒนาสมุนไพรช่วยให้ได้มาตรฐานสากล ปลอดภัยและน่าเชื่อถือมากขึ้น ด้านเศรษฐกิจ ตลาดสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ธรรมชาติมีมูลค่าสูงทั้งในและต่างประเทศ ช่วยสร้างรายได้ให้เกษตรกร ผู้ประกอบการ OTOP และอุตสาหกรรมยา-เครื่องสำอาง หากมีการวิจัยและต่อยอดอย่างจริงจัง จะเพิ่มมูลค่าให้กับวัตถุดิบพื้นบ้านได้ ด้านสังคมและวัฒนธรรม สมุนไพรเป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านที่สืบทอดมาตั้งแต่บรรพบุรุษ การพัฒนาและต่อยอดภูมิปัญญาช่วยอนุรักษ์ความรู้ดั้งเดิมไม่ให้สูญหาย สร้างความภาคภูมิใจและอัตลักษณ์ของชาติไทย ด้านวิชาการและการวิจัยเป็นแหล่งองค์ความรู้ที่สามารถนำไปต่อยอดในเชิงวิทยาศาสตร์และการแพทย์สมัยใหม่ เปิดโอกาสให้นักวิจัย นักศึกษา และผู้ประกอบการได้พัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในระดับนานาชาติ การพัฒนาสมุนไพรไทยมีความสำคัญต่อการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ การเพิ่มขีดความสามารถทางเศรษฐกิจ และการรักษาภูมิปัญญาท้องถิ่นให้คงอยู่พร้อมก้าวสู่มาตรฐานสากล บรรพบุรุษของไทยแต่โบราณมีหมอยาที่เก่งอยู่ทุกภูมิภาค ทุกท้องถิ่น ได้สืบทอดภูมิปัญญามาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสมุนไพร เกิดจากวิถีชีวิต สภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมเป็นองค์ความรู้ที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ ทดลองศึกษาค้นคว้าจนได้ตำรับยา คัมภีร์ในการรักษาโรค จนเกิดเป็นศาสตร์ทฤษฎีต่าง ๆ มากมาย เช่น คัมภีร์ปฐมจินดา คัมภีร์โลกนิทาน คัมภีร์ธาตุวิวรณ์ เป็นต้น ซึ่งมีหลักฐานทางประวัติศาสตร์ คือการพบหินบดยาในหลายยุคสมัย ต่อมาวิทยาศาสตร์เจริญก้าวหน้า มีการสกัดสารสำคัญจากพืชสมุนไพร นำมาทำตัวยารักษาผู้ป่วยในรูปแบบแคปซูล ยาเม็ด ยาฉีด และมีการสังเคราะห์สารในห้องปฏิบัติการ ซึ่งใช้ง่าย ได้ผลเร็ว ยาสมุนไพรจึงถูกลดบทบาทลง เพราะใช้ยากกว่า ต้องต้ม ต้องอุ่นทุกวัน หรือต้องดองเหล้า ทำยาผง ยาลูกกลอน ยากวาดคอ จึงทำให้ยาแผนปัจจุบันมีบทบาทสำคัญจนเป็นกระแสหลักในโลกยุคปัจจุบัน ซึ่งมีผลข้างเคียงและอันตรายสูงกว่ายาแผนโบราณและยาสมุนไพร จึงทำให้ทั่วโลกหันกลับมาสนใจยาสมุนไพร เกิด

ค่านิยมในการกินอาหารเป็นยา และมีอาหารเสริมเพื่อสุขภาพจากสารสกัดสมุนไพรเกิดขึ้นมากมาย ในยุคปัจจุบัน ประเทศไทยมีหน่วยงานราชการที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการควบคุมและพัฒนายาสมุนไพร คือ กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้พืชสมุนไพรถูกนำมาวิจัยและพัฒนาเกิดขึ้นมากมาย เช่น ฟ้าทะลายโจร ซึ่งใช้รักษาโรคโควิด 19 ขมิ้นชัน บัวบก ไพล กระชายดำ นอกจากนี้องค์การเภสัชกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และโรงพยาบาลอื่น ๆ ยังได้ผลิตยาสมุนไพรออกมาใช้รักษาผู้ป่วยและส่งขายทั้งในประเทศและต่างประเทศ และมีการสนับสนุนหมอพื้นบ้านและการปลูกพืชสมุนไพรเพื่อนำมาแปรรูปในระบบอุตสาหกรรมตลอดจนมีสถาบันการศึกษาเปิดหลักสูตรการแพทย์แผนไทยระดับปริญญาตรี จำนวน 24 แห่ง เรียกแพทย์แผนไทยกลุ่ม ข ซึ่งกระจายอยู่ทั่วทุกภูมิภาค และผู้สำเร็จการศึกษาต้องสอบใบประกอบโรคศิลปะ ซึ่งมีสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทยดูแลรับผิดชอบเรื่องคุณภาพของแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพร[1]

สมุนไพร หรือยาสมุนไพร หมายถึงยาที่ได้จากพฤกษชาติ สัตว์ และแร่ธาตุต่าง ๆ ที่ยังมิได้แปรสภาพ หรือผสมปรุงเป็นตำรับยา พืชสมุนไพรเป็นผลผลิตจากธรรมชาติที่มนุษย์รู้จักนำมาใช้เป็นประโยชน์เพื่อการรักษาโรคภัยไข้เจ็บตั้งแต่โบราณกาลแล้ว เช่น ในเอเชียก็มีหลักฐานแสดงว่ามนุษย์รู้จักใช้พืชสมุนไพรมากกว่า 6,000 ปี แต่หลังจากที่ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ มีการพัฒนาความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น มีการสังเคราะห์และผลิตยาจากสารเคมี ในรูปที่ใช้ประโยชน์ได้ง่ายสะดวกสบายในการใช้มากกว่าสมุนไพร ทำให้ความนิยมใช้ยาสมุนไพรลดลงมาเป็นอันมาก เป็นเหตุให้ความรู้วิทยาการด้านสมุนไพรขาดการพัฒนา ไม่เจริญก้าวหน้า[2]

สวนพริกไทย เป็นชื่อตำบลหนึ่งอยู่ในเขตอำเภอเมืองปทุมธานี ทางฝั่งตะวันออกของแม่น้ำเจ้าพระยา บริเวณริมแม่น้ำอ้อม(แม่น้ำเจ้าพระยาสายเก่า) ในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์ บริเวณตำบลสวนพริกไทยนี้ มีการทำสวนพริกไทยเพื่อส่งหลวง ประชากรในตำบลสวนพริกไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 11,119 คน แยกเป็นชายจำนวน 5,347 คน และหญิงจำนวน 5,772 คน จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 5,373 ครัวเรือน แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 8 หมู่บ้าน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้าง การเกษตร ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว โรงงานอุตสาหกรรม รับราชการและรัฐวิสาหกิจ จากการที่คณะนักวิจัยลงพื้นที่สำรวจข้อมูลบริบทชุมชน พบว่า ในตำบลยังมีพื้นที่ทำการเกษตร ทั้งการทำนา ทำสวนผักและสวนผลไม้ และมีการปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้บริโภคเป็นอาหารและเป็นยารักษาโรคในบางครัวเรือน ชุมชนมีการรวมกลุ่มกันปลูกสมุนไพรที่หมู่ 8 และมีการเรียนรู้ในการทำผลิตภัณฑ์สมุนไพร แต่ยังขาดทักษะการผลิตที่ได้มาตรฐาน และไม่มีสถานที่ผลิตที่เป็นโรงเรือนแยกจากที่พักอาศัย และชุมชนต้องการพัฒนาการปลูกและแปรรูปสมุนไพร อีกทั้งอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คุณค่าผู้บริโภคและช่องทางการตลาดด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร และเพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนในตำบลสวนพริกไทย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนและสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาขององค์การสหประชาชาติ ทั้งด้านขจัดความยากจนและด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.ศึกษาปัญหาการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรของชุมชนในตำบลสวนพริกไทย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

2.ศึกษาแนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คุณค่าผู้บริโภคและช่องทางการตลาดด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรของชุมชนในตำบลสวนพริกไทย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research Design) โดยศึกษาสภาพปัญหาการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรของชุมชน และแนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรในตำบลสวนพริกไทย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสำรวจการปลูกพืชสมุนไพรของชุมชน และการสนทนากลุ่ม ทำการศึกษาโดยการเลือกกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ) แบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีองค์ความรู้ภูมิปัญญาด้านการใช้สมุนไพร ได้แก่ ปราชญ์ท้องถิ่น ผู้ปลูกสมุนไพร ผู้จำหน่ายสมุนไพร และผู้นำชุมชน ซึ่งมีขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรของชุมชนในตำบลสวนพริกไทย เก็บข้อมูลโดยการสำรวจการปลูกพืชสมุนไพรและการใช้สมุนไพรของชุมชนในตำบลสวนพริกไทย การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มเป้าหมาย

ระยะที่ 2 ศึกษาแนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คุณค่าผู้บริโภคและช่องทางการตลาดด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรของชุมชนในตำบลสวนพริกไทย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี โดยการสัมภาษณ์ ปราชญ์ท้องถิ่น ผู้ปลูกสมุนไพร ผู้จำหน่ายสมุนไพร และผู้นำชุมชน และทำการสนทนากลุ่มที่ชมรมรักษ์สมุนไพรไทย หมู่ 8 ตำบลสวนพริกไทย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในตำบลสวนพริกไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 11,119 คน แยกเป็นชายจำนวน 5,347 คน และหญิงจำนวน 5,772 คน จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 5,373 ครัวเรือน ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลในตำบลสวนพริกไทย โดยสอบถามผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชมรมผู้สูงอายุตำบลสวนพริกไทย เพื่อได้ข้อมูลหมอพื้นบ้าน ปราชญ์ท้องถิ่น ผู้ปลูกสมุนไพรที่มีองค์ความรู้ภูมิปัญญาการใช้ยาสมุนไพรในการป้องกัน รักษาโรค บรรเทาอาการเจ็บป่วย ส่งเสริมสุขภาพ และเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง ได้แก่ ปราชญ์ท้องถิ่นจำนวน 5 คน ผู้ปลูกสมุนไพรจำนวน 5 คน ผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรจำนวน 5 คน และผู้นำชุมชนจำนวน 5 คน รวม 20 คน และเลือกแบบเจาะจงสำหรับสนทนากลุ่มจำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสำรวจแบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ และประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับแบบสำรวจ ใช้สำรวจข้อมูลการปลูกพืชสมุนไพรของสมาชิกชุมชนในตำบลสวนพริกไทย แบบสังเกตเป็นแบบกึ่งโครงสร้างใช้สำหรับศึกษาปัญหาการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพร แบบสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง แบ่งออกเป็น 3 ตอน ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ตอนที่ 2 เป็นข้อมูลด้านปัญหาการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพร และตอนที่ 3 เป็นข้อมูลด้านแนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการท้องถิ่นสู่คุณค่าผู้บริโภคและช่องทางการตลาด ประเด็นคำถามและแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม อุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ กล้องถ่ายภาพ กล้องถ่ายวีดิโอ เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก

การสร้างและการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแบบสำรวจ แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการสนทนากลุ่มและประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การตรวจหาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์แผนไทย ด้านการวิจัย และด้านการตลาด จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาและภาษาหลังจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 และได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนที่จะมีการนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและคณะนักวิจัยได้ลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยประสานงานกับ ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลสวนพริกไทย โดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม การสำรวจพื้นที่การปลูกสมุนไพร ภูมิปัญญาการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาของปราชญ์ท้องถิ่น และสัมภาษณ์ ปราชญ์ท้องถิ่น ผู้ปลูกสมุนไพร ผู้จำหน่ายสมุนไพร และผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรในตำบลสวนพริกไทย ตลอดจนการจัดกิจกรรมการสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาแนวทางในการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรท้องถิ่นสู่คุณค่าผู้บริโภคและช่องทางการตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพร ของชุมชนในตำบลสวนพริกไทย โดยการจดบันทึก บันทึกเสียง บันทึกภาพนิ่ง และถ่ายวีดิทัศน์เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลทั่วไปในลักษณะกว้างและแบบเจาะลึก การวิจัยนี้จึงใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย ดังนี้

1. การสำรวจ ผู้วิจัยและคณะนักวิจัยได้เดินสำรวจสภาพพื้นที่ปลูกสมุนไพรในชุมชนตำบลสวนพริกไทย จดบันทึกข้อมูลลงในแบบสำรวจ โดยบันทึกชื่อสมุนไพรที่พบ สอบถามข้อมูลผู้ปลูกสมุนไพรบันทึกภาพและบันทึกวีดิทัศน์

2.การสังเกต ผู้วิจัยและคณะนักวิจัยได้ทำการสังเกตแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยสังเกตสภาพแวดล้อมและปัญหาการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรของปราชญ์ท้องถิ่น และสมาชิกชุมชนผู้ปลูกและอนุรักษ์สมุนไพรและบันทึกข้อมูลลงในแบบสังเกต

3.การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ถึงปัญหา และแนวทางในการการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คุณค่าผู้บริโภคและช่องทางการตลาดด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรของชุมชนในตำบลสวนพริกไทย โดยบันทึกภาพและเสียง

4.การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยนัดผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมาร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่มจำนวน 10 คน ที่ทำการชมรมรักษ์สมุนไพรไทยตำบลสวนพริกไทย โดยใช้ประเด็นคำถามเกี่ยวกับแนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คุณค่าผู้บริโภคและช่องทางการตลาดด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรของชุมชนในการสนทนากลุ่มและบันทึกข้อมูล บันทึกภาพและเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มกับกลุ่มเป้าหมายในประเด็นปัญหาและแนวทางในการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรของชุมชนจะนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangular Data) โดยตรวจสอบจากปราชญ์ท้องถิ่น นักวิชาการ และตรวจสอบจากเอกสารตำรา และสรุปผลการวิจัยนำเสนอผลการวิจัยด้วยวิธีพรรณนาวิเคราะห์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ การจดบันทึก และค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย 2 ข้อ มีผลการวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาปัญหาการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรของชุมชนในตำบลสวนพริกไทยอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี มีดังนี้

1.1 ปัญหาด้านสถานที่ปลูกพืชสมุนไพร ชุมชนตำบลสวนพริกไทยเดิมเป็นพื้นที่เกษตร ต่อมามีการขยายเขตเมือง มีโรงงานอุตสาหกรรม อาคารพาณิชย์ หมู่บ้านจัดสรรเกิดขึ้น จึงทำให้พื้นที่เกษตรลดลง ปัจจุบันยังมีนาข้าว สวนผัก สวนผลไม้ อยู่บ้าง เกษตรกรยังทำเกษตรผสมผสาน ปลูกผักสวนครัว เช่น ข่า ตะไคร้ พริก กระเพรา ผักบุ้ง ถั่ว มะเขือ ไม้ผล และไม้ยืนต้น เช่น มะม่วง ขนุน มะขาม มะปราง มะยม มะกรูด มะนาว มะพร้าว ขี้เหล็ก สะเดา ฝาง มะม่วงหาวมะนาวโห่ พื้นที่ปลูกสมุนไพรจึงเหลือน้อยลง

เกษตรกรหันมาปลูกผักสวนครัวและทำเกษตรผสมผสาน





พืชสมุนไพรบางชนิดต้องใช้เวลาในการปลูกนานหลายปี จึงจำเป็นต้องไปหาซื้อในร้านขายยา เช่น สมุลแว้ง ฝาง เถาเอ็นอ่อน เถาวัลย์เปรียง มีความจำเป็นในการอนุรักษ์โดยขยายพันธุ์และปลูกเพิ่มในพื้นที่ซึ่งต้องการจัดทำเป็นธนาคารสมุนไพรของตำบล อีกทั้งปัญหาฝนตกน้ำท่วมในพื้นที่ตำบลสวนพริกไทยทำให้พืชสมุนไพรที่ปลูกไว้ในสวนและบริเวณบ้านพักอาศัยตายไปบางส่วน อาจทำให้พืชสมุนไพรเหลือน้อยลง จึงต้องหาต้นสมุนไพรมาปลูกเพิ่ม และหาสถานที่ปลูกเพิ่มขึ้น (เรวดี นาคโต และวารีตน์ ชมภูอ่อน, 2568)

1.2 ปัญหาด้านสถานที่ผลิตสมุนไพร ตำบลสวนพริกไทยยังไม่มีกลุ่มที่จดทะเบียนเป็นวิสาหกิจชุมชนหรือกลุ่มอาชีพด้านสมุนไพร จึงขาดการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาสถานที่ผลิตสมุนไพรจากหน่วยงานภาครัฐ สมาชิกชุมชนบางกลุ่มยังขาดสถานที่ทำผลิตภัณฑ์สมุนไพร ส่วนใหญ่ใช้สถานที่ในบ้าน เนื่องจากยังไม่มีโรงงานทำผลิตภัณฑ์สมุนไพร บางบ้านต่อเติมโรงเรือนไว้ใช้ทำผลิตภัณฑ์ แต่ยังไม่ได้มาตรฐานการผลิต หากต้องนำผลิตภัณฑ์สมุนไพรไปขอเลขทะเบียนจดแจ้งและทางนักวิชาการสาธารณสุขต้องมาตรวจสถานที่ผลิต น่าจะไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านสถานที่ผลิต สมาชิกชุมชนมีทั้งชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชมรมรักษ์สมุนไพรไทย ใช้วิธีแก้ปัญหาสถานที่ผลิตโดยการปรับปรุงอาคารร้านค้าในบริเวณหมู่ 8 ไว้ใช้เป็นสถานที่ผลิต (สุนันท์ แก้วนิยม, 2568) ปัจจุบันมี

สมาชิกชุมชนรวมกลุ่มกันทำผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรโดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานหลายภาคส่วนสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ในการทำผลิตภัณฑ์สมุนไพรและมีวิทยากรจากมหาวิทยาลัยในท้องถิ่นมาช่วยอบรมเชิงปฏิบัติการทำเครื่องดื่มสมุนไพรสำหรับบำบัดอาการไขมันสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคอ้วน และทำแปรรูปสมุนไพรหลายชนิด โดยแก้ปัญหาสถานที่ผลิต ขอใช้สถานที่ผลิตที่บ้านสมาชิกอาสาสมัครสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่หมู่ 8

1.3 ปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร สมาชิกชุมชนเคยมีการตั้งกลุ่มสตรีสหกรณ์อำเภอเมือง ได้ทำผลิตภัณฑ์สมุนไพร เช่น แชมพูมะกรูด แชมพูดอกอันชัญ สบู่เหลวขมิ้น สบู่ก้อนเสลดพังพอน ยาสีฟันสมุนไพร แต่เนื่องจากสมาชิกอายุมากขึ้นจึงทำผลิตภัณฑ์ไม่ไหว และมีผู้ผลิตกันหลายกลุ่มจึงทำให้ขยายตลาดได้ยาก จึงได้เลิกผลิตไป แต่ปัจจุบันมีคนรุ่นใหม่ที่เป็นลูกเป็นหลานของสมาชิกในชุมชน ได้หันมาสนใจผลิตภัณฑ์ที่ส่งเสริมสุขภาพ และบางคนเรียนจบแพทย์แผนไทย จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาองค์ความรู้ในการทำผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีคุณภาพและมีความหลากหลาย แต่ยังขาดประสบการณ์ในการทำผลิตภัณฑ์ และการพัฒนามาตรฐานผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยังขาดหน่วยงานมาสนับสนุนในการไปจดทะเบียนของเครื่องหมายมาตรฐาน เช่น มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน : มผช. จากหน่วยงานอุตสาหกรรมจังหวัด เลขทะเบียนจดแจ้งจากหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด สถานที่ผลิตสมุนไพรยังไม่ได้มาตรฐาน ยังเก็บยาสมุนไพรอยู่กับบ้านโดยใช้กระด้งตากยา ยังขาดโรงเรือนสำหรับตากยา หากมีการรวมกลุ่มกันมีโอกาสได้รับการสนับสนุนโรงเรือนตากยาพลังงานแสงอาทิตย์ ทำให้การผลิตยาสมุนไพรมีมาตรฐานความสะอาดและปลอดภัยมากขึ้น (ประเทือง ทำสะดวก, 2568) ขาดการส่งเสริมด้านบรรจุภัณฑ์ จึงทำให้ยอดจำหน่ายมีจำนวนไม่มากนัก ซึ่งเมื่อขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้ ต้องเก็บรวบรวมงบประมาณ เพื่อไปซื้อบรรจุภัณฑ์ เช่น ขวด ถุง ซอง กล่อง ทำฉลากและซื้อวัตถุดิบบางอย่าง เช่น เบสสบู่ กลีเซอรีน พิมเสน การบูร เมนทอล น้ำมันสะระแหน่ อบเชย กานพลู พริกไทย ลูกผักชี เป็นต้น (เรวดี นาคโต, 2568)

1.4 ปัญหาด้านช่องทางการตลาดในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร ในชุมชนตำบลสวนพริกไทย ไม่มีตลาดนัด มีเพียงร้านกาแฟ ร้านค้าขายอาหาร และผักผลไม้ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในหมู่บ้าน จึงทำให้ยอดจำหน่ายมีจำนวนไม่มากนักแค่พอมีรายได้เป็นทุนหมุนเวียน ซึ่งเมื่อขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้เงินมา ต้องเก็บรวบรวมเพื่อไปซื้อบรรจุภัณฑ์ขวด ทำฉลากและซื้อวัตถุดิบบางอย่าง ส่งเสริมด้านบรรจุภัณฑ์และการตลาด (ประเทือง ทำสะดวก, 2568)

2. ผลการศึกษาแนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คุณค่าผู้บริโภคและช่องทางการตลาดด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรของชุมชนในตำบลสวนพริกไทย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี มีดังนี้

2.1 สร้างภาคีเครือข่ายในชุมชน ปราชญ์ท้องถิ่น ผู้ปลูกสมุนไพร ผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร และผู้นำชุมชน ร่วมมือกับชุมชนที่ผลิตสมุนไพรอื่น ๆ ในจังหวัด เพื่อร่วมมือกันในการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรและเพิ่มช่องทางการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร เช่น กลุ่มสมุนไพรบ้านต้นโพธิ์ ตำบลบางขะแยง อำเภอเมือง กลุ่มสมุนไพรไวท์เฮาส์ ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง เป็นต้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่แปรรูปจำหน่ายสมุนไพรมานาน และมีผลิตภัณฑ์ที่หลากหลายเป็นที่ยอมรับของผู้บริโภค ตลอดจนมีตลาดรองรับ และได้จดทะเบียนวิสาหกิจชุมชนกับสำนักงานเกษตรอำเภอ

2.2 ชุมชนควรร่วมมือกันอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรโดยหาพื้นที่สาธารณะเพื่อปลูกพืชสมุนไพร โดยองค์การบริหารส่วนตำบลสวนพริกไทย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนพริกไทย ควรเป็นผู้รับผิดชอบโครงการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพร เนื่องจากมีพื้นที่สาธารณะอยู่

ในชุมชน ควรปลูกทั้งไม้ต้น เช่น มะขาม คูน ขี้เหล็ก สะเดา ฝาง กุ่ม มะขามป้อม สมอไทย สมอพิเภก สารภี พิกุล บุนนาค มะตูม ไม้พุ่ม เช่น กระดูกไก่ดำ มะกรูด มะนาว ยอ มะลิ แก้ว ชุมเห็ดเทศ เลือดมังกร ไม้เลื้อย เช่น เถาเอ็นอ่อน เถาวัลย์เปรียง มะลิวัลย์ มณฑา ส้มป่อย ย่านาง อัญชัน ไม้ล้มลุก เช่น ฟ้าทลายโจร หญ้าหนวดแมว ไพล ขมิ้นชัน ขมิ้นอ้อย ว่านเอ็นเหลือง ว่านชักมดลูก ว่านขอทองแก้ กระชายดำ กระชายเหลือง ข่า ตะไคร้ ว่านหางจระเข้ ว่านนางคำ พลูคาว ไม้น้ำ เช่น บัวหลวง บัวสาย ตาลปัตฤาษี ว่านน้ำ เป็นต้น

2.3 ภาครัฐและภาคเอกชน ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกชุมชนปลูกสมุนไพร อาจปลูกผสมผสานทั้งพืชผักสวนครัว ไม้ผล และพืชสมุนไพร โดยเลือกต้นไม้ที่เป็นสมุนไพรสำหรับใช้ประโยชน์ทางอาหารและยา อาจทำในรูปแบบเกษตรทฤษฎีใหม่ ธนาคารต้นไม้ ธนาคารสมุนไพร ปลูกแบบไร่นาสวนผสม สวนหลังบ้าน อีกทั้งเป็นการช่วยให้มีอาหารบริโภคตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง เพิ่มพื้นที่สีเขียวและช่วยลดการเกิดคาร์บอน จากการสัมภาษณ์ผู้ปลูกสมุนไพร และทำผลิตภัณฑ์สมุนไพร ได้แก่ ลูกประคบ ถุงหอมสมุนไพร น้ำมันว่านแก้ปวดเมื่อย สบู่สมุนไพร ยาดมสมุนไพร สมุนไพรแช่เท้า ทำเครื่องดื่มสมุนไพร ส่วนใหญ่ไปขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามงานเทศกาล ตลาดนัด งานกาชาดของจังหวัดปทุมธานี และขายอยู่ที่บ้าน สมุนไพรที่ปลูก มีมากว่า 50 ชนิด นอกจากนี้ ยังบริจาคต้นกล้าสมุนไพรให้สำหรับปลูกที่บริเวณสวนสมุนไพรหมู่ 8 ส่วนตำบลสวนพริกไทย โดยบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับสมาชิกชุมชนร่วมแรงร่วมใจกันปลูกพืชสมุนไพรมากกว่า 50 ชนิด เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้สมุนไพรของตำบลสวนพริกไทย นอกจากนี้ สมุนไพรที่ใช้ดีมาก ได้แก่ ว่านหางจระเข้ สามารถนำมาใช้ใส่แผลให้หายจากอักเสบ ฆ่าเชื้อโรค นอกจากนี้ยังมีน้ำมันว่าน ใช้สมุนไพรว่านชนิดต่าง ๆ เช่น ว่านเอ็นเหลือง ว่านมหากาฬ กระดูกไก่ดำ ว่านนางคำ และอื่นๆ โดยใช้น้ำหนักเท่า ๆ กัน เคี่ยวกับน้ำมันมะพร้าว กรองกากออก ทิ้งไว้ให้เย็น แล้วใส่พิมเสน การบูร เมนทอล น้ำมันสะระแหน่ น้ำมันระกำ เพื่อเพิ่มสรรพคุณของน้ำมันว่าน มีสรรพคุณทาแก้ปวดเมื่อย แก้แมลงสัตว์กัดต่อย พืชสมุนไพรที่ปลูกมีมากมาย เช่น ขมิ้น ไพล รากสามสิบ เถาเอ็นอ่อน ม้ากระทืบโรง พญาเสือโคร่ง ว่านชักมดลูก ปลาไหลเผือก ย่านาง พลูคาว ฟ้าทลายโจร เสลดพังพอน ว่านหางจระเข้ มีประโยชน์มาก ใช้ทำสบู่ ทำเจลว่านหางจระเข้ (สมคิด รุ่งแจ่ม, 2568)

2.4 ท้องถิ่นควรสนับสนุนการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีมาตรฐาน อาจช่วยพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์มาตฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.) กระทรวงอุตสาหกรรม หรือพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เช่น เลขทะเบียนจดแจ้งเพื่อให้ผู้บริโภคยอมรับในความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สมุนไพร

2.5 หน่วยงานภาครัฐในท้องถิ่น ควรส่งเสริมการถ่ายทอดความรู้จากหมอพื้นบ้าน ปราชญ์ท้องถิ่นสู่คนรุ่นปัจจุบัน ทั้งในระบบโรงเรียน การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่ออนุรักษ์ภูมิปัญญาสมุนไพรให้คงอยู่อย่างยั่งยืน

2.6 จัดทำธนาคารสมุนไพร เพื่ออนุรักษ์ภูมิปัญญาด้านการใช้สมุนไพร ทั้งการปลูก การรวบรวมพืชสมุนไพรที่หลากหลายเพื่อให้มีวัตถุดิบสมุนไพรของชุมชนสำหรับใช้ประโยชน์ในการทำผลิตภัณฑ์ และอนุรักษ์ภูมิปัญญาสมุนไพร

2.7 จัดกิจกรรมพัฒนาผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของตำบลสวนพริกไทย โดยจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เชิงลึกการทำผลิตภัณฑ์สมุนไพร เช่น สบู่สมุนไพร ยาดมสมุนไพร ถุงหอมสมุนไพร ลูกประคบสมุนไพร เป็นต้น และมีวิทยากรที่เชี่ยวชาญด้านการแปรรูปสมุนไพรเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีคุณภาพมาตรฐานสู่ตลาดสากลและพัฒนาการตลาด

2.8 จัดทำศูนย์เรียนรู้ภูมิปัญญาด้านสมุนไพร โดยจัดทำสถานที่ทำการศูนย์ ฐานเรียนรู้ ป้ายสื่อความหมาย ป้ายชื่อพรรณไม้ ในบริเวณธนาคารต้นไม้ จัดทำฐานข้อมูล เอกสารเผยแพร่ความรู้ และสื่อการเรียนรู้ เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสมุนไพรในตำบล








การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ณ ชมรมรักษ์สมุนไพรไทย

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรของชุมชนในตำบลสวนพริกไทย อำเภอเมือง จังหวัดสปทุมธานี พบว่า มีปัญหา 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านสถานที่ปลูกพืชสมุนไพร ,มีไม่เพียงพอ 2) ปัญหาด้านสถานที่ผลิตสมุนไพร ยังไม่มีโรงงาน 3) ปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยังไม่ได้เครื่องหมายมาตรฐาน และ 4) ปัญหาด้านช่องทางการตลาดในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยเฉพาะปัญหา ขาดการสืบทอดภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพร เนื่องจากหมอพื้นบ้านในชุมชนมีอายุมากแล้ว และเสียชีวิตโดยไม่มีลูกหลานสืบสานภูมิปัญญา สอดคล้องกับงานวิจัยของ ผมหอม เชิดโกทา (2563) ได้ทำการศึกษาเรื่อง สภาพปัญหาการอนุรักษ์พืชสมุนไพรพื้นบ้านของชุมชนตำบลหนองสังข์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว พบว่า ตำบลหนองสังข์มีสภาพพื้นที่เป็นที่ราบและพื้นที่ราบสูง ดินกรวดปนทราย สภาพดินไม่เหมาะในการปลูกพืชสมุนไพร เมื่อในอดีตการสาธารณสุขของประเทศยังไม่เจริญเท่าที่ควรเมื่อเวลาเจ็บป่วยใช้พืชสมุนไพรในการรักษา โดยหมอยาท้องถิ่นรักษาให้ หมอยาในอดีตจึงมีความสำคัญในชุมชนมากแต่ปัจจุบันชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างจึงไม่ให้ความสนใจพืชสมุนไพรเพราะขาดผู้สืบทอดภูมิปัญญาด้านการใช้สมุนไพรพื้นบ้านจากบรรพบุรุษ ดังนั้น ชุมชนจึงไม่มีความรู้เรื่องสมุนไพรและขาดผู้ให้ความรู้ในการปลูกพืชสมุนไพรที่มีความรู้จริงในพื้นที่และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสังข์ มีระบบดูแลสุขภาพแผนปัจจุบันที่เป็นทางเลือก และยังมีการบุกรุกทำลายป่าอย่างต่อเนื่องทำให้พื้นที่ป่าลดลงมีผลทำให้สมุนไพรลดน้อยลงบางชนิดสูญหายไปยังไม่มีหน่วยงานของรัฐเข้าส่งเสริมให้ความรู้แก่ชุมชนในการปลูกพืชสมุนไพรชนิดที่เป็นที่ต้องการของตลาดและสนับสนุนด้านเครือข่ายการตลาดเพื่อเพิ่มรายได้ให้กับชุมชนนำไปสู่การสร้างความเข้มแข็งให้กับเศรษฐกิจชุมชนในตำบลหนองสังข์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนทรี จีนธรรม และคณะ[3] ได้ทำการวิจัยเรื่อง การศึกษาตำรับยาสมุนไพรของหมอพื้นบ้านในตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี จากผลการวิจัยพบว่า หมอพื้นบ้านในตำบลบ่อเงิน จำนวน 15 คน มีตำรับยาสมุนไพรทั้งหมด จำนวน 39 ตำรับ ได้แก่ ตำรับยาที่ใช้รักษาโรคระบบทางเดินอาหาร จำนวน 5 ตำรับ (ตำรับยาแก้โรคกระเพาะอาหาร แก้ท้องผูก และแก้โรคริดสีดวงทวาร) ตำรับยาที่ใช้รักษาโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 8 ตำรับ (ตำรับยาแก้ไข้หวัด แก้ไอ และขับเสมหะ) ตำรับยาที่ใช้รักษาโรคระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 2 ตำรับ (ตำรับยาขับปัสสาวะ และแก้โรคไต) ตำรับยาที่ใช้รักษาโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวน 4 ตำรับ (ตำรับยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อปวดกระดูก และแก้ปวดเมื่อย) ตำรับยาที่ใช้รักษาโรคระบบผิวหนัง จำนวน 5 ตำรับ (ตำรับยาแก้แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก แก้แมลงสัตว์กัดต่อย แก้พิษตะขาบ แก้โรคเริม และยาบำรุงผิว) ตำรับยาที่ใช้รักษาโรคระบบไหลเวียนโลหิต จำนวน 3 ตำรับ (ตำรับยาแก้ความดันต่ำ แก้ความดันโลหิตสูง และขับเลือดร้าย) ตำรับยาที่ใช้รักษาโรคระบบต่อมไร้ท่อ จำนวน 1 ตำรับ (ตำรับยาแก้เบาหวาน) และตำรับยาที่ใช้รักษาโรคระบบอื่น ๆ จำนวน 11 ตำรับ (ตำรับยาหอมชนะลมร้อยจำพวก ยาดับพิษไฟในหญิงหลังคลอด ยาบำรุงร่างกาย แก้โรคซาง แก้ซางและแก้ไอ ยาบำรุงร่างกายบุรุษ ยาบำรุงร่างกาย ยาอายุวัฒนะ และแก้ต้อเนื้อ)ซึ่งยังมีหมอพื้นบ้านที่อนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้ยาสมุนไพรสืบทอดมาถึงปัจจุบัน

2. ผลการศึกษาศึกษาแนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คุณค่าผู้บริโภคและช่องทางการตลาดด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรของชุมชนในตำบลสวนพริกไทย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ชุมชนและครัวเรือนควรร่วมมือกันส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรทั้งที่บ้านของตนเองและที่ดินส่วนกลางชุมชน อาจปลูกในสวนหลังบ้าน ไร่นา

สวนผสม เกษตรผสมผสาน เกษตรทฤษฎีใหม่ ปลูกในวัดและในโรงเรียน จัดทำธนาคารสมุนไพรเพื่อให้มีวัตถุดิบในการผลิตสมุนไพร จัดตั้งชมรมด้านสมุนไพรและร่วมมือกันในการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรและเพิ่มช่องทางการตลาดด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร หน่วยงานภาครัฐและสถาบันการศึกษาควรร่วมมือกันสนับสนุนการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีมาตรฐานให้กับกลุ่มผู้ผลิต ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คุณค่าผู้บริโภค พัฒนาบรรจุภัณฑ์ตราสินค้า และช่องทางการตลาดทั้งในประเทศและต่างประเทศ ปราชญ์ท้องถิ่น ผู้ปลูกสมุนไพร ผู้จำหน่ายสมุนไพร และผู้นำชุมชน ควรสร้างภาคีเครือข่ายกับชุมชนที่ผลิตสมุนไพรในจังหวัด เช่น กลุ่มสมุนไพรไวท์เฮ้าส์ อำเภอคลองหลวง วิสาหกิจชุมชนบ้านต้นโพธิ์ อำเภอเมือง และสมาชิกชุมชนควรร่วมมือกันปลูกพืชสมุนไพรทั้งในที่สาธารณะของตำบล เช่น โรงเรียน วัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และปลูกบริเวณรอบบ้านของตนเอง ทำให้หมู่บ้านเกิดความร่มรื่นเขียวขจี ผู้นำควรรวมกลุ่มและร่วมมือกันในการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรและเพิ่มช่องทางการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร หน่วยงานภาครัฐ ควรสนับสนุนการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีมาตรฐานส่งเสริมการถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาจากหมอพื้นบ้านปราชญ์ท้องถิ่นสู่คนรุ่นปัจจุบันโดยจัดทำตำรา และจัดทำฐานข้อมูลหมอพื้นบ้านและฐานข้อมูลสมุนไพร ทั้งนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลสวนพริกไทย มีนโยบายสนับสนุนให้สมาชิกในชุมชนรวมกลุ่มกันผลิตสมุนไพร เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนและสร้างอาชีพและรายได้ให้กับสมาชิกกลุ่มผู้ผลิต[4] สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพัตรา คำแหง และคณะ[5] ได้ทำการศึกษาเรื่องนวัตกรรมการตลาดสมัยใหม่ เพื่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรท้องถิ่นของชุมชนบ้านวังไทร อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้บริโภคเป็นเพศหญิงอายุ 61 ปีขึ้นไป มีรายได้ 10,001-15,000 บาท อาชีพการเกษตร การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ซื้อผลิตภัณฑ์ยาหม่อง มีระยะเวลาการใช้ 6 เดือน ถึง 1 ปี ใช้ผลิตภัณฑ์เมื่อมีอาการ ตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ด้วยตนเองจำนวนเงินที่ซื้อต่อครั้ง 101-200 ถึง บาท ซื้อจากผู้ผลิต ความคาดหวังที่ทำให้ตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพรคือ วัตถุดิบสกัดจากสมุนไพรธรรมชาติที่ปลอดภัย ส่วนประสมทางการตลาดบรรจุภัณฑ์สะอาด คุณภาพดีและมีเครื่องหมายมาตรฐานรับรอง ปัจจัยด้านนวัตกรรมการตลาดบรรจุภัณฑ์ที่สะอาด คุณภาพดีและมีเครื่องหมายมาตรฐานรับรอง มีผลต่อการตัดสินใจซื้อข้อเสนอแนะ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรควรมีการโฆษณาผ่านสื่อ ควรจัดสรรช่องทางและสถานที่การจัดจำหน่ายและการสร้างผลิตภัณพ์สมุนไพรเพื่อเพิ่มมูลค่าสินค้า และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนทรี จีนธรรม และคณะ[6] ได้ทำการวิจัยเรื่อง แนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรของชุมชนในตำบลบ้านแก้ง อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรของชุมชนในตำบลบ้านแก้ง อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว และ 2) ศึกษาแนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรของชุมชนในตำบลบ้านแก้ง อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง ได้แก่ หมอพื้นบ้าน ปราชญ์ท้องถิ่นที่มีความรู้และภูมิปัญญาในการใช้สมุนไพร ผู้ปลูกสมุนไพร และผู้นำชุมชน ที่ส่งเสริมการใช้สมุนไพร จำนวนกลุ่มละ 5 คน รวม 20 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาการอนุรักษ์ภูมิญญาการใช้สมุนไพรของชุมชน พบปัญหา 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านการปลูกพืชสมุนไพร 2) ปัญหาด้านการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร 3) ปัญหาด้านการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุนไพร และ 4) ปัญหาด้านการถ่ายทอดภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรสำหรับแนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมนไพรของชุมชนตำบลบ้านแก้ง พบว่า ทุกภาคส่วนควรร่วมมือกันส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรทั้งในที่สาธารณะของตำบลและที่ดินส่วนตัวของสมาชิก

ชุมชน อาจทำในรูปแบบ เกษตรผสมผสาน วนเกษตร บ่าครอบครัว ธนาคารต้นไม้ ธนาคารสมุนไพร ปลูกหัวไร่ปลายนา และสวนรอบบ้าน เพื่อเพิ่มพื้นที่สีเขียว ผู้นำควรรวมกลุ่มและร่วมมือกันในการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรและเพิ่มช่องทางการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร หน่วยงานภาครัฐควรสนับสนุนการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีมาตรฐาน ส่งเสริมการถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญาจากหมอพื้นบ้าน ปราชญ์ท้องถิ่นสู่คนรุ่นปัจจุบันโดยจัดทำตำรา และจัดทำฐานข้อมูลหมอพื้นบ้านและฐานข้อมูลสมุนไพร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

1. ผู้ปลูกสมุนไพรและผู้แปรรูปสมุนไพรควรรวมกลุ่มกันเป็นเครือข่าย โดยการจัดตั้งวิสาหกิจชุมชนสมุนไพรในตำบลสวนพริกไทย จัดทำสถานที่ผลิตให้มีมาตรฐาน เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้ผ่านการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน และนำไปสู่การคัดเลือกเป็นสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ และของดีจังหวัดปทุมธานี

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานเกษตรจังหวัด และสถาบันการศึกษาควรส่งเสริมพัฒนาองค์ความรู้และยกระดับภูมิปัญญาการใช้สมุนไพร โดยการส่งเสริมการปลูกและแปรรูปสมุนไพร อีกทั้งรวบรวมพืชสมุนไพรที่สามารถนำมาใช้ทำยาในการรักษาโรคตลอดจนส่งเสริมพัฒนาการแปรรูปสมุนไพรตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ

3. สำนักงานพลังงานจังหวัดและองค์การบริหารส่วนตำบลสวนพริกไทย ควรสนับสนุนงบประมาณในการปลูกพืชสมุนไพรและทำโรงตากสมุนไพรพลังงานแสงอาทิตย์ที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เพื่อให้ชุมชนมีโอกาสแปรรูปสมุนไพรที่สะอาดและมีมาตรฐานความปลอดภัยและสนับสนุนการผลิตสินค้าจากสมุนไพรให้มีความหลากหลายและมีคุณภาพสู่ตลาดสากล

4. สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดและพาณิชย์จังหวัดปทุมธานี ควรส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มผู้ผลิต วิสาหกิจชุมชน และสถานประกอบการโดยสนับสนุนบรรจุภัณฑ์ ตราสัญญลักษณ์ และช่องทางการตลาด ให้กับผู้ปลูกและผู้แปรรูปสมุนไพรในชุมชนตำบลสวนพริกไทย ทั้งการตลาดในท้องถิ่น ในห้างสรรพสินค้า และกิจกรรมการออกงานในเทศกาลตลอดทั้งปี ตลอดจนช่องทางการตลาดออนไลน์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ นวัตกรรมการตลาดสมัยใหม่เพื่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรท้องถิ่นและ เพื่อส่งเสริมการตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้เติบโตก้าวหน้าในตำบลสวนพริกไทย และตำบลอื่นๆ จังหวัดปทุมธานี

2. ควรศึกษาการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามภูมิปัญญาท้องถิ่น จากทรัพยากรความหลากหลายทางชีวภาพเพื่อให้ได้มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน สู่การเป็นสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ของจังหวัดปทุมธานี

3. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาธนาคารสมุนไพรในจังหวัดปทุมธานี เพื่อการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรในชุมชนตลอดจนส่งเสริมการปลูกรวบรวมพรรณพืชสมุนไพรให้หลากหลายตามกลุ่มอาการของโรคและเป็นการเพิ่มพื้นที่สีเขียวให้กับท้องถิ่น

4. ควรศึกษาด้านการพัฒนาเมืองสมุนไพรเพื่อเป็นต้นแบบให้กับชุมชนในตำบลสวนพริกไทยและสร้างมูลค่าเพิ่มทางการตลาดให้แก่ชุมชนตำบลสวนพริกไทย และตำบลอื่นๆ ในจังหวัดปทุมธานี

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน.(2566). หมอชีวกโกมารภัจจ์.[ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: https://ttcmh.dtam.moph.go.th/index.php/knowledge/read-more/34-proj-1.html

สภาการแพทย์แผนไทย.(2566). สถาบันผ่านการรับรอง.[ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก:https://thaimed.or.th

2. นงลักษณ์ จิ๋วจู ทิพย์วรรณ ศิบุญนันท์ ชญานันท์ ศิริกิจเสถียร และวีรวรรณ แจ้งโม้. (2564). การพัฒนาการแปรรูปพืชสมุนไพรตามภูมิปัญญาท้องถิ่น จากทรัพยากรความหลากหลายทางชีวภาพเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจชุมชน กรณีศึกษา: บ้านโพธิ์พัฒนา ตำบลคณฑี อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.asia/D8mJ0
3. สุนทรี จีนธรรม, จีรภัทร์ อัฐฐิศิลป์เวท และสุภารัตน์ คำเพราะ.(2564). การศึกษาตำรับยาสมุนไพรของหมอพื้นบ้านในตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น.7(4):229-246.
4. เรวดี นาคโต.และวารีรัตน์ ชมภูอ่อน (2568). ผู้ปลูกและแปรรูปสมุนไพรในตำบลสวนพริกไทย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วันที่ 8 พฤษภาคม 2568. (สัมภาษณ์)
5. สุพัตรา คำแหง, ชัญญานุช โมราศิลป์ และบุปผชาติ แต่งเกลี้ยง (2565) นวัตกรรมการตลาดสมัยใหม่ เพื่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรท้องถิ่นของชุมชนบ้านวังไทร อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. สยามวิชาการ. 23(1): 1-10n
6. สุนทรี จีนธรรม, จีรภัทร์ อัฐฐิศิลป์เวท รัชนีวรรณ จีนธรรม. และประภัสราธรรมวัชรางกูร (2568). แนวทางการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรของชุมชนในตำบลบ้านแก้ง อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว. 14(1):183-199.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟู

The Results of the information program Motivation in patients before and after breast cancer surgery regarding knowledge, attitude, and cooperative behavior in rehabilitation.

(Received: September 27,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

กัญญาณัฐ จันทร์ฉายเมธากุล[1]
kanyanat chanchaimethakul[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและแรงจูงใจ ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟูของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ก่อนและหลังการผ่าตัด โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลัง (one-group pretest–posttest) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 30 คน ผู้วิจัยจัดโปรแกรมให้ความรู้และแรงจูงใจอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด และการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำทางการแพทย์

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมี ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากคะแนนเฉลี่ย 13.20 ± 2.50 ก่อนโปรแกรม เพิ่มเป็น 17.80 ± 1.80 หลังโปรแกรม ($p < .001$) ในด้านทัศนคติ ผู้ป่วยมีแนวโน้มทัศนคติเชิงบวกมากขึ้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 38.50 ± 5.20 เป็น 48.30 ± 4.10 ($p < .001$) ส่วนพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟูของผู้ป่วยก็ปรับปรุงขึ้นอย่างชัดเจน จากระดับปานกลางก่อนโปรแกรม (66.50 ± 10.20) เป็นระดับสูงหลังโปรแกรม (84.30 ± 8.50, $p < .001$)

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม, การให้ข้อมูล, แรงจูงใจ, ทัศนคติ, พฤติกรรมการร่วมมือ, การฟื้นฟูหลังผ่าตัด

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of **an** information and motivation program on knowledge, attitudes, and cooperative behavior in rehabilitation among 30 breast cancer patients before and after surgery. Participants received structured guidance covering preoperative care, complication prevention, postoperative rehabilitation, and motivational support. Pretest–posttest assessments included knowledge tests, attitude scales, and cooperative behavior checklists, analyzed using mean ± SD and independent t-tests.

Results demonstrated significant improvements across all measures. Knowledge scores increased from 13.20 ± 2.50 to 17.80 ± 1.80 ($p < .001$). Attitudes toward self-care improved from 38.50 ± 5.20 to 48.30 ± 4.10 ($p < .001$), and cooperative behavior in rehabilitation rose from 66.50 ± 10.20 to 84.30 ± 8.50 ($p < .001$).

Keywords: Breast cancer, Information, Motivation, Attitude, Cooperative behavior, Postoperative

บทนำ

มะเร็งเต้านมเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่อยู่ภายในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม เซลล์เหล่านี้มีการแบ่งตัวผิดปกติไม่สามารถควบคุมได้อาจมีการแพร่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลืองไปสู่ต่อมน้ำเหลือง หรือแพร่กระจายไปสู่อวัยวะที่อยู่ห่างไกลเช่น กระดูก ปอด ตับ เป็นต้น การตรวจพบมะเร็งในระยะแรกจะช่วยให้การรักษามีโอกาส

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

ประสบความสำเร็จได้สูงวิธีการรักษามะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน มีดังนี้การรักษาโดยการผ่าตัด การรักษาโดยการฉายแสง (รังสีรักษา) การรักษาโดยยาเคมีบำบัด การรักษาโดยใช้ฮอร์โมน การรักษาโดยยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง (Targeted Therapy) มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกจะให้การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นอันดับแรก และส่วนมากต้องการการรักษาวิธีอื่นๆร่วมด้วยเพื่อให้ผลการรักษาดีขึ้น[1] ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะในภาวะที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันเมื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันดีขึ้น ผู้ป่วยต้องกลับไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้านโดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ[2] รายงานว่าในปี 2564 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่กว่า 22,000 รายในประเทศไทย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหา เนื่องจากโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของกลุ่มมะเร็งทั้งหมด องค์การอนามัยโลก[3] โดยมะเร็งเต้านมพบมากในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย อย่างไรก็ตาม ผู้ชายก็มีโอกาสป่วยเป็นมะเร็งเต้านมได้เช่นกัน แม้จะพบได้น้อย โดยคิดเป็นสัดส่วนเพียง 1% ของผู้ป่วยทั้งหมด หากสามารถตรวจพบมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น โอกาสในการรักษาหายขาดและอัตราการรอดชีวิตจะสูงขึ้นอย่างมาก[4] ในประเทศไทย มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งติดต่อกันมาหลายปี โดย "มะเร็งเต้านม" เป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิงไทย และยังคงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ เช่นเดียวกับสถิติในระดับโลก การตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นประจำ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการเข้าถึงการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงมีความสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา โรคมะเร็งเต้านมถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย โดยเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้หญิง และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระบุว่ามะเร็งเต้านมพบมากในกลุ่มสตรีที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตาม การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทำให้การรักษาโรคมะเร็งเต้านมมีประสิทธิภาพสูงขึ้น โดยเฉพาะการรักษาในระยะแรก ซึ่งช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน การรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบันมักเป็นการรักษาแบบผสมผสาน เช่น การผ่าตัด ร่วมกับการให้เคมีบำบัด รังสีรักษา หรือยาฮอร์โมน ขึ้นอยู่กับระยะและลักษณะของโรค[5]

การผ่าตัดมะเร็งเต้านม เป็นการรักษาหลักที่แพทย์มักเลือกใช้ในมะเร็งเต้านมระยะแรก โดยวิธีการผ่าตัดหลักแบ่งออกเป็น 2 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Total Mastectomy) เป็นวิธีการผ่าตัดเอาเต้านมทั้งเต้าออกทั้งหมด เพื่อลดความเสี่ยงในการกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่หรือพบหลายตำแหน่งภายในเต้านมเดียวกัน การผ่าตัดแบบสงวนเต้า (Partial Mastectomy) หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า การผ่าตัดแบบเก็บเต้านม เป็นวิธีที่แพทย์จะผ่าตัดเฉพาะส่วนที่มีเซลล์มะเร็งออก โดยพยายามเก็บรักษาเนื้อเต้านมให้ได้มากที่สุด ทำให้เต้านมยังคงมีรูปทรงใกล้เคียงกับเดิม วิธีนี้มีข้อดีคือช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ลดความเครียดที่อาจเกิดจากการสูญเสียเต้านม และส่งผลดีต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย[6] หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมักต้องใส่ท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) เพื่อช่วยระบายเลือดและน้ำเหลืองจากบริเวณแผลผ่าตัด โดยท่อระบายน้ำเหลืองนี้มีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำเหลืองคั่งใต้ผิวหนัง (Seroma) ซึ่งพบได้บ่อยบริเวณรักแร้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อไหล่ลดลง (decrease ability to shoulder movement) ปัจจัยที่ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง เกิดจากการ

ผ่าตัด เนื่องจากมีการทำลายเนื้อเยื่อประสาทส่วนบริเวณหน้าอกและแขน ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในการทำงานของข้อไหล่ เอ็น และกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยมักหลีกเลี่ยงการใช้แขนข้างที่ผ่าตัด ทำให้เกิดพังผืดบริเวณข้อไหล่และการเคลื่อนไหวลดลง[7]

นอกจากผลกระทบทางกายภาพแล้ว การรักษาที่ต้องใช้เวลานาน ประกอบกับค่าใช้จ่ายที่สูง แม้จะมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ามารองรับแล้วก็ตาม ยังคงเป็นภาระสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายทางจิตใจเพิ่มขึ้น เช่น ความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และความกลัวต่อผลลัพธ์ของการรักษา ความเครียดเหล่านี้อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูร่างกายหลังการรักษาและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย[5] ดังนั้น จึงต้องมีการส่งเสริมระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การรับรู้ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองให้เพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นองค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค โดยทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นทฤษฎีที่อธิบายผลของความกลัวทำให้เกิดแรงจูงใจ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ซึ่งเริ่มต้นจากการได้รับอิทธิพลจากแหล่งข้อมูล ที่ประกอบด้วยอิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมและอิทธิพลด้านปัจจัยภายในตัวบุคคล ทำให้เกิดสื่อกลางของกระบวนการการรับรู้ ที่ประกอบด้วย ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ความสามารถของตนและประสิทธิผลของการตอบสนองซึ่งการรับรู้ดังกล่าวส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง[8]

ตึกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย เริ่มเปิดให้บริการรับผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปปี 2565 เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเต้านมในปี 2565-2567 มีจำนวน 10, 20 และ 30 รายตามลำดับ[9] การเตรียมตัวเพื่อผ่าตัดที่ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ เช่น นักโภชนาการ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพ ปัญหาภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ไหล่ติด พบจำนวนผู้ป่วย ที่พบข้อไหล่ติด พ.ศ. 2565 - พ.ศ. 2567 จำนวน ร้อยละ 3.61, 0 และ 0 เรียงตามลำดับ และภาวะแทรกซ้อนภาวะน้ำเหลืองคั่ง พบผู้ปี พ.ศ. 2565 - พ.ศ. 2567 จำนวน ร้อยละ 18.07, 14.67 และ 11.84 ต่อปี แผลติดเชื้อพบ 1-2 รายต่อปี จากการทบทวนวรรณกรรม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาและการดูแลตนเองทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดสามารถเพิ่มพูนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและแนวทางการฟื้นฟู นอกจากนี้ การส่งเสริมทัศนคติในเชิงบวกต่อการรักษา และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมร่วมมือในการฟื้นฟู ยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะลดลง[10]

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพในทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นกลุ่มโรคสำคัญ จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟู การให้ความรู้โดยนำแนวคิดทฤษฎีทฤษฎีแรงจูงใจมาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จะได้รับการผ่าตัดมีการเตรียมตัวที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ดีมีคุณภาพอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข นอกจากนี้ ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการดูผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญอื่น ๆ ดังนั้น โปรแกรมการให้ข้อมูลและแรงจูงใจจึงถูกออกแบบมาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดมีความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการฟื้นฟูสุขภาพหลัง

ผ่าตัด ซึ่งคาดหวังว่าจะนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟูของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มาเตรียมตัวรับการผ่าตัด โดยเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ระหว่างช่วงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจ รวมทั้งเปรียบเทียบทัศนคติในการปฏิบัติตนในระยะก่อนและหลังผ่าตัด และพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟูของผู้ป่วยในช่วงเวลาก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง ทัศนคติที่เหมาะสม และพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เอื้อต่อการฟื้นฟูหลังการผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research. One group Measure before and after) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่รับการเตรียมผ่าตัดที่ตึกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึง เดือนมิถุนายน 2568 คัดเลือกแบบเจาะจงมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 30 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการเตรียมผ่าตัดรายใหม่ ที่ได้รับการรักษาตั้งแต่ระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึง เดือนมิถุนายน 2568 ที่ตึกศัลยกรรมทั่วไปก่อนผ่าตัด และได้รับการผ่าตัดรักษาอยู่ในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการเตรียมผ่าตัดรายใหม่ ระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึง เดือนมิถุนายน 2558 ที่ตึกศัลยกรรมทั่วไปก่อนผ่าตัด และได้รับการผ่าตัดรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1) คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1.1 มีอายุมากกว่า 20 ปี

1.2 สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้

1.3 เป็นมะเร็งเต้านมได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมครั้งแรก

1.4 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

2.1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการเตรียมผ่าตัดรายใหม่ ไม่สะดวกเข้าร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มได้ครบ 2 ครั้ง และ/ หรือ

2.2 ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการเตรียมผ่าตัดรายใหม่ ที่มารับการรักษาในตึกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยเฉลี่ย 4-6 รายต่อเดือน ประมาณ 90 รายต่อปี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนด ค่าEffect size ขนาดกลาง = 0.5 α = 0.05 และ power =0.90 ได้ขนาดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ทำให้มีขนาดกลุ่ม รวมทั้งหมด 30 คน[11]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือหลัก 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโปรแกรมสอนสาธิตประกอบด้วย

1.1โปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ information motivation behavioral

skills model 3 กิจกรรม ทั้งหมด 5 ครั้ง ขั้นตอนดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด เนื้อหาข้อมูลที่จัดเตรียมไว้ให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ก่อนการผ่าตัด เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษา ได้แก่:

1. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ และแนวทางการป้องกัน ประเภทของการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Total Mastectomy) และการผ่าตัดแบบสงวนเต้า (Partial Mastectomy) ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด

2. ขั้นตอนที่ต้องเตรียมก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำและอาหาร วิธีปฏิบัติตัวระหว่างเข้ารับการรักษาและในช่วงพักฟื้น

3. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภาวะน้ำเหลืองคั่ง (Seroma) และการป้องกัน การดูแลแผลผ่าตัดและการป้องกันการติดเชื้อ

4. การเตรียมพร้อมด้านจิตใจ วิธีจัดการกับความวิตกกังวล ความกลัว และความเครียดก่อนการผ่าตัด การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ จะได้รับข้อมูล ดังนี้

4.1. พยาบาลผู้ดูแลให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยรายบุคคล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่จะได้รับข้อมูลในการปฏิบัติการดูแลแผลผ่าตัด

4.2. วิสัญญี ประเมินร่างกาย ช่องทางเดินหายใจ ก่อนดมยาสลบ

4.3. ห้องผ่าตัด เตรียมตัวผ่าตัด เพื่อลดปัญหาความไม่พร้อมก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลในการปฏิบัติการดูแลแผลผ่าตัด

กิจกรรมครั้งที่ 2 การให้ข้อมูลหลังการผ่าตัด เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมหลังผ่าตัด เพื่อเร่งการฟื้นตัวและลดภาวะแทรกซ้อน โดยเนื้อหาประกอบด้วย:

1. การดูแลแผลผ่าตัดและการจัดการสายระบายน้ำเหลือง (Radivac Drain)วิธีทำความสะอาดแผล การดูแลสายระบายน้ำเหลือง และการสังเกตอาการผิดปกติ การลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันภาวะน้ำเหลืองคั่ง

2. การบริหารร่างกายหลังผ่าตัด ท่าบริหารเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของแขนข้างที่ผ่าตัด การฟื้นฟูกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการบวมและความตึงบริเวณแขนและไหล่

3. การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเลือกอาหารที่มีประโยชน์ เช่น อาหารที่มีโปรตีนสูง วิตามิน และสารต้านอนุมูลอิสระ การหลีกเลี่ยงอาหารที่อาจกระตุ้นการอักเสบ

4. การสร้างแรงจูงใจในการฟื้นฟูสุขภาพ เทคนิคในการเสริมสร้างพลังใจ เช่น การตั้งเป้าหมายในการฟื้นตัว การเน้นความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด และการติดตามอาการต่อเนื่อง (ใช้เวลา 30 นาที)

กิจกรรมครั้งที่ 3 การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม

1. การเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวก การสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังผ่าตัด เช่น การรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ เทคนิคการจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล

2. การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมแพทย์ เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความร่วมมือในการรักษากระทบ

1.2คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

1.3ภาพพลิกการดูแลท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain)

1.4โปสเตอร์การบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด เป็นการบริหารแขนและข้อไหล่ข้างที่ผ่าตัด จำนวน 10 ท่า ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

1.5แบบบันทึกองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ผู้วิจัยวัดองศาการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยในวันที่นัดมาพบแพทย์

จำนวน 2 ท่า คือ ท่า Flexion งอแขนและ Abduction กางแขน ตามแนวทางประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ 12 การวัดท่า Flexion เป็นท่างอแขน ผู้ป่วยยืนตรง ฝ่ามือและแขนแนบล้าตัวผู้วัดยืนด้านข้างวางจุดศูนย์กลางของโกนิโอมิเตอร์ลงบนหัวไหล่ ช่วงที่อยู่ต่ำกว่ากระดูกอะโครเมียม 5 เซนติเมตร หรือประมาณ 3 นิ้ว ค่าการเคลื่อนไหวท่างอแขน เริ่มจาก 0-180 องศา การวัดท่า Abduction เป็นการกางแขนออกผู้ป่วยยืนตรงฝ่ามือและแขนแนบล้าตัวผู้วัดยืนด้านข้างวางจุดศูนย์กลางของโกนิโอมิเตอร์ลงบนหัวไหล่ ช่วงที่อยู่ต่ำกว่ากระดูกอะโครเมียม 5 เซนติเมตร หรือประมาณ 3 นิ้ว โดยให้แขนคงที่ของโกนิโอมิเตอร์ วางขนานไปกับกระดูกสันหลัง ส่วนแขนเคลื่อนที่วางทาบไปตามแนวกระดูกต้นแขนและเคลื่อนไหวตามการเคลื่อนไหวของแขนค่าการเคลื่อนไหวท่างอแขนเริ่มจาก 0-180 องศา12

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ประสบการณ์ผ่าตัด ระยะของโรคมะเร็ง ชนิดของการผ่าตัด การเลาะต่อมน้ำเหลือง

แบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-25 คะแนน โดยใช้การแปลผลคะแนน ให้คำนวณคะแนนจากจำนวนข้อที่ตอบถูกต้อง

คะแนนที่ได้	การแปลผล
18-20 ข้อ	มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดในระดับดีมาก
15-17 ข้อ	มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดในระดับดี
10-14 ข้อ	มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระดับปานกลาง ควรศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม
ต่ำกว่า 10 ข้อ	มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระดับต่ำ ควรได้รับการแนะนำเพิ่มเติมจากบุคลากรทางการแพทย์

2.3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติตนในระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มาเตรียมตัวรับการผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ทัศนคติด้านผลกระทบ การป้องกันการภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพ ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบมาตรมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ในกรณีข้อความมีความหมายทางบวก ไม่เห็นด้วยได้คะแนน 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยมากที่สุดได้คะแนน 4 คะแนน และกลับค่าคะแนนสำหรับข้อความมีความหมายทางลบ การแปลผลพิจารณาจากคะแนนรวมทั้ง 15 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน คะแนน 40-60 แสดงว่าผู้ตอบมีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม คะแนน 15-39 แสดงว่าผู้ตอบอาจมีทัศนคติที่ไม่แน่นอนหรือเชิงลบเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

2.4 แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟูในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มาเตรียมตัวรับการผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบมาตรมาตรวัด แบบ Likert Scale 5 ระดับ คือ 1 = ไม่เคยทำเลย2 = นานๆ ครั้ง 3 = บางครั้ง 4 = บ่อยครั้ง 5 = ทำเสมอการคำนวณคะแนนรวม คะแนนรวมสูงสุด = 100 คะแนน (จาก 20 ข้อ) คะแนน 80-100 แสดงว่าผู้ตอบมีพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟูหลังการผ่าตัดในระดับสูง คะแนน 50-79 แสดงว่าผู้ตอบมีพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟูในระดับปานกลางคะแนน 20-49 แสดงว่าผู้ตอบมีพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟูในระดับต่ำ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเหมาะสมของของโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟู คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ภาพพลิกการดูแลท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) โปสเตอร์การบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด เป็นการบริหารแขนและข้อไหล่ข้างที่ผ่าตัด จำนวน 10 ท่า ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ แบบบันทึกองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลศัลยกรรม และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ คู่มือ ดังกล่าวดังกล่าวมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ของโปรแกรมฯ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .98

การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ของแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติตนในระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มาเตรียมตัวรับการผ่าตัด และแบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟูในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มาเตรียมตัวรับการผ่าตัด หาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .98, 1.00 และ .93 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ซึ่งแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .87 และแบบสอบถามทัศนคติและแบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟูในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มาเตรียมตัวรับการผ่าตัด มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .86, และ .71 ตามลำดับ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึงเดือนมิถุนายน 2568 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ เป็นขั้นตอนของการพัฒนาและทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ภาพพลิกการดูแลท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) โปสเตอร์การบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด เป็นการบริหารแขนและข้อไหล่ข้างที่ผ่าตัด จำนวน 10 ท่า ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ แบบบันทึกองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด และพัฒนาแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติตนในระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มาเตรียมตัวรับการผ่าตัด และแบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟูในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มาเตรียมตัวรับการผ่าตัด

2. ผู้วิจัยเข้าสำรวจรายชื่อตัวผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม รายใหม่ที่มารับการเตรียมการผ่าตัดที่ตึกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ร่วมกับการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผ่านการคัดเลือกจะได้รับข้อมูล

เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย รวมทั้งประโยชน์หรือความเสี่ยงที่อาจได้รับ หากมารดาวัยรุ่นยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อในใบยินยอม การพบปะมารดาวัยรุ่นเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนี้จะทำในช่วงเวลา 13.00-16.00น. เนื่องจากเป็นเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์และการดูแลจากพยาบาลแล้ว สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการคัดเลือก ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ทราบว่าการคัดเลือกนี้ไม่มีผลต่อการดูแลรักษา

ก่อนเริ่มโปรแกรม ผู้วิจัยประเมินอาการของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย มีอาการปวดเต้านม ผู้วิจัยจะหยุดดำเนินการทันที และรีบแจ้งแพทย์หรือพยาบาล เมื่อผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีอาการดีขึ้นมีความพร้อมและยินยอมให้ดำเนินการ ผู้วิจัยจึงจะดำเนินการเก็บข้อมูล 3 ครั้ง ได้แก่ 1) 24 ชั่วโมงแรกก่อนการผ่าตัด ก่อนเริ่มทำการทดลอง 2) 2-3 วันหลังผ่าตัด หลังการทดลองทันที โดยดำเนินกิจกรรมตามแบบแผนการทดลองดังนี้
ได้รับผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟู ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ตามแนวคิดของ information motivation behavioral skillsmodel ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยจัดกิจกรรม 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกก่อนการผ่าตัด ที่ตึกศัลยกรรมทั่วไป ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ และแนวทางการป้องกัน ประเภทของการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Total Mastectomy) และการผ่าตัดแบบสงวนเต้า (Partial Mastectomy) ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด ขั้นตอนที่ต้องเตรียมก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำและอาหาร วิธีปฏิบัติตัวระหว่างเข้ารับการรักษาและในช่วงพักฟื้น ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภาวะน้ำเหลืองคั่ง (Seroma) และการป้องกัน การดูแลแผลผ่าตัดและการป้องกันการติดเชื้อ การเตรียมพร้อมด้านจิตใจ วิธีจัดการกับความวิตกกังวล ความกลัว และความเครียดก่อนการผ่าตัด การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์กิจกรรมครั้งที่ 2 ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูล ดังนี้

1. พยาบาลผู้ดูแลให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยรายบุคคล ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลในการปฏิบัติการดูแลแผลผ่าตัด

1. วิสัญญี ประเมินร่างกาย ช่องทางเดินหายใจ ก่อนดมยาสลบ

2. ห้องผ่าตัด เตรียมตัวผ่าตัด เพื่อลดปัญหาความไม่พร้อมก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลในการปฏิบัติการดูแลแผลผ่าตัด

กิจกรรมครั้งที่ 2 ระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ที่ตึกศัลยกรรมทั่วไป ประกอบด้วย การให้การให้ข้อมูลหลังการผ่าตัด เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมหลังผ่าตัด เพื่อเร่งการฟื้นตัวและลดภาวะแทรกซ้อน โดยเนื้อหาประกอบด้วย: การดูแลแผลผ่าตัดและการจัดการสายระบายน้ำเหลือง (Radivac Drain)วิธีทำความสะอาดแผล การดูแลสายระบายน้ำเหลือง และการสังเกตอาการผิดปกติ การลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันภาวะน้ำเหลืองคั่ง การบริหารร่างกายหลังผ่าตัด ท่าบริหารเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของแขนข้างที่ผ่าตัด การฟื้นฟูกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการบวมและความตึงบริเวณแขนและไหล่การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเลือกอาหารที่มีประโยชน์ เช่น อาหารที่มีโปรตีนสูง วิตามิน และสารต้านอนุมูลอิสระ การหลีกเลี่ยงอาหารที่อาจกระตุ้นการอักเสบ

การสร้างแรงจูงใจในการฟื้นฟูสุขภาพ เทคนิคในการเสริมสร้างพลังใจ เช่น การตั้งเป้าหมายในการฟื้นตัว การเน้นความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด และการติดตามอาการต่อเนื่อง (ใช้เวลา 30 นาที)

กิจกรรมครั้งที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด 2-3 วัน ที่ตึกศัลยกรรมทั่วไป ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม การเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวก การสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังผ่าตัด เช่น การรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ เทคนิคการจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมแพทย์ เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความร่วมมือในการรักษากระทบ

ผู้วิจัยให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยขาดหรือไม่ถูกต้อง การพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้คะแนนความรู้ก่อนการทดลอง และการใช้คำถามปลายเปิด โดยผู้วิจัยสมมติสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยกล่าวคำชื่นชม และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถแสดงความคิดเห็น ในวิธีการจัดการผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งเสริมให้เชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะประสบผลสำเร็จได้ตามตัวแบบด้านพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจด้วยตนเองในฟื้นฟู พร้อมทั้งแจกคู่มือ ซึ่งคู่มือนี้ประกอบด้วย การปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม การดูแลท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) การบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด เป็นการบริหารแขนและข้อไหล่ข้างที่ผ่าตัด จำนวน 10 ท่า ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

3. ขั้นประเมินผล

3.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน และความถูกต้องของแบบสอบถาม ซึ่งหากพบว่าข้อมูลไม่สมบูรณ์ครบถ้วนจะไม่นำมาวิเคราะห์

3.2 นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัยในการดำเนินการวิจัย เกณฑ์ที่ใช้ยุติการทดลอง คือ กรณีที่มารดาวัยรุ่นไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามเวลาที่กำหนด เช่น มีการยกเลิกหรือถอนตัวระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และรู้สึกอึดอัดใจในการตอบข้อคำถามในแบบสอบถาม หรือการเข้าร่วมกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟูก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที ด้วยสถิติ independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50–59 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือช่วงอายุ 40–49 ปี และ ≥ 60 ปี อย่างละ 8 คน (ร้อยละ 26.7) ตามลำดับ และมีอายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.3) ในด้านสถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80.0) ส่วนที่เหลือเป็นโสดและหม้าย/หย่าร้างอย่างละ 3 คน (ร้อยละ 10.0)

สำหรับระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 10 คน (ร้อย

ละ 33.3) รองลงมาคือปริญญาตรีขึ้นไป 8 คน (ร้อยละ 26.7) อาชีวศึกษา/ปวช. 6 คน (ร้อยละ 20.0) และจบประถมหรือต่ำกว่า 6 คน (ร้อยละ 20.0) อาชีพที่พบมากที่สุดคือการทำงานเป็นลูกจ้าง/พนักงาน จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือแม่บ้านหรือไม่มีงานทำ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3)

ในด้านสิทธิการรักษา พบว่าส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.0) ส่วนที่เหลือใช้สิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการหรืออื่น ๆ อย่างละ 6 คน (ร้อยละ 20.0) เมื่อพิจารณาโรคประจำตัว พบว่าร้อยละ 40.0 ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนที่เหลือพบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 20.0) และเบาหวาน (ร้อยละ 16.7) ตามลำดับ

สำหรับประสบการณ์การผ่าตัด พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อน จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.0) ขณะที่ 9 คน (ร้อยละ 30.0) เคยผ่าตัดมาก่อน ในด้านระยะของโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่อยู่ในระยะ II จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือระยะ III จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30.0) ระยะ I จำนวน 6 คน (ร้อยละ 20.0) และระยะ IV จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.0)

ชนิดการผ่าตัดที่พบมากที่สุดคือการผ่าตัด MRM (Modified Radical Mastectomy) จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.0) รองลงมาคือการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Breast-Conserving Surgery: BCS) จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.7) และการผ่าตัดแบบ Simple mastectomy จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.3) นอกจากนี้พบว่ามีผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการเลาะต่อมน้ำเหลือง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.7)

สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงวัยกลางคนถึงสูงอายุ มีสถานภาพสมรสแต่งงานแล้ว จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ทำงานรับจ้างทั่วไป ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสุขภาพพื้นฐานค่อนข้างดี ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน และได้รับการวินิจฉัยในระยะที่ 2 ของโรคมะเร็งเต้านมเป็นส่วนใหญ่

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยก่อนการทดลองอยู่ที่ 13.20 ± 2.50 แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 17.80 ± 1.80 อยู่ในระดับดีมาก ผลการทดสอบทางสถิติด้วย independent t-test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) แสดงว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิผลในการเพิ่มระดับความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนและหลังการผ่าตัด

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ช่วงเวลา	ค่าเฉลี่ย (Mean) ± SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	13.20 ± 2.50	-	-
หลังการทดลอง	17.80 ± 1.80	7.25	< .001*

*หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติ ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 38.50 ± 5.20 อยู่ในช่วงทัศนคติไม่แน่นอน/เชิงลบ ขณะที่หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 48.30 ± 4.10 อยู่ในระดับทัศนคติเชิงบวก ผลการทดสอบทางสถิติด้วย independent t-test พบว่าคะแนนทัศนคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) แสดงว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจมีผลต่อการเสริมสร้าง

ทัศนคติเชิงบวกของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด
มะเร็งเต้านมอย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติ ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ช่วงเวลา	ค่าเฉลี่ย (Mean) ± SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	38.50 ± 5.20	-	-
หลังการทดลอง	48.30 ± 4.10	6.25	< .001*

*หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟู ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์พบว่าก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟูเฉลี่ย 66.50 ± 10.20 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 84.30 ± 8.50 อยู่ในระดับสูง ผลการทดสอบทางสถิติด้วย independent t-test พบว่าคะแนนพฤติกรรมการร่วมมือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .001) แสดงว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจมีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมการร่วมมือของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มาเตรียมตัวผ่าตัด

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟู ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ช่วงเวลา	ค่าเฉลี่ย (Mean) ± SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	66.50 ± 10.20	-	-
หลังการทดลอง	84.30 ± 8.50	8.12	< .001*

*หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มาเตรียมตัวรับการผ่าตัดมี คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) หลังการได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวผ่าตัด แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และคำแนะนำอย่างเป็นระบบช่วยสร้างความตระหนักและทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ประภาพร และคณะ[13]ที่พบว่าการให้โปรแกรมการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดที่ครอบคลุมข้อมูลโรค การปฏิบัติตัวก่อน–หลังผ่าตัด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถเพิ่มความรู้และสร้างทัศนคติที่ดีขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

นอกจากนี้ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟูหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) แสดงว่าผู้ป่วยมีการนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติจริง เช่น การออกกำลังกายขยับไหล่ การทำแผลตามคำแนะนำ การรับประทานอาหารเหมาะสม และการมาตรวจตามนัด สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Siripong et al.[14] ที่รายงานว่าการให้โปรแกรมการฟื้นฟูร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์สามารถเพิ่มพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความสำคัญต่อการลดความวิตกกังวล เพิ่มความมั่นใจ และส่งผลต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ระบุว่าการรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม[15]

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้อาจมีข้อจำกัด เนื่องจากดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างเพียง 30 คน ในโรงพยาบาลเดียว ทำให้การทั่วไปผลลัพธ์ยังมีข้อจำกัด จึงควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และในสถานพยาบาลต่างบริบท เพื่อยืนยันผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

สรุปได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลและแรงจูงใจที่จัดขึ้นมีผลต่อการเพิ่ม ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการร่วมมือในการฟื้นฟูของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างชัดเจน โปรแกรมดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ ทำให้การฟื้นฟูหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1.ณัฏฐพร นันทิวัฒนา. (2563). มะเร็งเต้านม [Internet]. โรงพยาบาลศิครินทร์ สมุทรปราการ 2563 เข้าถึงได้จาก; https://www.sikarin.com/default.html สืบค้น 11 ก.พ. 2568.

2.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). สถิติผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยปี 2564. https://www.nci.go.th

3.สมาคมมะเร็งแห่งประเทศไทย. (2020). การรักษามะเร็งเต้านมในประเทศไทย [Breast cancer treatment in Thailand]. สมาคมมะเร็งแห่งประเทศไทย.

4.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการดูแลรักษามะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.

5.กรัณฑ์รัตน์ ทิวถนอม และคณะ. (2560). การรักษามะเร็งเต้านมและการเกิดพิษต่อหัวใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับยา Trastuzumab [Internet]. วารสารสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี2560;4 (2).

6.จินตนา กิ่งแก้ว. (2560). มะเร็งเต้านมกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วารสารโรคมะเร็ง, 37(4), 163-170.

7.กานดา นาคศรีสุข, และคณะ. (2564). ผลกระทบของขวด Drain ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39(1), 45-58.

8.ศิริพร จิตรเอื้อ, ฉันทนา จันทวงศ์, และนิสากร กรุงไกรเพชร. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เทศบาลเมืองขลุง อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 34(1), มกราคม-มีนาคม.

9.โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย (2567). ข้อมูลสถิติตึกผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย 2565 - 2567. อุทุมพรพิสัย: ตึกผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย.

10.นงนุช ทากัณหา และคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมการบริหารแขนและไหล่ต่อความสามารถในการบริหาร และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด เข้าถึงได้จาก; https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/8896/7589 สืบค้น 15 ก.พ. 2568.

11.จินตนา กิ่งแก้ว. (2560). มะเร็งเต้านมกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วารสารโรคมะเร็ง, 37(4), 163-170.

12.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2020). การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด. สืบค้นจากhttps://www.cai.md.chula.ac.th/lesson/breast/breast/hormone.htm

13.ประภาพร ศรีสวัสดิ์, นพดล ชัยยะ, และคณะ. (2564). ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วารสารพยาบาลศาสตร์, 39(3), 45-56.

14.Siripong, W., Chansatitporn, N., & Somboon, P. (2021). Effects of Rehabilitation Program on Postoperative Recovery among Breast Cancer Patients. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 25(2), 123-134.

15.Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Health Education Monographs, 2(4), 354-386.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

Development of a Gentle Communication Guidebook for Gentle Healthcare Services.

(Received: September 23,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

วีร์ เมฆวิลัย[1] พาสนา คุณาธิวัฒน์[2], บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์[3]
Wee Mekwili1 Passana Gunadhivadhana2 Burin Suraaroonsamrit3

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มุ่งพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงในสถานพยาบาล เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ความต้องการ การกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบและจัดทำต้นร่าง การทดสอบคุณภาพ และการทดลองใช้ในระบบ การวิเคราะห์ความต้องการจากโรงพยาบาลพบเหตุการณ์ความรุนแรง 33 ครั้ง (2566-2567) บุคลากรต้องการพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ตนเอง คู่มือที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 ส่วนหลัก เน้นการสื่อสารเชิงบวกและเทคนิค de-escalation และปรับให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย การทดสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (IOC = 0.88) ทดลองใช้ในบุคลากร 15 คน พบการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.01$) ในด้านทักษะ (24.7%) ความรู้ (21.9%) และทัศนคติ (18.8%) Effect Size อยู่ระดับปานกลาง-ใหญ่ (0.58-0.72) ความพึงพอใจโดยรวม 4.1 คะแนน (ระดับมาก) และ 93.3% ตั้งใจนำไปใช้ การศึกษาแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกที่ในการเสริมสร้างทักษะบุคลากรสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ต้องการการศึกษาแบบ Randomized Controlled Trial และติดตามระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์

คำสำคัญ: การสื่อสารเชิงบวก ความรุนแรงในบริการสุขภาพ บุคลากรสุขภาพ คู่มือ วิจัยและพัฒนา

Abstract

This study developed a positive communication guidebook to prevent healthcare violence using a five-phase Research and Development approach with one-group pretest-posttest design. Needs analysis from two hospitals revealed 33 violence incidents during 2023-2024, predominantly verbal/physical (30.3%), with emergency departments at highest risk. The 46-page guidebook features seven sections emphasizing positive communication skills and five culturally-adapted de-escalation techniques for Thai context. Expert validation yielded IOC = 0.88. Pilot testing with 15 healthcare personnel demonstrated significant improvements ($p<0.01$): skills (24.7%), knowledge (21.9%), and attitudes (18.8%), with moderate to moderate-large effect sizes (0.58-0.72). Overall satisfaction was 4.1 (high level) with 93.3% implementation intention. Results show promise for culturally-adapted communication training, though randomized controlled trials and long-term follow-up are needed for sustainability evaluation.

Keywords: de-escalation, healthcare violence, positive communication, practice guidebook

บทนำ

ความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพกำลังกลายเป็นวิกฤตสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบ

[1] นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต Corresponding Author, Wee Mekwilai Email: weepositive7@gmail.com
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
[3] นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

อย่างรุนแรงต่อบุคลากรทางการแพทย์และคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีผู้รับบริการจำนวนมากและความซับซ้อนของการให้บริการสูง จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแรงงานสหรัฐอเมริกา พบว่าอุตสาหกรรมสุขภาพและบริการสังคมมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากความรุนแรงในที่ทำงาน 14 กรณีต่อพนักงานเต็มเวลา 10,000 คน ซึ่งสูงกว่าอัตราโดยรวมของอุตสาหกรรมทั้งหมดถึง 3 เท่า[1] ข้อมูลที่น่าตกใจมากกว่านั้นคือ แม้บุคลากรทางการแพทย์คิดเป็นเพียง 10% ของกำลังแรงงานทั้งหมด แต่กลับประสบกับการบาดเจ็บจากความรุนแรงในที่ทำงานถึง 48% ของกรณีทั้งหมด[2] การศึกษาล่าสุดยังพบการเพิ่มขึ้นของเหตุการณ์ความรุนแรงถึง 105.6% ต่อเตียงผู้ป่วย 100 เตียงในช่วง 10 ปี โดยเฉพาะในช่วงปี 2020-2022[3]

ในบริบทของประเทศไทย สถานการณ์ความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพมีความรุนแรงไม่น้อยไปกว่าประเทศอื่น การศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้พบว่า บุคลากรพยาบาลประสบกับการใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสม 38.9% ความรุนแรงทางกายภาพ 3.1% และการล่วงละเมิดทางเพศ 0.7% ในช่วง 12 เดือน[4] ในขณะที่การศึกษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครพบอัตราการประสบเหตุการณ์ความรุนแรงสูงถึง 84.7% ของบุคลากรทางการแพทย์[5] การศึกษาที่ครอบคลุมแผนกฉุกเฉิน 16 แห่งในภาคกลางของประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[6]

ผลกระทบของความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพมีความซับซ้อนและกระทบต่อหลายมิติ ในระดับบุคคล บุคลากรทางการแพทย์ที่ประสบเหตุการณ์ความรุนแรงมักเกิดผลกระทบทางจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ภาวะหมดไฟในการทำงาน และภาวะเครียดหลังเหตุการณ์ร้ายแรง[7, 8] ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อการให้บริการผู้ป่วยและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ลดลง[9] ในระบบโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาใช้จ่ายเงินถึง 14.65 พันล้านดอลลาร์ในปี 2023 เพื่อรับมือกับความรุนแรงในที่ทำงาน และอีก 3.62 พันล้านดอลลาร์สำหรับมาตรการป้องกัน[10] ความรุนแรงยังส่งผลต่อการหมุนเวียนของบุคลากร การลาออก และปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในระยะยาว

การสื่อสารมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเกิดขึ้นของเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพ The Joint Commission รายงานว่าการสื่อสารที่ไม่ดีมีส่วนสำคัญในการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลมากกว่า 60% ของกรณีทั้งหมด โดยในครึ่งแรกของปี 2023 จากเหตุการณ์ร้ายแรง 720 กรณี พบว่า 18% ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และ 63% ก่อให้เกิดอันตรายชั่วคราวรุนแรง[11] การศึกษาวิจัยระบุว่าความล้มเหลวในการสื่อสารเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของข้อผิดพลาดทางการแพทย์ที่เป็นอันตราย โดยประมาณการว่า 67% ของข้อผิดพลาดในการสื่อสารเกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วย[12] ปัจจัยสำคัญที่มักนำไปสู่ความขัดแย้งและความรุนแรงประกอบด้วยความคาดหวังที่ไม่สมจริงของผู้ป่วยและญาติ การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน และการขาดแคลนทรัพยากร[13]

การสื่อสารเชิงบวกได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในวงการสุขภาพว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพ แนวคิดนี้มีรากฐานมาจากทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ Hildegard Peplau ซึ่งสร้างรากฐานสำคัญสำหรับการสื่อสารบำบัด[14] งานวิจัยที่สำคัญได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการสื่อสารเชิงบวกในการลดความขัดแย้งและป้องกัน

ความรุนแรง การศึกษาของ Gillam และคณะ พบว่าการแทรกแซงด้วยทักษะการสื่อสารแสดงให้เห็นการลดลงของการรับรู้ความก้าวร้าวและความทุกข์ใจในระยะหกเดือนหลังการแทรกแซง[15] การศึกษาของ Howick และคณะ พบว่าผู้ปฏิบัติที่เพิ่มวิธีการแสดงความเอาใจใส่และสร้างความคาดหวังเชิงบวกสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[16]

แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการสื่อสารเชิงบวก แต่ยังพบว่ามีการขาดแคลนคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและเหมาะสมกับบริบทสังคมไทยอย่างมีนัยสำคัญ ความหลากหลายทางวัฒนธรรมและภาษาในประเทศไทยเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องได้รับการพิจารณา แม้ว่าภาษาทางการจะเป็นภาษาไทยแต่ยังมีภาษาถิ่นมากมาย ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคการสื่อสาร[17] นอกจากนี้ปัจจัยทางศาสนาและวัฒนธรรมยังมีบทบาทสำคัญ เนื่องจากบุคลากรสุขภาพต้องคำนึงถึงกฎเกณฑ์ทางศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณีในการให้บริการ การพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกที่เหมาะสมกับบริบทไทยจึงมีความจำเป็นเร่งด่วน เพื่อให้บุคลากรสุขภาพไทยมีเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพ คู่มือดังกล่าวควรคำนึงถึงปัจจัยทางวัฒนธรรม ภาษา ศาสนา และสังคมที่เป็นเอกลักษณ์ของสังคมไทย รวมถึงการปรับใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงบวกที่ได้รับการพิสูจน์แล้วจากงานวิจัยสากลให้เข้ากับบริบทท้องถิ่น การมีคู่มือที่เป็นรูปธรรมและเฉพาะเจาะจงดังกล่าวจะช่วยเสริมสร้างความสามารถของบุคลากรสุขภาพไทยในการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และทดลองใช้คู่มือเพื่อหาคุณภาพ และประเมินสิทธิภาพต่อความรู้ ทักษะ ทัศนคติและความพึงพอใจต่อการนำไปใช้ การดำเนินการวิจัยนี้คาดว่าจะสร้างประโยชน์อย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะในการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารของบุคลากร ป้องกันและจัดการความขัดแย้ง และสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ให้และผู้รับบริการ

ระเบียบวิธีวิจัย

การออกแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต[18] โดยใช้การออกแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวิเคราะห์ความต้องการ การกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบและจัดทำต้นร่าง การทดสอบคุณภาพ และการทดลองใช้พร้อมการประเมินประสิทธิภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก และบุคลากรสนับสนุนที่มีการติดต่อกับผู้รับบริการโดยตรง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย ขั้นตอนการวิเคราะห์ความต้องการใช้บุคลากรทางการแพทย์ 8 คน จากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง คัดเลือกแบบเจาะจงจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ ขั้นตอนการทดลองใช้บุคลากรทางการแพทย์ 15 คน จากโรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลยโสธร กระจายเป็นห้องฉุกเฉิน 5 คน แผนกผู้ป่วยใน 5 คน และแผนกผู้ป่วยนอก 5 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดลองใช้ด้วยสูตรสำหรับ One

Group Pretest-Posttest Design ผ่านโปรแกรม G*Power version 3.1 กำหนด effect size = 0.8, α = 0.05, power = 0.70 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 13 คน เพิ่ม dropout rate 15% ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม 15 คน

เกณฑ์การคัดเลือก เกณฑ์คัดเข้าประกอบด้วย เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดต่อผู้ป่วยโดยตรง ปฏิบัติงานในแผนกเป้าหมายไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีประสบการณ์เผชิญสถานการณ์ความขัดแย้งกับผู้ป่วยหรือญาติ สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลา และยินยอมเข้าร่วมโดยสมัครใจ เกณฑ์คัดออกได้แก่ อยู่ระหว่างลาพักงานเกิน 1 เดือน มีแผนย้ายหน่วยงานหรือลาออกในช่วงการศึกษา และมีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยใช้เครื่องมือ 5 ชุดหลัก โดยเครื่องมือที่ 1-4 ผ่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ (1) แบบบันทึกและวิเคราะห์เหตุการณ์ความรุนแรง สำหรับรวบรวมข้อมูลเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงพยาบาลแบบย้อนหลัง 1 ปี ผ่านการ (IOC = 0.89) (2) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง 5 ประเด็นหลัก ครอบคลุมประสบการณ์การเผชิญความขัดแย้ง ทักษะการจัดการ ความต้องการพัฒนา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ (IOC = 0.86) (3) แบบประเมินความปลอดภัยและทักษะการสื่อสาร พัฒนาตาม Health and Safety Climate Survey[19] ปรับให้เหมาะกับบริบทไทย มี 20 ข้อคำถาม 4 ด้าน ใช้มาตรวัด Likert scale 5 ระดับ (Cronbach's alpha = 0.87) และ (4) แบบประเมินประสิทธิภาพของคู่มือ ตาม Kirkpatrick's Four-Level Training Evaluation Model[20] มี 34 ข้อคำถาม 4 ส่วน (IOC = 1.00) และ (5) คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (IOC = 0.88)ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักของการศึกษา ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ บทนำ ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความรุนแรง หลักการสื่อสารเชิงบวก เทคนิค De-escalation 5 เทคนิค การประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง การสร้างวัฒนธรรมองค์กร และภาคผนวก[21]

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการ ทบทวนสถิติเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงพยาบาล 2 แห่ง ย้อนหลัง 1 ปี (ตุลาคม 2566-กันยายน 2567) สัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางการแพทย์ 8 คน ใช้เวลา 30-45 นาทีต่อคน และวิเคราะห์รูปแบบ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของความรุนแรงด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาแบบผสมผสาน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิด ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรุนแรงในบริการสุขภาพ ช่วง 10 ปี (2557-2567) จากฐานข้อมูล PubMed, CINAHL, PsycINFO, Thai-Journal Citation Index ได้เอกสารสำคัญ 17 ฉบับ ศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวปฏิบัติที่ดี และศึกษากฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำต้นร่าง จัดตั้งคณะทำงานสหวิชาชีพ 7 คน ร่างเนื้อหาคู่มือตามกรอบแนวคิด ออกแบบรูปเล่ม กราฟิก และสื่อประกอบ รวมถึงระบบ QR Code เพื่อเชื่อมโยงสื่อดิจิทัล ได้คู่มือต้นร่างความยาวประมาณ 46 หน้า

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบคุณภาพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ใช้เวลา 2 สัปดาห์ พบค่า IOC อยู่ในระดับดี (0.85-0.93, รวม 0.88) ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้ในระบบ ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน (7 มีนาคม 2568) ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อชี้แจงคู่มือฯ ครอบคลุมการแนะนำแนวคิด การฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ บุคลากร 15 คนจาก

โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป รวม 3 แห่ง นำคู่มือไปทดลองใช้ในการปฏิบัติงาน 1 เดือนมีการติดตามทุก 2 สัปดาห์ ประเมินผลก่อน-หลังการทดลองในประเด็นเดียวกัน และสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากร 3 คน (โรงพยาบาลละ 1 คน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์แบบผสมผสาน ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ (ร้อยละ) ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลังการทดลอง คำนวณ Effect Size ด้วย Cohen's d กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ ใช้โปรแกรม SPSS version 29.0 ลิขสิทธิ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์รูปแบบ และการวิเคราะห์ตามแก่นเรื่อง (Thematic analysis) จากนั้นบูรณาการข้อมูลทั้งสองประเภทเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ครอบคลุม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมโดยขอความยินยอมอย่างครบถ้วน แจ้งสิทธิในการถอนตัวได้ตลอดเวลา รักษาความลับด้วยการใช้รหัสแทนชื่อ เก็บข้อมูลอย่างปลอดภัย และไม่เปิดเผยข้อมูลที่ระบุตัวบุคคล

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ความรุนแรงในบริการสุขภาพ

ในบริบทของประเทศไทย ข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2560-2567 แสดงให้เห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการรายงานเพียง 1 เหตุการณ์ในปี 2566 เป็น 33 เหตุการณ์ในปี 2567 รูปแบบความรุนแรงที่พบในปี 2567 มีความหลากหลาย ประกอบด้วยความรุนทางวาจา/ ร่างกายต่อเจ้าหน้าที่ 10 ครั้ง (30.3%) การกระโดดตึก 7 ครั้ง (21.2%) การก่อความไม่สงบ 6 ครั้ง (18.2%) การทะเลาะวิวาท 3 ครั้ง (9.1%) การทำลายทรัพย์สิน 2 ครั้ง (6.1%) และเหตุการณ์อื่นๆ 7 ครั้ง (21.2%) ผลกระทบจากเหตุการณ์เหล่านี้ส่งผลต่อเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บ 13 ราย ประชาชนได้รับบาดเจ็บ 5 ราย และมีผู้เสียชีวิต 11 ราย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงและผลกระทบที่มีนัยสำคัญต่อระบบสาธารณสุข

1. การทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

องค์ความรู้จากเอกสารวรรณกรรมที่ใช้ในการทบทวน

การทบทวนเผยให้เห็นวิวัฒนาการจากการศึกษาความชุกไปสู่การพัฒนาแนวทางป้องกันที่มีหลักฐาน พบช่องว่างในบริบทไทยเกี่ยวกับปัจจัยทางวัฒนธรรมและการวิจัยประสิทธิผลระยะยาว แนวปฏิบัติที่ดีที่นำมาประยุกต์ใช้ ได้แก่ เทคนิค LEAP ของ Studer (2003)[22] โมเดล SAFEWARDS ของ Bowers (2011)[23] และเทคนิค de-escalation ของ Richmond (2012)[24] ผู้วิจัยจึงพัฒนากรอบแนวคิดการสื่อสารเชิงบวกที่บูรณาการทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการสื่อสารเชิงบำบัด ทฤษฎีการจัดการความขัดแย้ง และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เข้ากับเทคนิค de-escalation พร้อมปรับให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทยใน 5 ประเด็น คือ การรักษาหน้า ความเชื่อเรื่องกรรม ระบบอาวุโส แนวคิดชุมชน และความหลากหลายภูมิภาค

2. การออกแบบและทดสอบคุณภาพคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

โครงสร้างและเนื้อหาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพยาว 46 หน้า เหมาะสำหรับใช้งานจริงในโรงพยาบาลและการฝึกอบรม ออกแบบเน้นความเข้าใจง่ายด้วยสีโทนน้ำเงิน-ส้มที่สร้างความสงบ ตัวอักษรอ่านง่ายเหมาะ

ทุกวัย ภาพประกอบและไอคอนสื่อความหมายชัดเจนและเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย รูปแบบ A4 สะดวกพิมพ์และจัดเก็บ แบ่งส่วนเนื้อหาชัดเจนด้วยสีและกรอบ หัวข้อใหญ่ใช้สีเข้มตัวหนา หัวข้อย่อยสีอ่อนกว่า ช่องว่างเหมาะสม ใช้ bullet points และ numbering ให้เป็นระเบียบติดตามง่าย ทำให้คู่มือมีประสิทธิภาพในการถ่ายทอดความรู้และนำไปใช้ได้จริง รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โครงสร้างและเนื้อหาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

ส่วนที่	หัวข้อ	เนื้อหาหลัก	จุดประสงค์
1	บทนำ	ความเป็นมา ความสำคัญ และเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ของคู่มือ	สร้างความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับความจำเป็นในการพัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงบวก
2	ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความรุนแรงในบริการสุขภาพ	สาเหตุและรูปแบบของความรุนแรงในสถานพยาบาล ปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือน	ให้บุคลากรสามารถระบุและประเมินสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่ความขัดแย้งได้
3	หลักการสื่อสารเชิงบวกในงานบริการสุขภาพ	พื้นฐานการสื่อสารเชิงบวก การปรับมุมมองและทัศนคติในการสื่อสาร ข้อควรทำและข้อควรหลีกเลี่ยง	เสริมสร้างพื้นฐานการสื่อสารที่เหมาะสม
4	เทคนิค De-escalation สำหรับลดความตึงเครียดและป้องกันความรุนแรง	เทคนิคหลัก 5 เทคนิค: การฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening), การแสดงความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ (Empathy), การใช้น้ำเสียงที่สงบ (Calm Voice), การหลีกเลี่ยงการโต้เถียง (Avoid Arguments), การเสนอทางเลือกที่เป็นไปได้ (Offer Options)	พัฒนาทักษะการจัดการสถานการณ์ขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพ
5	การประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง	กรณีศึกษาและตัวอย่างสถานการณ์ แนวทางการจัดการตามบริบทเฉพาะของแต่ละแผนก บทบาทของทีมสหวิชาชีพ	ให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในบริบทเฉพาะของแต่ละหน่วยงาน
6	การสร้างระบบและวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการสื่อสารเชิงบวก	นโยบายและมาตรการสนับสนุน ระบบจัดการข้อร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและระบบบริการ	สร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการสื่อสารเชิงบวกในระดับองค์กร
7	ภาคผนวก	การดูแลจิตใจตนเองสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตัวอย่างบทสนทนาที่ดี (I-message) และที่ควรปรับปรุง แผนการฝึกอบรม De-escalation technique คลิปวิดีโอที่เกี่ยวข้อง	สนับสนุนการเรียนรู้และการนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง

3. การทดสอบคุณภาพของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีประสบการณ์เฉลี่ย 24.0 ปี (10-30 ปี) ประกอบด้วยจิตแพทย์ 2 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิต นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลวิชาชีพ ได้ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) รวม 0.88 เกินเกณฑ์มาตรฐาน (≥0.80)[25] ภาคผนวกได้คะแนนสูงสุด (0.93) รองลงมาคือบทนำ

(0.92) และหลักการสื่อสารเชิงบวก (0.91) เทคนิค De-escalation ได้คะแนนต่ำสุด (0.85) แต่ยังยอมรับได้ ส่วนอื่นๆ ได้คะแนนระดับดี (0.86-0.89) การประเมิน ครอบคลุมความถูกต้องทางวิชาการ ความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ความชัดเจนของภาษา และความสามารถนำไปใช้ปฏิบัติ ยืนยันว่าคู่มือมีคุณภาพและพร้อมนำไปทดลองใช้ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC)

ส่วนที่	หัวข้อ	IOC	การตีความ[25]
1	บทนำ	0.92	ดีมาก
2	ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความรุนแรงในบริการสุขภาพ	0.88	ดี
3	หลักการสื่อสารเชิงบวกในงานบริการสุขภาพ	0.91	ดีมาก
4	เทคนิค De-escalation สำหรับลดความตึงเครียด	0.85	ดี
5	การประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง	0.86	ดี
6	การสร้างระบบและวัฒนธรรมองค์กร	0.89	ดี
7	ภาคผนวก	0.93	ดีมาก
รวม		**0.88**	**ดี**

นอกจากนี้ ความเห็นเชิงคุณภาพ 5 ด้าน ได้แก่ เนื้อหามีความถูกต้องทันสมัย แต่ควรเพิ่มข้อมูลผลข้างเคียงในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ ความเหมาะสมกับบริบทไทยดี แต่ควรเพิ่มตัวอย่างการสื่อสารในบริบทศาสนาและความเชื่อดั้งเดิม ความเข้าใจง่ายโดยรวมดี แต่ยังมีศัพท์เฉพาะทาง ควรเพิ่มอภิธานศัพท์และภาพประกอบ ความสามารถนำไปใช้จริงดี แต่ควรเพิ่มแนวทางปรับใช้ในสถานการณ์จำกัดเวลาหรือบุคลากร และการประเมินผลควรเพิ่มเครื่องมือประเมินตนเองและแนวทางติดตามระยะยาว การปรับปรุงดำเนินการใน 6 ประเด็น คือ ปรับภาษาให้ชัดเจน เพิ่มข้อมูลกลุ่มเสี่ยง เพิ่มกรณีศึกษาบริบทไทย เพิ่มคำเตือนและภาพประกอบ เพิ่มตัวอย่างแผนกเฉพาะ และเพิ่มเครื่องมือประเมินผลลัพธ์คือคู่มือมีความปลอดภัยสูงขึ้น ระดับความเข้าใจเพิ่มจาก 72% เป็น 87% มีความเหมาะสมกับบริบทและใช้งานได้จริงมากขึ้น ทำให้คู่มือฉบับปรับปรุงมีคุณภาพสูงขึ้นพร้อมทดลองใช้

4. การทดลองใช้ (Pilot Study)

ผู้เข้าร่วมทดลองใช้จำนวน 15 คน ได้รับการคัดเลือกแบบชั้นภูมิจากโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง (6 คน) และโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง (9 คน) โดยพยาบาลวิชาชีพมีสัดส่วนสูงสุด (40.0%) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สนับสนุน (40.0%) และแพทย์ (20.0%) การกระจายแผนกครอบคลุมตั้งแต่เสี่ยงสูง เช่น ห้องฉุกเฉิน (13.3%) และจิตเวช (6.7%) ไปจนถึงแผนกสนับสนุนต่างๆ ผู้เข้าร่วมมีอายุเฉลี่ย 32.4 ปี ประสบการณ์เฉลี่ย 8.1 ปี (ช่วง 2.5-18.0 ปี) ผลการประเมินประสิทธิภาพของคู่มือ พบการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p<0.01$) โดยด้านทักษะปรับปรุงสูงสุด (24.7%) จาก 14.6±3.2 เป็น 18.2±2.8 คะแนน ด้านความรู้ปรับปรุง 21.9% จาก 12.8±2.1 เป็น 15.6±2.0 คะแนน และด้านทัศนคติปรับปรุง 18.8% จาก 3.2±0.6 เป็น 3.8±0.5 คะแนน การลดลงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในทุกด้านแสดงว่า บุคลากรมีความสามารถสม่ำเสมอกันมากขึ้น ค่า Effect Size อยู่ในระดับปานกลางถึงปานกลาง-ใหญ่ (0.58-0.72) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองใช้

ด้านการประเมิน	ก่อน (M±SD)	หลัง (M±SD)	t	p-value	%เพิ่มขึ้น	Effect Size (Cohen's d)[26]
ความรู้ (20 คะแนน)	12.8±2.1	15.6±2.0	-4.82	<0.001	21.9%	0.68 (ปานกลาง)
ทัศนคติ (5 คะแนน)	3.2±0.6	3.8±0.5	-3.67	0.003	18.8%	0.58 (ปานกลาง)
ทักษะ (25 คะแนน)	14.6±3.2	18.2±2.8	-4.21	0.001	24.7 %	0.72 (ปานกลาง-ใหญ่)

4. ความพึงพอใจจากการใช้งานคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

ผู้เข้าร่วมทดลองใช้ให้ระดับความพึงพอใจที่น่าพอใจทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยรวม 4.1 จาก 5 คะแนน อยู่ในระดับ "มาก" ด้านประโยชน์ที่ได้รับมีคะแนนสูงสุด (4.4±0.5) แสดงว่าผู้เข้าร่วมรับรู้คุณค่าของคู่มือชัดเจน รองลงมาคือเนื้อหาและความถูกต้อง (4.3±0.6) และความเหมาะสมกับงาน (4.2±0.5) แสดงว่าคู่มือมีคุณภาพและนำไปใช้ได้จริง ความเข้าใจง่าย (4.1±0.7) อยู่ระดับดีแต่มีความแปรปรวนเล็กน้อยจากพื้นฐานการศึกษาที่แตกต่าง การออกแบบและรูปแบบได้คะแนนต่ำสุด (3.9±0.8) แต่ยังอยู่ระดับปานกลาง-ดี ความตั้งใจนำไปใช้สูงถึง 93.3% (14 จาก 15 คน) โดยเหตุผลหลักคือเทคนิคเหมาะสมและปรับใช้ได้จริง (85.7%) ได้ความรู้ใหม่ที่มีประโยชน์ (78.6%) และเพิ่มความมั่นใจจัดการความขัดแย้ง (71.4%) การวิเคราะห์ตามอาชีพ พบพยาบาลและแพทย์มีความตั้งใจนำไปใช้ 100% ตามด้วยเจ้าหน้าที่สนับสนุน 83.3% รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

ด้านการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย (เต็ม 5)	SD	ระดับความพึงพอใจ[27]
เนื้อหาและความถูกต้อง	4.3	0.6	มาก
ความเข้าใจง่าย	4.1	0.7	มาก
ความเหมาะสมกับงาน	4.2	0.5	มาก
การออกแบบและรูปแบบ	3.9	0.8	ปานกลาง
ประโยชน์ที่ได้รับ	4.4	0.5	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.1	0.6	มาก

5. ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพครอบคลุม 4 ด้านหลัก ด้านเนื้อหาควรเพิ่มกรณีศึกษาที่หลากหลายมากขึ้น โดยเฉพาะสถานการณ์ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลายคนพร้อมกัน เพิ่มเทคนิคสำหรับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือการสื่อสาร และการจัดการกับญาติที่มาเป็นกลุ่มใหญ่ ด้านรูปแบบการนำเสนอให้เพิ่มภาพประกอบและแผนภูมิในส่วนเทคนิคปฏิบัติ และจัดทำวิดีโอสาธิตสั้นๆ ที่เข้าถึงผ่าน QR Code ด้านการฝึกปฏิบัติต้องการการฝึกปฏิบัติเพิ่มเติม โดยเฉพาะ Role Playing และ Simulation รวมถึงกิจกรรมติดตามผลและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ใช้ ด้านการสนับสนุนองค์กรเห็นว่าการนำคู่มือไปใช้จะมี

ประสิทธิภาพมากขึ้นหากมีการสนับสนุนจากผู้บริหารและบูรณาการเข้ากับนโยบายองค์กร พร้อมข้อเสนอแนะให้จัดทำแนวทางสำหรับผู้บริหารในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้งาน ข้อเสนอแนะเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาคู่มือฉบับสมบูรณ์และการวางแผนการทดลองใช้ในระยะยาวต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพครั้งนี้ให้ผลลัพธ์ที่สำคัญหลายประการที่สมควรได้รับการวิเคราะห์อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะในบริบทของการป้องกันและจัดการความรุนแรงในสถานพยาบาลของประเทศไทย ดังนี้

สถานการณ์ความรุนแรงและความสอดคล้องกับบริบทสากล

ผลการศึกษาพบอัตราเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงพยาบาลไทย 33 ครั้งต่อปี โดยความรุนแรงทางวาจา/ ร่างกายคิดเป็นสัดส่วนสูงสุด (30.3%) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Somani และคณะ[4] ที่พบความรุนแรงจากการใช้คำพูดไม่เหมาะสม 38.9% ต่อบุคลากรพยาบาล นอกจากนี้ การศึกษาของ Kvas และ Seljak[5] ที่รายงานอัตราความรุนแรงสูงสุดในแผนกฉุกเฉิน ความสอดคล้องนี้ชี้ให้เห็นว่าปัญหาความรุนแรงในบริการสุขภาพของไทยมีลักษณะคล้ายคลึงกับประเทศอื่นๆ อย่างไรก็ตาม อัตราการเกิดเหตุการณ์ที่พบในการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าข้อมูลสากล ซึ่งอาจเป็นผลจากการรายงานที่ไม่ครบถ้วน (underreporting) ตามที่ Duan และคณะ[7] ระบุว่าเป็นปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพหลายประเทศ โดยเฉพาะความรุนแรงรูปแบบที่ไม่ชัดเจนหรือไม่รุนแรงมากพอที่จะถือเป็น "เหตุการณ์"

การที่ห้องฉุกเฉินมีเหตุการณ์สูงสุดสะท้อนลักษณะของแผนกที่มีความเครียดสูง ความรีบร้อน และความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ Price และคณะ[13] ระบุว่าเป็นตัวกระตุ้นความขัดแย้งและความก้าวร้าว ทฤษฎี Frustration-Aggression ของ Dollard[28] สามารถอธิบายปรากฏการณ์นี้ได้ว่า เมื่อผู้ป่วยและญาติประสบกับการรอคอยที่นานเกินไป การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน และความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพสุขภาพ จะเกิดความผิดหวังที่แปรเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว

ประสิทธิภาพของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

ผลการทดลองใช้แสดงการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน โดยด้านทักษะมีการปรับปรุงสูงสุด (24.7%) รองลงมาคือความรู้ (21.9%) และทัศนคติ (18.8%) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gillam[15] และคณะ ที่พบการลดลงของการรับรู้ความก้าวร้าวและความทุกข์ใจหลังการแทรกแซงด้วยทักษะการสื่อสาร อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของสัดส่วนการปรับปรุงในแต่ละด้านสะท้อนลักษณะการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ตามทฤษฎี Social Cognitive Theory ของ Bandura การเปลี่ยนแปลงด้านทักษะเกิดขึ้นได้เร็วกว่าเพราะเป็นการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติและการสังเกต ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติต้องใช้เวลานานกว่าเนื่องจากเกี่ยวข้องกับระบบความเชื่อและประสบการณ์ส่วนบุคคล[17, 22]

Effect Size ที่อยู่ในระดับปานกลางถึงปานกลาง-ใหญ่ (0.58-0.72) แสดงว่าการแทรกแซงมีประสิทธิผลที่มีความหมายทางคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับ meta-analysis ของ Howick และคณะ[16] ที่พบผลกระทบเชิงบวกของการสื่อสารที่มีความเห็นอกเห็นใจต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของขนาดกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาติดตามที่สั้น ซึ่งอาจส่งผลต่อการสรุปผลในระยะยาว

ความเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทย

การพัฒนาคู่มือที่คำนึงถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมไทยเป็นจุดเด่นสำคัญของการศึกษาครั้งนี้ การบูรณา

การแนวคิดเรื่องการรักษาหน้า ความเชื่อเรื่องกรรม ระบบอาวุโส แนวคิดชุมชน และความหลากหลายภูมิภาค เข้ากับเทคนิค de-escalation สากล สะท้อนความเข้าใจในบริบทสังคมไทยที่ซับซ้อน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่มักนำเทคนิคจากต่างประเทศมาใช้โดยตรงโดยไม่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

ทฤษฎี Cultural Adaptation Framework ของ Bernal และ Sáez-Santiago[29] สามารถอธิบายความสำคัญของการปรับแต่งทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะในมิติของภาษา (language) ที่ต้องคำนึงถึงภาษาถิ่นและวิธีการสื่อสารแบบไทย และมิติของคุณค่า (values) ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อทางพุทธศาสนาและวัฒนธรรมการให้เกียรติผู้อาวุโส อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้ทดสอบประสิทธิผลของการปรับแต่งทางวัฒนธรรมโดยตรงเมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางมาตรฐานสากล

ข้อจำกัดและความท้าทายในการนำไปใช้

แม้ว่าผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของคู่มือ แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญหลายประการ ประการแรก การศึกษาใช้ One Group Pretest-Posttest Design ซึ่งไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยกวนได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ Hawthorne Effect[30] ที่ผู้เข้าร่วมอาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพราะรู้ว่าตนเองกำลังถูกศึกษา ประการที่สอง ระยะเวลาติดตาม 1-3 เดือน ยังไม่เพียงพอที่จะประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่ง Kirkpatrick's Model[22] ระบุว่าการประเมินระดับที่ 4 (Results) ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6-12 เดือน ประการที่สาม การทดลองในโรงพยาบาลที่จำกัด อาจไม่สะท้อนความหลากหลายของบริบทโรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลเอกชนที่อาจมีลักษณะการบริการและประชากรผู้ป่วยที่แตกต่าง ประการสุดท้าย การประเมินผลยังเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงของบุคลากรเป็นหลัก โดยยังไม่ได้ประเมินผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติโดยตรง

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อยอด

จากผลการศึกษาและข้อจำกัดที่พบ การศึกษาครั้งต่อไปควรใช้ Randomized Controlled Trial เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ พร้อมทั้งขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาติดตามให้นานขึ้น การประเมินผลควรครอบคลุมทั้งมุมมองของบุคลากรและผู้รับบริการ รวมถึงตัวชี้วัดเชิงปริมาณ เช่น อัตราการลาออกของบุคลากร จำนวนข้อร้องเรียน และดัชนีความพึงพอใจของผู้ป่วย

นอกจากนี้ การพัฒนาระบบสนับสนุนออนไลน์ เช่น Mobile Application หรือ E-learning Platform จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงและความยั่งยืนของการใช้งานคู่มือ การจัดตั้ง Community of Practice เพื่อให้บุคลากรแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จะเป็นการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการสื่อสารเชิงบวก

สรุป

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกที่พัฒนาขึ้นเฉพาะสำหรับบริบทไทย ในการเสริมสร้างทักษะของบุคลากรสุขภาพให้สามารถจัดการความขัดแย้งและป้องกันความรุนแรงได้ อย่างไรก็ตาม การนำไปใช้ในวงกว้างต้องอาศัยการสนับสนุนจากระดับนโยบายและการพัฒนาระบบสนับสนุนที่ครอบคลุม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพไทย

เอกสารอ้างอิง

1.Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor.(2018). Workplace violence in healthcare: 2018 survey results. Washington, DC: BLS; 2019. Available from: https://www.bls.gov/iif/oshwc/cfoi/workplace-violence-healthcare-2018.htm

2.Occupational Safety and Health Administration.(2016). Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers. Washington, DC: U.S. Department of Labor; 2016. OSHA 3148-06R.

3.International Association for Healthcare Security & Safety Foundation.(2020). Healthcare crime survey 2020. Lombard, IL: IAHSS Foundation; 2020. Available from: https://www.iahss.org/page/CrimeSurvey

4.Somani R, Karmaliani R, McFarlane J, Asad N, Hirani S, Shehzad S, et al.(2015). Prevalence of workplace violence against nurses and associated factors: A cross-sectional study in Karachi, Pakistan. Int J Nurs Stud. 2015;52(11):1686-92.

5.Kvas A, Seljak J.(2014). Unreported workplace violence in nursing. Int Nurs Rev. 2014;61(3):344-51.

6.Gillam SW, Gillam AR, Cashin AG.(2021). Workplace violence in emergency departments: A systematic review and meta-analysis. West J Emerg Med. 2021;22(4):756-67.

7.Duan X, Ni X, Shi L, Zhang L, Ye Y, Mu H, et al.(2019). The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: The mediating role of social support. Health Qual Life Outcomes. 2019;17(1):93.

8.Magnavita N, Heponiemi T.(2011). Workplace violence against nursing students and nurses: An Italian experience. J Nurs Scholarsh. 2011;43(2):203-10.

9.Arnetz JE, Hamblin L, Ager J, Luborsky M, Upfal MJ, Russell J, et al.(2015). Underreporting of workplace violence: Comparison of self-report and actual documentation of hospital incidents. Workplace Health Saf. 2015;63(5):200-10.

10.Press Ganey Associates.(2019). The influence of violence on the patient experience. South Bend, IN: Press Ganey.

11.The Joint Commission.(2018). Sentinel Event Alert 59: Physical and verbal violence against health care workers. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission.

12.Leonard M, Graham S, Bonacum D.(2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care. 2004;13(Suppl 1):i85-90.

13.Price O, Baker J, Bee P, Lovell K.(2018). Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. Br J Psychiatry. 2018;212(2):94-102.

14.Peplau HE.(1952). Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. New York: Springer Publishing Company.

15.Gillam SW, Gillam AR, Cashin AG.(2021). Workplace violence in emergency departments: A systematic review and meta-analysis. West J Emerg Med. 2021;22(4):756-67.

16.Howick J, Moscrop A, Mebius A, Fanshawe TR, Lewith G, Bishop FL, et al.(2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: A systematic review and meta-analysis. J R Soc Med. 2018;111(7):240-52.

17.Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C.(2013). A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. Nurse Educ Today. 2013;33(2):90-102.

18.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2555). คู่มือการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

19.Neal A, Griffin MA, Hart PM.(2000). The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. Safety Sci. 2000;34(1-3):99-109.

20.Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating training programs: The four levels. 3rd ed. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2006.(2006).

21.วีร์ เมฆวิลัย, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์.(2568). คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ (Gentle communication for gentle healthcare). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: พรอสเพอรัส ปริ้นติ้ง.

22.Studer Q.(2003). Hardwiring excellence: Purpose, worthwhile work, making a difference. Gulf Breeze, FL: Fire Starter Publishing.

23.Bowers L, Allan T, Simpson A, Jones J, Van Der Merwe M, Jeffery D.(2011). Adverse events and the outcome of different approaches to de-escalation. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2011;18(7):637-45.

24.Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al.(2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry (AAEP) Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med. 2012;13(1):17-25.

25.Turner RC, Carlson L.(2003). Indexes of item-objective congruence for multidimensional items. International Journal of Testing. 2003;3(2):163–171.

26.Cohen J.(1988) Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

27.Likert R.(1932). A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology. 1932;22(140):1–55.

28.Dollard J, Doob LW, Miller NE, Mowrer OH, Sears RR.(1939). Frustration and aggression. New Haven, CT: Yale University Press.

29.Bernal G, Sáez-Santiago E.(2006). Culturally centered psychosocial interventions. J Community Psychol. 2006;34(2):121-32.

30.McCambridge J, Witton J, Elbourne DR.(2014). Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. J Clin Epidemiol. 2014;67(3):267-77.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a Cervical Cancer Screening Model Using HPV Self-Sampling with Community Health Volunteer Participation at Yang Talat Hospital, Kalasin Province

(Received: September 23,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

พรรษกาล โลสันเทียะ[1]
Pascal Losanthia[1]

บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของสตรีไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการคัดกรอง ได้แก่ ระยะทาง ค่าใช้จ่าย และความเป็นส่วนตัว การพัฒนารูปแบบการคัดกรองที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนจึงมีความจำเป็น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและทฤษฎีความสามารถของตนเอง ดำเนินการใน 3 ขั้นตอน คือ การศึกษาสภาพปัญหา การพัฒนารูปแบบ และการประเมินประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย สตรีอายุ 30-65 ปี จำนวน 58 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาหลักในการเข้าถึงบริการคัดกรองคือ ระยะทาง (15-25 กิโลเมตร) ค่าใช้จ่าย (80-120 บาท/ครั้ง) และความรู้ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 7.8 จาก 15) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการจาก 0% เป็น 46.6% ($p < 0.001$) เพิ่มความรู้ของสตรีจาก 7.8 เป็น 13.2 ($p < 0.001$) และพัฒนาความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขจาก 24.6 เป็น 67.1 ($p < 0.001$) สตรีกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.6) การประเมินความยั่งยืนพบว่ารูปแบบมีความยั่งยืนในระดับสูงทุกมิติ (คะแนนเฉลี่ย 4.5/5.0) รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรอง สร้างความรู้และความตระหนัก และมีความยั่งยืนสูง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชนบทอื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, HPV Self Sampling, อาสาสมัครสาธารณสุข, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, ชุมชนชนบท

Abstract

Cervical cancer remains a major public health concern among Thai women, particularly in rural areas where access to screening services is hindered by barriers such as distance, cost, and concerns regarding privacy. This study aimed to develop a community-based cervical cancer screening model using HPV self-sampling, facilitated through the active participation of village health volunteers (VHVs) in the service areas of Yang Talat Hospital, Kalasin Province. A participatory action research (PAR) approach was employed, incorporating the theories of social support and self-efficacy. The study was conducted in three phases: problem assessment, model development, and evaluation of effectiveness. The sample consisted of 58 women aged 30–65 and 20 VHVs. Results showed that key barriers to screening access included distance (15–25 kilometers), cost (80–120 baht per visit), and low knowledge levels (mean score: 7.8 out of 15). The developed model significantly increased the screening participation rate from 0% to 46.6% ($p < 0.001$), improved women's knowledge scores from 7.8 to 13.2 ($p < 0.001$), and enhanced VHV knowledge from 24.6 to 67.1($p < 0.001$). The target group reported high satisfaction with the model (mean score: 4.6), and sustainability evaluation showed high scores across all dimensions (mean: 4.5/5.0). This HPV self-sampling model with VHV participation effectively improved

[1] กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

access to cervical cancer screening, enhanced knowledge and awareness, and demonstrated strong sustainability, making it adaptable to other rural communities with similar contexts.

Keywords: Cervical cancer screening, HPV self-sampling, village health volunteers, participatory action research, rural community

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกใน ปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 604,000 ราย และมีผู้เสียชีวิต 342,000 ราย โดยร้อยละ 90 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบอุบัติการณ์สูงถึง 17.2 ต่อประชากรหญิงแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่ 13.3 ต่อแสนประชากรหญิง (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 พบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 ในสตรีไทย มีอัตราการเกิดโรคใหม่ 14.4 ต่อประชากรหญิงแสนคน และมีอัตราการเสียชีวิต 7.3 ต่อแสนประชากรหญิง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปี พ.ศ. 2565 พบอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 35.6 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดที่ร้อยละ 60 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2565) ปัญหา และอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ ได้แก่ ความอายและความกังวลในการตรวจภายใน การขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรอง ข้อจำกัดด้านเวลา และการเดินทาง รวมถึงทัศนคติเชิงลบต่อการตรวจคัดกรอง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี HPV Self Sampling เป็นนวัตกรรมที่ช่วยลดข้อจำกัดดังกล่าว โดยเป็นการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งมีความไวในการตรวจจับเชื้อ HPV ร้อยละ 86-97 และมีความจำเพาะร้อยละ 84-100 เมื่อเทียบกับการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งยังได้รับการยอมรับจากสตรีมากกว่าการตรวจภายในแบบดั้งเดิม (Arbyn,et al., 2018)

ในการป้องกันโรคนี้ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) ในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างต่อเนื่อง ร่วมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจและตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก และระยะก่อนเป็นมะเร็ง ในสตรีอายุ 30 -60 ปี ในพื้นที่เขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) เพื่อที่จะได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ซึ่งสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human Papillomavirus หรือ HPV สายพันธุ์ความเสี่ยงสูง ซึ่งมีไม่ต่ำกว่า 14 สายพันธุ์ และสายพันธุ์ 16 และ 18 เป็นสายพันธุ์ที่พบบ่อยที่สุดสูงถึงร้อยละ 70 และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งทวารหนักและมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงผลร้ายของมะเร็งปากมดลูกที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตของสตรีไทยเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก โดยที่มะเร็งปากมดลูกนั้น เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้หากมีการเฝ้าระวังอย่างถูกวิธี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะดำเนินการศึกษาโดยการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการ มีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลยางตลาด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) และทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) เพื่อเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรี

กลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการตรวจคัดกรองอย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอัตราป่วยและตายของสตรีจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชุมชน

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลและความยั่งยืนของรูปแบบการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

4. เพื่อสร้างการเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)โดยนำแนวคิดทฤษฎีมาประยุกต์ใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลาในการดำเนินการ 14 เดือน (มกราคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด เขตองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) จำนวน 100 คน ประชากรกลุ่มนี้ถูกทำการวิจัยทั้งหมด

2. สตรีอายุกลุ่มเสี่ยง 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด ตำบลยางตลาด จำนวน 1,907 คน และเขตองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) จำนวน 10 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 และ 18 ที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จำนวน ทั้งหมด 58 คน โดยกำหนดกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยการกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1) สตรีมีอายุระหว่าง อายุ 30-60 ปี ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

2) อาศัยอยู่ในเขต พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด เขตองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด จำนวน 10 หมู่บ้าน ได้แก่ 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 และ 18

3) ไม่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ หลังคลอด 1 ปี ผู้พิการ หรือผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

4) เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินการวิจัย โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากประชากรทั้งหมด 58 คน ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 (Faul et al., 2009) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 34 คน จากนั้นปรับขนาดตัวอย่างด้วยสูตร finite population correction (Daniel, 2009): เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 20% (Lwanga & Lemeshow, 1991) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสุดท้าย 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ สถานะ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาคุมกำเนิดและประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายงาน (Check List) โดยการใส่เครื่องหมายถูกลงใน

ช่องว่างและเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามส่วนที่ 1 หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด การวิเคราะห์ลักษณะทางประชากร ทำการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คือ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด (จินตนา ดำเกลี้ยง และคณะ. (2563)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยให้ผู้ตอบคำถามว่า ใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่และเวลาให้บริการตรวจคัดกรอง ด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ด้านการสนับสนุนด้านการประเมินผล (Appraisal Support)และด้านการสนับสนุนด้านเครือข่ายทางสังคม (Network Support) แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และเพิ่มเติมด้านเครือข่ายทางสังคมตามแนวคิดของ Cohen และคณะ (2000) โดยมีการปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสามารถของตนเองในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 25 ข้อ ดังนี้ ความรู้และความเข้าใจ ความกังวลและความกลัว การเข้าถึงบริการ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมและระบบบริการสุขภาพ โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ตรงกับระดับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุด ดังนี้ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด รวมทั้งหมด 25 ข้อ แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่า 0.92

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยผู้วิจัยได้ทำการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเมิน จำนวน 13 ข้อ (บุญใจ ศรีสถิตนรากูล ,2553, น.502)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเมินทั้งหมด 5 ด้าน ดังนี้ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล การมีส่วนร่วมในการสื่อสารกับชุมชน โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ตรงกับระดับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุด ดังนี้ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด รวมทั้งหมด 26 ข้อ แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1980)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการ 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จากเดิมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ด้วยวิธีตรวจแปปเสมียร์ (Pap smear) เป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะใช้เครื่องมือลักษณะคล้ายไม้พาย เก็บเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกก่อนนำส่งตรวจในห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจหาเซลล์ที่ผิดปกติหรือเซลล์ที่มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งอาจทำให้เกิดมะเร็งได้ เป็นวิธีที่ใช้มาเป็นเวลานาน และต้องรับบริการที่หน่วยบริการเท่านั้นอาจจะมีค่าใช่จ่ายในการเดินทาง มีการตรวจที่ซับซ้อน เกิดความอายในการตรวจ จึงทำให้

อัตราการตรวจน้อย เมื่อปี 2565 ได้มีการดำเนินการตามนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยทดลองตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจมะเร็งปากมดลูก (HPV Self Sampling) อย่างเต็มรูปแบบ โดยการลงงพื้นที่ค้นหากลุ่มเสี่ยงโดยการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ทำให้ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564-2567 มีผลการดำเนินงานคิดเป็นร้อยละ 50.00, 55.00, 60.00, 65.00 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี จำนวนผู้พบความ เสี่ยงสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้รับการคัดกรองที่เพิ่มขึ้นและมีการเพิ่มของกลุ่มเป้าหมายทุกปี แสดงถึงการขยายการให้บริการแต่จะเห็นได้ว่ามีผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 80 ตามเกณฑ์ของสำนักงาน สำรวจสภาพปัญหาสถานการณ์จากการดำเนินงานการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ผ่านมาของสตรีอายุ 30-60 ปี ของโรงพยาบาลยางตลาดโดยผู้วิจัยได้ทำการเชิญอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด หมู่ละ 2 คน และสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30 -60 ปี หมู่ละ 1 คน มาประชุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยกิจกรรมให้ผู้เข้าร่วมมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแสดงความคิดเห็นของตนเอง ใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยผู้วิจัยนำวิดีทัศน์ และสื่อวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองและให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสตรีกลุ่มเป้าหมาย ทดลองตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจมะเร็งปากมดลูก (HPV Self Sampling)

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานภาคีเครือข่ายในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด เขตองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) เลือกกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สตรีกลุ่มเป้าหมายหรือคนในชุมชนให้ความเคารพนับถือ และไว้วางใจ และประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูร่า โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences)

1.1 ผู้วิจัยทำการจัดอบรบเชิงปฏิบัติการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมายโดยให้ที่ได้รับอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling ระดับอำเภอ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการเล่าถึงประสบการณ์ความรู้สึกและความรู้ที่ได้รับจากการอบรม

1.2 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและให้ดูวิดิทัศน์วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV Self Sampling ให้แก่ผู้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการอีกครั้ง

1.3 แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี กลุ่มเป้าหมาย ที่ยังไม่เคยฝึกการตรวจมะเร็งปากมดลูกทดลองตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยมีเจ้าหน้าประจำกลุ่มให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด

2. การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง มาเล่าถึงความรู้สึก วิธีการตรวจ ข้อพึงระวัง ขณะที่ทำการตรวจ รวมถึงข้อห้ามในการตรวจ ผู้วิจัยได้ทำการซักซ้อมประเด็นการเล่าเพื่อเพิ่มความมั่นใจและสร้างเสริมความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) โดยคัดเลือกตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกมาพูดเชิญชวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี สมัครใจตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง และให้เพื่อนๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในห้องประชุมช่วยพูดเสริมแรงให้เกิดแรงจูงใจมากยิ่งขึ้น เป็นการฝึกทักษะเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความมั่นใจ และเกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะพูดชักจูงสตรีกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

4. ผู้วิจัยดำเนินการจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อให้คำปรึกษาในกรณีมีข้อสงสัยสอบถาม หรือติดตามประสานงานในพื้นที่

5. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectation)

5.1 ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบรายชื่อสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี ที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากฐานข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมดในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) แบ่งกลุ่มเป็นหมู่บ้าน และทำการแจ้งรายชื่อสตรีกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ลงพื้นที่ในการเยี่ยมบ้านและพูดเชิญชวน สำรวจความต้องการในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling รวมถึงการนำชุดตรวจไปให้ อธิบายวิธีเก็บสิ่งส่งตรวจ และแจ้งผลการตรวจกับผู้รับบริการ

5.2 ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่

ขั้นตอนที่ 3 ผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลโดยการรวบรวมจำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ที่สมัครใจตรวจมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV Self Sampling และวิเคราะห์ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ รวมถึงการสรุปปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินงานวิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ การโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประเมินความรู้ ทักษะของ อสม.และอัตราการเข้าถึงบริการคัดกรอง

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มหลัก ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 100 คน และสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี จำนวน 27 คน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85 ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของการทำงานในด้านสาธารณสุขชุมชนที่มักมีผู้หญิงเป็นกำลังหลัก กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.0 ด้วยอายุเฉลี่ย 48.5 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีความเป็นผู้ใหญ่และประสบการณ์ชีวิตเพียงพอในการทำงานเพื่อสังคม ด้านการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 41.0 และมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 34.0 รวมกัน

เป็นร้อยละ 75 ซึ่งแสดงถึงพื้นฐานการศึกษาที่เหมาะสมสำหรับการรับความรู้และทำงานในด้านสาธารณสุข สำหรับอาชีพหลัก พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 60.0 ซึ่งสะท้อนถึงลักษณะของชุมชนเกษตรกรรมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านประสบการณ์การทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่ามีประสบการณ์เฉลี่ย 7.8 ปี โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์ 5-10 ปีมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 40.0 ซึ่งแสดงถึงความมั่นคงและความต่อเนื่องในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่นี้

ด้านสตรีกลุ่มเป้าหมายมีอายุเฉลี่ย 44 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 41.0 ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข อาชีพหลักพบว่าเป็นเกษตรกรร้อยละ 66.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเล็กน้อย สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ในภาวะสมรสร้อยละ 81.5 ข้อมูลที่สำคัญมากคือสตรีกลุ่มเป้าหมายทุกคนไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อนร้อยละ 100.0 ซึ่งเป็นข้อมูลหลักที่แสดงถึงปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการคัดกรองในชุมชนชนบท

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการดำเนินการผ่านวิธีการเก็บข้อมูลหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การประชุมกลุ่มย่อย การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนสภาพปัญหาที่แท้จริงของชุมชน

1.1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการประชุมกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน กลุ่มสตรีกลุ่มเป้าหมาย 10 คน และกลุ่มผู้นำชุมชน 8 คน รวมถึงการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน พบสภาพปัญหาในหลายมิติที่สัมพันธ์กันและส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ

ปัญหาหลักที่สำคัญที่สุดคือระยะทางจากหมู่บ้านถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 15-25 กิโลเมตร ทำให้ใช้เวลาเดินทาง 30-45 นาที ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สะดวกและเป็นอุปสรรคสำคัญ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 80-120 บาทต่อครั้งถือเป็นภาระทางการเงินสำหรับครอบครัวที่มีรายได้น้อย โดยเฉพาะครอบครัวเกษตรกรที่มีรายได้ไม่แน่นอน เวลาให้บริการของโรงพยาบาลในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น. ไม่สอดคล้องกับเวลาทำงานของสตรีในชุมชนเกษตรกรรม ที่มักต้องทำงานในช่วงเช้าตรู่และเย็น การที่ต้องนัดหมายล่วงหน้า 1-2 สัปดาห์ทำให้ขาดความยืดหยุ่นและอาจทำให้สตรีเปลี่ยนใจไม่มารับบริการ

ปัญหาด้านความรู้และทัศนคติ

สตรีส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและความสำคัญของการตรวจคัดกรอง มีความเข้าใจผิดที่สำคัญคือ "ผู้ที่ไม่มีอาการไม่จำเป็นต้องตรวจ" พบในร้อยละ 73.3 ของผู้เข้าร่วมการประชุมกลุ่มย่อย ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมารับบริการคัดกรอง ความกลัวและความอายในการตรวจภายในพบในร้อยละ 86.7 ของผู้เข้าร่วม ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและความเชื่อทางสังคม นอกจากนี้ยังมีความกังวลเรื่องความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับในร้อยละ 80.0 โดยเฉพาะในชุมชนขนาดเล็กที่ทุกคนรู้จักกัน

ปัญหาด้านระบบบริการ

ระบบบริการยังขาดการประชาสัมพันธ์และรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ไม่มีระบบติดตามผู้ที่ไม่มารับบริการคัดกรองอย่างเป็นระบบ การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่มีประสิทธิภาพ และบุคลากรทางการแพทย์หญิงมีจำกัด ซึ่งเป็นปัจจัยที่สตรีให้ความสำคัญในการตัดสินใจมารับบริการ ข้อมูล

สถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลยางตลาดในช่วงปีงบประมาณ 2564 -2567 แสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการปรับปรุงและเพิ่มอัตราการคัดกรองอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ถึงเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่ร้อยละ 70

1.2 ผลการศึกษาความต้องการในการพัฒนาบริการ

ความต้องการด้านการเข้าถึงบริการ

ผลการศึกษาพบว่าสตรีทุกคน (ร้อยละ 100.0) ต้องการบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและใกล้บ้าน ต้องการเวลาให้บริการที่ยืดหยุ่นร้อยละ 93.3 บริการที่รักษาความเป็นส่วนตัวสูงร้อยละ 100.0 และต้นทุนที่ไม่เป็นภาระหรือฟรีร้อยละ 100.0

ความต้องการด้านความรู้และข้อมูล

สตรีต้องการความรู้ที่เข้าใจง่ายและเป็นภาษาท้องถิ่นร้อยละ 93.3 ต้องการสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายร้อยละ 86.7 และที่สำคัญคือต้องการคำแนะนำจากคนที่ไว้วางใจในชุมชนร้อยละ 100.0 ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นตัวกลางในการสื่อสารผลการประเมินความรู้เบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำร้อยละ 59.3 ด้วยคะแนนเฉลี่ย 7.8 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling

การพัฒนารูปแบบดำเนินการตามหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) และทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) เพื่อสร้างรูปแบบที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบแบบมีส่วนร่วม

การพัฒนารูปแบบดำเนินการผ่าน 3 ขั้นตอนหลักตามหลักการของ Kemmis and McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) และการสะท้อน (Reflecting) โดยมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การจัดประชุมชุมชนทั้งหมด 3 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมรวม 85 คน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไขการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่ชุมชนร่วมกันกำหนด โดยเน้นคุณสมบัติด้านความน่าเชื่อถือ ทักษะการสื่อสาร และความเต็มใจที่จะเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน ดำเนินการอบรมและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่นำร่องเพื่อทดสอบความเป็นไปได้ และปรับปรุงแก้ไขตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนและปรับปรุง ประเมินผลและรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและสรุปรูปแบบที่สมบูรณ์สำหรับการขยายผลต่อไป

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนา

การประเมินประสิทธิผลดำเนินการโดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และ McNemar test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อทดสอบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.1 ผลการเพิ่มขึ้นของอัตราการเข้าถึงบริการคัดกรอง

ตารางที่ 1 ผลการเพิ่มขึ้นของอัตราการเข้าถึงบริการคัดกรอง

ตัวชี้วัดประสิทธิผล	ก่อนโครงการ	หลังโครงการ	ความแตกต่าง	p-value
จำนวนสตรีที่ได้รับการตรวจ (คน)	0 (0.0%)	27 (46.6%)	+27	<0.001*
ระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้าถึงบริการ (วัน)	ไม่ได้รับบริการ	7.2 ± 2.1	-	-
ต้นทุนเฉลี่ยต่อการตรวจ 1 ครั้ง (บาท)	350.0 ± 50.0	180.0 ± 20.0	-170.0	<0.001*
ระดับความพึงพอใจ (คะแนน)	ไม่มีข้อมูล	4.6 ± 0.4	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าหลังการดำเนินโครงการสามารถเพิ่มจำนวนสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองจาก 0 คน เป็น 27 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถลดต้นทุนการตรวจเฉลี่ย 170 บาทต่อครั้ง และสตรีมีความพึงพอใจในระดับสูง

3.2 ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

รายการประเมิน	ก่อนโครงการ	หลังโครงการ	ความแตกต่าง	t	p-value
คะแนนความรู้รวม					
ค่าเฉลี่ย ± S.D.	7.8 ± 2.4	13.2 ± 1.8	+5.4	-12.45	<0.001*
ระดับความรู้	n (%)	n (%)			
ระดับสูง (12-15 คะแนน)	3 (11.1)	19 (70.4)	+59.3%		<0.001**
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	8 (29.6)	6 (22.2)	-7.4%		
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	16 (59.3)	2 (7.4)	-51.9%		

*Paired t-test, **McNemar test, มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการประเมินพบว่าหลังการดำเนินโครงการ สตรีกลุ่มเป้าหมายมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 7.8 ± 2.4 เป็น 13.2 ± 1.8 เพิ่มขึ้น 5.4 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสตรีที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 70.4

3.3 ผลการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการประเมินพบว่าหลังหลังการดำเนินโครงการ สตรีกลุ่มเป้าหมายมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย 67.5 ± 4.8)

3.4 ผลการประเมินความสามารถของตนเอง ผลการประเมินพบว่าหลังหลังการดำเนินโครงการ สตรีกลุ่มเป้าหมายมีคะแนนความสามารถของตนเอง ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย 108.5 ± 6.2)

3.5 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผลการประเมินพบว่าหลังหลังการดำเนินโครงการ สตรีกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย 4.6 ± 0.4)

4. ผลการสร้างการเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การประเมินการสร้างการเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการอบรม การทดสอบทักษะปฏิบัติ และการประเมินการมีส่วนร่วม เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการของบุคลากรหลักในการขับเคลื่อนโครงการ

4.1 ผลการพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 3 ผลการพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

หัวข้อความรู้	**ก่อนอบรม ($\bar{X}$ ± S.D.)**	**หลังอบรม ($\bar{X}$ ± S.D.)**	**การเปลี่ยนแปลง ($\bar{X}$)**	**t**	**p-value**
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก	6.2 ± 2.1	13.8 ± 1.5	+7.6	-28.42	<0.001*
ความรู้เกี่ยวกับ HPV	3.8 ± 1.9	12.4 ± 1.8	+8.6	-31.87	<0.001*
วิธีการใช้ HPV Self Sampling	1.5 ± 0.6	14.2 ± 1.2	+12.7	-88.95	<0.001*
การให้คำปรึกษาและสื่อสาร	7.9 ± 1.8	13.6 ± 1.4	+5.7	-25.18	<0.001*
การส่งต่อและติดตาม	5.2 ± 2.0	13.1 ± 1.6	+7.9	-30.65	<0.001*
คะแนนรวม (75 คะแนน)	**24.6 ± 6.8**	**67.1 ± 4.2**	**+42.5**	**-52.73**	**<0.001***

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการประเมินแสดงให้เห็นการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องวิธีการใช้ HPV Self Sampling ที่มีการเพิ่มขึ้นสูงสุด 12.7 คะแนน

5.ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling พบว่าสิ่งส่งตรวจทั้งหมดมีคุณภาพเพียงพอสำหรับการตรวจร้อยละ 100.0 ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและการดำเนินการตามมาตรฐาน ผลการตรวจพบ HPV Positive ร้อยละ 11.1 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการติดเชื้อ HPV ในประชากรไทยทั่วไป

6. ผลการประเมินความยั่งยืนของรูปแบบ

6.1 ความยั่งยืนด้านทรัพยากรมนุษย์ ภาพรวมผลการประเมินความยั่งยืนด้านทรัพยากรมนุษย์ของโครงการอยู่ในระดับสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.5 จาก 5 คะแนน)

6.2 ความยั่งยืนด้านระบบและกระบวนการ ภาพรวมผลการประเมินความยั่งยืนด้านระบบและกระบวนการ ของโครงการอยู่ในระดับสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.5 จาก 5 คะแนน)

6.3 ความยั่งยืนด้านการเงินและงบประมาณ พบว่า โดยรวมโครงการนี้มีความยั่งยืนทางการเงินดี เนื่องจากสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและสร้างการประหยัดได้ พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง รายละเอียด ดังนี้

ภาพรวมงบประมาณและความยั่งยืนด้านการเงินของโครงการ HPV Self Sampling ดังนี้ ปีที่ 1 มีค่าใช้จ่ายรวม 208,000 บาท และในปีที่ 2-5 ประมาณการค่าใช้จ่ายปีละ 163,000 บาท แหล่งงบประมาณหลักมาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. และโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายหลัก ได้แก่ ชุดตรวจ HPV Self Sampling (108,000 บาท/ปี), การอบรมและพัฒนาอสม. (ปีแรก 45,000 บาท ลดเหลือ 15,000 บาท/ปี), วัสดุและสื่อการเรียนรู้ (ปีแรก 25,000 บาท ลดเหลือ 10,000 บาท/ปี), และการประสานงานติดตาม (30,000 บาท/ปี) การประหยัดต้นทุนเกิดจากการลดค่าใช้จ่ายการตรวจต่อคน 68,000 บาท/ปี และลดค่าใช้จ่ายการเดินทาง 40,000 บาท/ปี รวมประหยัดได้ 108,000 บาท/ปี ต้นทุนสุทธิโดยประมาณอยู่ที่ 100,000 บาทในปีแรก และ 55,000 บาท/ปีในปีถัดไป

6.4 ความยั่งยืนด้านสังคมและวัฒนธรรม ภาพรวมผลการประเมินความยั่งยืนด้านสังคมและวัฒนธรรมของโครงการอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.4 จาก 5 คะแนน)

สรุป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถแก้ไขปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 46.6 การลดต้นทุนเฉลี่ย 170 บาทต่อครั้ง และการสร้างความพึงพอใจในระดับสูง

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความยั่งยืนในทุกมิติ ทั้งด้านทรัพยากรมนุษย์ ระบบและกระบวนการ การเงิน และสังคมวัฒนธรรม ซึ่งเป็นการรับประกันว่าโครงการจะสามารถดำเนินการต่อไปได้ในระยะยาว การทดสอบสมมติฐานทั้ง 3 ข้อแสดงผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ทุกข้อ

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่เหมาะสม คุณภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ความเหมาะสมของเทคโนโลยี และการสนับสนุนจากทุกฝ่าย ในขณะที่อุปสรรคส่วนใหญ่สามารถจัดการได้และมีผลกระทบในระดับน้อยถึงปานกลาง

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การนำเทคโนโลยี HPV Self Sampling มาใช้ร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูงในการขยายการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนชนบท และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์" ประสบความสำเร็จในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ทั้ง 4 ข้อ และยืนยันสมมติฐานการวิจัยทั้ง 3 ข้อ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในการเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 46.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การบูรณาการระหว่างเทคโนโลยีที่เหมาะสม (HPV Self Sampling) กับทรัพยากรมนุษย์ในชุมชน (อสม.) และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์อย่างเป็นระบบช่วยให้รูปแบบมีประสิทธิภาพและความยั่งยืน ความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ไม่เพียงแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของ HPV Self Sampling ในการเป็นทางเลือกสำหรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่ยังเป็นตัวอย่างของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้ทรัพยากรท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพของ อสม. แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์ในชุมชน การเพิ่มขึ้นของความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของ อสม. ไม่เพียงช่วยในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่ยังสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพชุมชนโดยรวม การที่ชุมชนยอมรับและมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมและความยั่งยืนของรูปแบบ

ผลการวิจัยนี้มีนัยสำคัญต่อการพัฒนานโยบายสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะในการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในพื้นที่ห่างไกลและด้อยโอกาส รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการป้องกันและควบคุมโรคอื่นๆ ได้ โดยเฉพาะโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการคัดกรองเชิงรุก การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์อย่างเป็นระบบในการออกแบบแทรกแซงด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีฐานทฤษฎีที่มั่นคงในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพ การบูรณาการทฤษฎี Self-Efficacy และ Social Support ให้ผลลัพธ์ที่เสริมกันและสร้างความแข็งแกร่งให้กับการแทรกแซง ข้อจำกัดของการวิจัย โดยเฉพาะเรื่องขนาดตัวอย่างและระยะเวลาการติดตาม เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยในอนาคต การศึกษาในระยะยาวและในพื้นที่ที่หลากหลายจะช่วยยืนยันประสิทธิผลและความสามารถในการขยายผลของรูปแบบ

โดยสรุป การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาที่มีคุณค่าทั้งในเชิงวิชาการและการปฏิบัติ ผลการวิจัยสามารถ

นำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน และการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพให้กับประชาชนในวงกว้าง การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้ทรัพยากรท้องถิ่น และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีอย่างเหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนามีประสิทธิภาพและยั่งยืน ท้ายที่สุด การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนไม่จำเป็นต้องพึ่งพาเทคโนโลยีที่ซับซ้อนหรือทรัพยากรจากภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่สามารถสร้างนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพได้ด้วยการบูรณาการเทคโนโลยีที่เหมาะสม ทรัพยากรมนุษย์ในชุมชน และการมีส่วนร่วมของประชาชน การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นแบบอย่างที่ดีของการพัฒนาระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ขนาดตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (สตรีกลุ่มเป้าหมาย 27 คน) ทำให้การอ้างอิงผลไปยังประชากรกว้างมีข้อจำกัด และอาจส่งผลต่อสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

2. การขาดกลุ่มควบคุม การวิจัยไม่มีกลุ่มควบคุม (Control group) ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบประสิทธิผลกับวิธีการอื่นได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยและการอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1.1 สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ

1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ควรจัดการอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เกี่ยวกับ HPV Self Sampling และการทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

2) การปรับปรุงระบบบริการ ควรปรับปรุงระบบการรับสิ่งส่งตรวจ การแจ้งผล และการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

3) การสร้างความร่วมมือกับชุมชน ควรสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนในการสนับสนุนการดำเนินงาน

1.2 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

1) การพัฒนาทักษะการสื่อสาร ควรพัฒนาทักษะการสื่อสารและการให้คำปรึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนได้มากขึ้น

2) การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ ควรสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแก้ไขปัญหาร่วมกัน

3) การใช้เทคโนโลยี ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชันมือถือ ในการสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

1.3 สำหรับชุมชน

1) การสร้างความตระหนัก ควรดำเนินกิจกรรมสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของการ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

2) การสร้างกลุ่มสตรีรณรงค์ ควรส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มสตรีรณรงค์สุขภาพในทุกหมู่บ้านเพื่อสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม

3) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1) การศึกษาผลกระทบระยะยาว ควรศึกษาผลกระทบระยะยาวของรูปแบบต่อการลดอุบัติการณ์และอัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกในระยะ 5-10 ปี

2) การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ควรศึกษาการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost- effectiveness analysis) ของรูปแบบเปรียบเทียบกับวิธีดั้งเดิม

3) การศึกษาคุณภาพชีวิต ควรศึกษาผลกระทบของรูปแบบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1.Bloom, B. S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. McGraw-Hill.

2.จินตนา ดำเกลี้ยง และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 7(1), 180-191.

3.House, J. S. (1981). Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley.

4.Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. Oxford University Press.

5.Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman and Company.

6.Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), Health behavior and health education: Theory, research, and practice (4th ed., pp. 45-65). Jossey-Bass.

7.Guvenc, G., Akyuz, A., & Açikel, C. H. (2011). Health Belief Model Scale for Cervical Cancer.

8.Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Development, 8(3), 213-235.

9.กระทรวงสาธารณสุข. (2554). แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

10.World Health Organization. (2018). WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. WHO Press.

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโรงเรียนเบาหวานโดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

Development and Evaluation of the Effectiveness of Diabetes School Using Lifestyle Medicine Approach on Glycated Hemoglobin Levels in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Nong Han District, Udon Thani Province.

(Received: September 23,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

วลัยพร รุ่งเรือง[1] รจนา วรวิทย์ศรางกูร[2] จิรัชญา มัฆนาโส[3] อรอุมา จันธานี[4]
Walaiporn Rungrueang[1] ,Rojana Warawitsaranggoon[2] Jirushchaya Maknaso[3] Onuma Janthanee[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโรงเรียนเบาหวานโดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต และเพื่อประเมินประสิทธิผลต่อระดับน้ำตาลสะสม ความรู้ การจัดการตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี HbA1c 7-10% จำนวน 154 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 77 คน และกลุ่มควบคุม 77 คน ดำเนินโปรแกรม 16 สัปดาห์ ติดตามผล 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วย HbA1c แบบสอบถามความรู้ การจัดการตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วย Paired t-test, Independent t-test และ Repeated Measures ANOVA เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย Focus Group Discussion และ In-depth Interview วิเคราะห์ด้วย Content Analysis

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีระดับ HbA1c ลดลง 1.07% ($p<0.001$) คะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 6.93 คะแนน ($p<0.001$) คะแนนการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น 30.05 คะแนน ($p<0.001$) และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น 63.60 คะแนน ($p<0.001$) ข้อมูลเชิงคุณภาพพบปัจจัยสำเร็จคือ การเรียนรู้ที่นำไปปฏิบัติได้จริง การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมกลุ่ม การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และวิธีการสอนที่เหมาะสม

คำสำคัญ: โรงเรียนเบาหวาน, เวชศาสตร์วิถีชีวิต, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, น้ำตาลสะสม, การจัดการตนเอง

Abstract

This study was Quasi Experiment Research aimed to develop a diabetes school using Lifestyle Medicine approach, and (2) to evaluate its effectiveness on glycated hemoglobin (HbA1c), knowledge, self-management, and health behaviors. Participants were 154 type 2 diabetes patients with HbA1c 7-10%, divided into intervention group (n=77) and control group (n=77). The 16-week program with 12-week follow-up was implemented. Quantitative data included HbA1c, knowledge, self-management, and health behavior questionnaires, analyzed using Paired t-test, Independent t-test, and Repeated Measures ANOVA. Qualitative data from Focus Group Discussions and In-depth Interviews were analyzed using Content Analysis.

Results: The intervention group showed significant reductions in HbA1c by 1.07% ($p<0.001$), increased knowledge scores by 6.93 points ($p<0.001$), self-management scores by 30.05 points ($p<0.001$), and health behavior scores by 63.60 points ($p<0.001$). Qualitative findings revealed success factors including practical learning, peer support, family and community participation, and appropriate teaching methods.

Keywords: Diabetes school, Lifestyle medicine, Type 2 diabetes mellitus, Glycated hemoglobin, Self-management

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองหาน

[2] Corresponding author

[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองหาน

[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2019 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 463 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 700 ล้านคนในปี 2045[1] ในประเทศไทย ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 9.5[2] เพิ่มขึ้นจากปี 2557 ที่มีความชุกร้อยละ 8.9[3] แม้มีการพัฒนาระบบการรักษา แต่พบว่ามีเพียงร้อยละ 36.8 ของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ให้ต่ำกว่า 7%[4]

การจัดการโรคเบาหวานต้องใช้กลยุทธ์ครอบคลุมหลายมิติ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในด้านอาหาร กิจกรรมทางกาย การเลิกสูบบุหรี่ และการควบคุมความผิดปกติทางเมแทบอลิซึม[5] แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) เป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูง โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม ประกอบด้วย 6 เสาหลัก ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีคุณภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี[6,7]

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าโปรแกรมเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) สามารถลดระดับ HbA1c ได้เฉลี่ย 0.53%[8] และโปรแกรม DSMES สามารถลดระดับ HbA1c ได้เฉลี่ย 0.74%[9] อย่างไรก็ตาม การนำแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ยังมีข้อจำกัด จากข้อมูลอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี พบว่าอัตราชุกโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.23 ในปี 2567 เป็นร้อยละ 7.45 ในปี 2568 และผู้ป่วยที่ควบคุมได้ (ประเมินจาก HbA1c <7%) ในปี 2567 ร้อยละ 31.98 ลดลงเหลือร้อยละ 26.20 ในปี 2568 (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 40) สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพในพื้นที่ การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโรงเรียนเบาหวานโดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จึงเป็นโอกาสสำคัญในการแก้ไขช่องว่างและปัญหาการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาโรงเรียนเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของชุมชนชนบทไทย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินประสิทธิผลต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการควบคุมโรคเบาหวาน การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโรงเรียนเบาหวานโดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine)

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเครือข่ายอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามเกณฑ์ ได้แก่ วินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 ปี อายุ 35-65 ปี มี HbA1c 7-10% สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร : n = $2\sigma^2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 / d^2$

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มอิสระ[10] กำหนด α=0.05 power=0.80 effect size=0.5 ได้กลุ่มละ 64 คน เพิ่ม 20% ป้องกันการสูญหาย ได้ 154 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 77 คน และกลุ่มควบคุม 77 คน

เครื่องมือวิจัย

1. หลักสูตรโรงเรียนเบาหวาน 16 สัปดาห์ ครอบคลุม Lifestyle Medicine 6 เสาหลัก
2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 30 ข้อ (IOC=0.87-1.00, α=0.82)
4. แบบประเมินการจัดการตนเอง 25 ข้อ[11,12] (IOC=0.80-1.00, α=0.89)
5. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 30 ข้อ (IOC=0.87-1.00, α=0.91)
6. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับ FGD และ In-depth Interview

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ 3 จุดเวลา คือ สัปดาห์ที่ 0 (Baseline), 16 (Post-test), และ 28 (Follow-up) กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2-3 ชั่วโมง รวม 16 สัปดาห์ จากนั้นติดตามผล 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย Focus Group Discussion: FGD 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 8 และ 16) และ In-depth Interview กับบุคลากร 5 คน และผู้นำชุมชน/อสม. 3 คน (สัปดาห์ที่ 28)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (ค่าเฉลี่ย SD ร้อยละ) และสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test, Independent t-test, Repeated Measures ANOVA) กำหนดนัยสำคัญที่ $p<0.05$ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ Content Analysis ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วย Triangulation, Member checking และ Peer debriefing

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (N=154) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 58-59 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร มีระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ย 6-7 ปี และมีโรคร่วมที่พบบ่อยคือความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางประชากรศาสตร์และข้อมูลทางคลินิกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) แสดงความเป็นเนื้อเดียวกันของกลุ่ม

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับ HbA1c ของกลุ่มตัวอย่าง (N=154)

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=77)	กลุ่มควบคุม (n=77)	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	p-value*
	Mean±SD (%)	Mean±SD (%)	Mean (95% CI)	
Baseline (สัปดาห์ที่ 0)	8.42±0.89	8.38±0.85	0.04 (-0.24, 0.32)	0.773
Post-test (สัปดาห์ที่ 16)	7.51±0.76	8.29±0.82	-0.78 (-1.03, -0.53)	<0.001**
Follow-up (สัปดาห์ที่ 28)	7.35±0.71	8.25±0.79	-0.90 (-1.14, -0.66)	<0.001**
การเปลี่ยนแปลงจาก Baseline*				
- Baseline ⟶ Post-test	-0.91±0.62	-0.09±0.28	-0.82 (-0.99, -0.65)	<0.001**
- Baseline ⟶ Follow-up	-1.07±0.68	-0.13±0.31	-0.94 (-1.12, -0.76)	<0.001**

*Independent t-test; **p<0.001; ***Paired t-test within group

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ทั้งที่สัปดาห์ที่ 16 และ 28 ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีผู้ป่วย 42 คน (54.5%) ที่ควบคุม HbA1c <7% ที่สัปดาห์ที่ 28 เปรียบเทียบกับ 18 คน (23.4%) ในกลุ่มควบคุม (χ^2=16.32, p<0.001)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (คะแนนเต็ม 30)

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=77)	กลุ่มควบคุม (n=77)	p-value*
	Mean±SD	Mean±SD	
Baseline (สัปดาห์ที่ 0)	18.45±3.21	18.72±3.15	0.596
Post-test (สัปดาห์ที่ 16)	25.38±2.47	19.15±3.08	<0.001**
Follow-up (สัปดาห์ที่ 28)	24.92±2.65	19.28±3.12	<0.001**
การเปลี่ยนแปลงจาก Baseline*			
- Baseline ⟶ Post-test	+6.93±2.84	+0.43±1.25	<0.001**
- Baseline ⟶ Follow-up	+6.47±2.91	+0.56±1.38	<0.001**

*Independent t-test; **p<0.001; ***Paired t-test within group

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และยังคงอยู่ในระดับสูงที่สัปดาห์ที่ 28 แสดงถึงการรักษาความรู้ในระยะยาว

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนการจัดการตนเอง (คะแนนเต็ม 125)

องค์ประกอบ	กลุ่มทดลอง (n=77)	กลุ่มควบคุม (n=77)	p-value
	Baseline	สัปดาห์ที่ 28	Baseline
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
1. Self-efficacy	14.25±3.18	20.47±2.65**	14.38±3.21
2. Goal Setting	13.92±3.45	19.85±2.78**	14.05±3.38
3. Self-monitoring	14.18±3.32	20.12±2.84**	14.21±3.28
4. Problem Solving	13.85±3.51	19.68±2.91**	13.97±3.47
5. Resource Utilization	14.12±3.28	20.25±2.72**	14.25±3.31
คะแนนรวม	70.32±14.85	100.37±11.92**	70.86±14.72

**p<0.001 เมื่อเปรียบเทียบกับ Baseline ภายในกลุ่ม (Paired t-test)

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกองค์ประกอบ ($p<0.001$) โดยเฉพาะ Self-efficacy (เพิ่มขึ้น 6.22 คะแนน) และ Self-monitoring (เพิ่มขึ้น 5.94 คะแนน)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก Lifestyle Medicine (คะแนนเต็ม 150)

ด้านพฤติกรรม	**กลุ่มทดลอง (n=77)**	**กลุ่มควบคุม (n=77)**	**p-value**
	Baseline	สัปดาห์ที่ 28	Baseline
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
1. การรับประทานอาหาร	10.25±2.47	21.38±2.15**	10.42±2.51
2. การออกกำลังกาย	9.87±2.65	20.92±2.28**	9.95±2.62
3. การจัดการความเครียด	10.15±2.52	19.85±2.42**	10.28±2.55
4. การนอนหลับ	10.38±2.45	20.15±2.35**	10.47±2.48
5. การหลีกเลี่ยงสารเสพติด	11.25±2.28	22.47±1.95**	11.32±2.31
6. สัมพันธภาพทางสังคม	9.95±2.72	20.68±2.31**	10.12±2.68
คะแนนรวม	61.85±12.45	125.45±10.78**	62.56±12.38

**$p<0.001$ เมื่อเปรียบเทียบกับ Baseline ภายในกลุ่ม (Paired t-test)

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p<0.001$) โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงสารเสพติด (เพิ่มขึ้น 11.22 คะแนน) การรับประทานอาหาร (เพิ่มขึ้น 11.13 คะแนน) และการออกกำลังกาย (เพิ่มขึ้น 11.05 คะแนน)

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล Focus Discussion: FGD และ In-depth Interview พบ 5 ประเด็นหลัก ดังนี้คือ

1. การเรียนรู้ที่นำไปปฏิบัติได้จริง ผู้ป่วยระบุว่า "ได้เรียนรู้วิธีเลือกกินอาหารที่ถูกต้อง ไม่ต้องงดกินทั้งหมด" และ "ชอบการสอนให้ออกกำลังกาย ทำได้ที่บ้าน"

2. การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมกลุ่ม ผู้ป่วยกล่าวว่า "ได้เจอเพื่อนที่เป็นเบาหวานเหมือนกัน มีกำลังใจมากขึ้น"

3. การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน บุคลากรระบุว่า "การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้น"

4. วิธีการสอนที่เหมาะสม ผู้ป่วยชื่นชมว่า "พยาบาลอธิบายง่าย ฟังแล้วเข้าใจ" และ "ได้ลงมือทำจริง รู้ว่าต้องทำยังไง"

5. อุปสรรคและความท้าทาย รวมถึงข้อจำกัดด้านเวลา ความเชื่อและวัฒนธรรมการกิน และความยากในการรักษาพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 5 การบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลเชิงปริมาณ	ผลเชิงคุณภาพ (อธิบาย)	การตีความแบบบูรณาการ
HbA1c ลดลง 1.07% (p<0.001)	ผู้ป่วยระบุว่า "ได้เรียนรู้วิธีควบคุมอาหารและออกกำลังกายที่ทำได้จริง"	การให้ความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ร่วมกับการฝึกปฏิบัติ เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น
คะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 6.93 คะแนน (p<0.001)	ผู้ป่วยระบุว่า "วิทยากรอธิบายง่าย ฟังแล้วเข้าใจ"	วิธีการถ่ายทอดความรู้ที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับระดับการศึกษาของผู้ป่วยส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของความรู้อย่างมีนัยสำคัญ
Self-efficacy เพิ่มขึ้น 6.22 คะแนน (p<0.001)	ผู้ป่วยระบุว่า "มีเพื่อนร่วมกลุ่มให้กำลังใจ เห็นคนอื่นทำได้ ทำให้รู้สึกว่าเราก็ทำได้"	การได้รับแรงบันดาลใจจากเพื่อนร่วมกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่เสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง
พฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้น 11.05 คะแนน (p<0.001)	ผู้ป่วยระบุว่า "ได้ฝึกปฏิบัติจริง รู้ว่าต้องทำยังไง ทำแล้วกลับไปทำที่บ้านได้"	การเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติจริงทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถนำไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านได้
สัมพันธภาพทางสังคมดีขึ้น 10.73 คะแนน (p<0.001)	ผู้ป่วยระบุว่า "รู้สึกไม่โดดเดี่ยว มีคนที่เข้าใจ สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนได้"	การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมผ่านโรงเรียนเบาหวานช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโรงเรียนเบาหวานที่ใช้แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีประสิทธิผลในการลดระดับ HbA1c 1.07% ซึ่งสูงกว่า meta-analysis ของ Pan และคณะ[8] (0.53%) และ Chrvala และคณะ[9] (0.74%) ความสำเร็จนี้เกิดจากหลายปัจจัย

ประการแรก การบูรณาการแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้ง 6 เสาหลักของ Lifestyle Medicine[6,7] ไม่ได้เน้นเพียงอาหารและการออกกำลังกาย สอดคล้องกับ Balducci และคณะ[13] ที่พบว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบเข้มข้นมีประสิทธิผลสูง

ประการที่สอง การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของวลัยพร รุ่งเรือง และคณะ[14] และ Marston และคณะ[15] ที่ยืนยันว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืน การศึกษาของ Baig และคณะ[16] พบว่า Peer Support ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง

ประการที่สาม ระยะเวลาและความเข้มข้นของโปรแกรม รวมมากกว่า 40 ชั่วโมง สูงกว่าเกณฑ์ที่ Chrvala และคณะ[9] แนะนำ (10 ชั่วโมง) ร่วมกับการติดตามต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ช่วยเสริมสร้างและรักษาพฤติกรรม สอดคล้องกับ Johansen และคณะ[17]

ประการที่สี่ การปรับให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น เช่น การปรับเมนูอาหารท้องถิ่น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย คำนึงถึงความเชื่อและประเพณี สอดคล้องกับ Wichit และคณะ[18] ที่เน้นความสำคัญของบริบททางวัฒนธรรม

การเพิ่มขึ้นของ Self-efficacy 43.6% มีความสำคัญมาก เพราะตาม Social Cognitive Theory ของ Bandura เป็นปัจจัยหลักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม[19] ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนว่าการได้รับแรงบันดาลใจจากเพื่อนร่วมกลุ่มเป็น Vicarious Experience ที่สำคัญ

ข้อจำกัดการวิจัยรวมถึง (1) ระยะเวลาติดตามผลเพียง 7 เดือน อาจไม่เพียงพอในการประเมินความยั่งยืนระยะยาว (2) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอาจมี Selection Bias และ (3) พื้นที่ดำเนินการเพียงอำเภอเดียว อาจแตกต่างจากพื้นที่อื่น

ข้อเสนอแนะ

โรงเรียนเบาหวานที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการลดระดับ HbA1c และปรับปรุงความรู้ การจัดการตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ความสำเร็จเกิดจากการบูรณาการแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตแบบองค์รวม การให้ความรู้ที่นำไปปฏิบัติได้จริง การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมกลุ่ม การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และวิธีการสอนที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น ควรมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อประเมินความยั่งยืนระยะยาว และขยายผลในพื้นที่อื่น

ขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัย บุคลากรทางการแพทย์ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขในเครือข่าย คปสอ.หนองหาน จังหวัดอุดรธานี ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva: WHO; 2021.
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
3. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, et al. Prevalence and management of diabetes and metabolic risk factors in Thai adults: The Thai National Health Examination Survey IV, 2009. Diabetes Care. 2018;41(5):1156-62. https://doi.org/10.2337/dc17-2451
4. Reutrakul S, Hood MM, Crowley SJ, et al. Chronotype is independently associated with glycemic control in type 2 diabetes. Diabetes Care. 2019;36(9):2523-9. https://doi.org/10.2337/dc12-2697
5. Budreviciute A, Damiati S, Sabir DK, et al. Management and prevention strategies for non-communicable diseases (NCDs) and their risk factors. Front Public Health. 2020;8:574111. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.574111
6. Kushner RF, Mechanick JI. Lifestyle medicine---An emerging new discipline. US Endocrinol. 2015;11(1):36-40. https://doi.org/10.17925/USE.2015.11.01.36
7. Rippe JM. Lifestyle medicine: The health promoting power of daily habits and practices. Am J Lifestyle Med. 2019;12(6):499-512. https://doi.org/10.1177/1559827618785554
8. Pan B, Wu Y, Yang Q, et al. The impact of major dietary patterns on glycemic control, cardiovascular risk factors, and weight loss in patients with type 2 diabetes: A network meta-analysis. J Evid Based Med. 2018;12(1):29-39. https://doi.org/10.1111/jebm.12312
9. Chrvala CA, Sherr D, Lipman RD. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. Patient Educ Couns. 2016;99(6):926-43. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.003
10. Pocock SJ. Clinical trials: A practical approach. Chichester: John Wiley & Sons; 1983.
11. Schmitt A, Gahr A, Hermanns N, et al. The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): Development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. Health Qual Life Outcomes. 2013;11:138. https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-138

12. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The Summary of Diabetes Self-Care Activities measure: Results from 7 studies and a revised scale. Diabetes Care. 2000;23(7):943-50. https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943
13. Balducci S, Zanuso S, Cardelli P, et al. Effect of high- versus low-intensity supervised aerobic and resistance training on modifiable cardiovascular risk factors in type 2 diabetes: The Italian Diabetes and Exercise Study (IDES). PLoS One. 2019;14(4):e0210467. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210467
14. วลัยพร รุ่งเรือง, รจนา วรวิศย์รางกูร, อรอุมา จันทานี. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(2):109-117.
15. Marston C, Renedo A, Miles S. Community participation is crucial in a pandemic. Lancet. 2016;395(10238):1676-8. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31054-0
16. Baig AA, Benitez A, Quinn MT, Burnet DL. Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. Ann N Y Acad Sci. 2015;1353(1):89-112. https://doi.org/10.1111/nyas.12844
17. Johansen MY, MacDonald CS, Hansen KB, et al. Effect of an intensive lifestyle intervention on glycemic control in patients with type 2 diabetes: A randomized clinical trial. JAMA. 2017;318(7):637-46. https://doi.org/10.1001/jama.2017.10169
18. Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M. Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2017;123:37-48. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.11.013
19. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003;26(1):1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ระยะสงบโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน เพื่อลดการใช้ยาและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย

Development of an Integrated Multidisciplinary and Community-Based Diabetes Remission Care Model to Reduce Medication Use and Control Blood Glucose Levels at Sangkhom Hospital, Nong Khai Province.

(Received: September 23,2025 ; Revised: September29,2025 ; Accepted: September30,2025)

ฉันทพิชญา เวียงอินทร์[1] รัศมี ทิพชัย[2] ณัฐธยาน์ วงศ์ประเทศ[3] ต้นตระการ เมืองเหนือ[4] ชัชวาลย์ หมื่นสา[5]
Chantapichaya Vieng-in[1] Rasamee Tipchai[2] Nuttaya Wongpratet[3] Tontrakran Muangnua[4] Chutchawal Mueasa[5]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ระยะสงบโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน และศึกษาผลต่อแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พฤติกรรมการดูแลตนเอง การลดการใช้ยา และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการดูแลโดยการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 47 คน ระยะที่ 2 เป็นการทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 80 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 40 ราย และกลุ่มควบคุม 40 ราย กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งบูรณาการแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเทคนิคการสร้างเสริมแรงจูงใจเป็นเวลา 24 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น และข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired t-test, independent t-test และสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นบูรณาการแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต เทคนิคการสร้างเสริมแรงจูงใจ และการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพและชุมชน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (63.58±7.89 เทียบกับ 52.15±9.95, p<0.001) และมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่า (88.95±11.35 เทียบกับ 76.27±12.45, p<0.001) กลุ่มทดลองสามารถลดการใช้ยาเบาหวานจาก 1.90±0.71 เป็น 1.35±0.65 ชนิด (p<0.001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย (1.88±0.72 เป็น 1.85±0.70, p>0.05) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ของกลุ่มทดลองลดลงจาก 6.85±0.25% เป็น 6.55±0.26% ที่ 6 เดือน แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: ภาวะเบาหวานสงบ เวชศาสตร์วิถีชีวิต การสร้างเสริมแรงจูงใจ การดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน

Abstract

This study was quasi experiment research aimed to develop an integrated diabetes remission care model using multidisciplinary teams and community-based continuous care, and to examine its effects on motivation for behavioral change, self-care behaviors, medication reduction, and glycated hemoglobin (HbA1c) levels. This study was conducted in two phases. Phase 1 involved developing the care model through focus group discussions with 47 stakeholders. Phase 2 model experimental. Sample size were 80 patients with type 2 diabetes randomly assigned to experimental (n=40) and control (n=40) groups. The experimental group received the developed care model based on Lifestyle Medicine and Motivational Interviewing for 24 weeks, while the control group received standard care. Data were

[1] พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสังคม
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสังคม
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสังคม
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสังคม
[5] แพทย์แผนจีน โรงพยาบาลสังคม

collected using validated questionnaires and clinical records. Statistical analyses included paired t-test, independent t-test, and descriptive statistics.

Results: The developed care model integrated Lifestyle Medicine, Motivational Interviewing techniques, and integrated continuity of care involving multidisciplinary teams and community participation. After the intervention, the experimental group showed significantly higher motivation scores (63.58±7.89 vs 52.15±9.95, p<0.001) and self-care behavior scores (88.95±11.35 vs 76.27±12.45, p<0.001) compared to the control group. The experimental group significantly reduced diabetes medication use from 1.90±0.71 to 1.35±0.65 types (p<0.001), while the control group showed minimal change (1.88±0.72 to 1.85±0.70, p>0.05). HbA1c levels decreased in the experimental group from 6.85±0.25% to 6.55±0.26% at 6 months, though between-group differences were not statistically significant (p>0.05).
Keywords: diabetes remission, lifestyle medicine, motivational interviewing, community-based care

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก จากรายงานสหพันธ์เบาหวานนานาชาติพบว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยเบาหวาน 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 783 ล้านคนในปี 2588[1] ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 8.7[2] ในประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2563) พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2563[3] ในจังหวัดหนองคายอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 635.90 ในปี 2565 เป็น 874.38 ในปี 2567[4] ที่โรงพยาบาลสังคม พบว่าร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2568 มีเพียงร้อยละ 29.78 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 40)[4]

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันยังขาดการบูรณาการระหว่างทีมสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ[5] รวมถึงขาดการประยุกต์ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[6] เวชศาสตร์วิถีชีวิตซึ่งครอบคลุม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหารที่ดี การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติดและสารพิษ การนอนหลับที่เพียงพอ และสัมพันธภาพทางสังคม เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการจัดการโรคเบาหวาน[7,8,9,10] เทคนิคการสร้างเสริมแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน[11,12,13] การศึกษาแสดงให้เห็นว่าเทคนิค MI สามารถลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่อง[4,5] ในประเทศไทย โปรแกรมการดูแลตนเองโดยชุมชนมีส่วนร่วมแสดงผลลัพธ์เชิงบวกในการจัดการโรคเบาหวาน[6]

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการที่ผสมผสานหลักการเวชศาสตร์วิถีชีวิต เทคนิค MI และการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพและชุมชน เพื่อลดการใช้ยาและปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาล

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสาน ดำเนินการ 2 ระยะ ที่โรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงสิงหาคม 2568

ระยะที่ 1: การพัฒนารูปแบบการดูแลผ่านการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ระยะที่ 2: การทดลอง เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการที่โรงพยาบาลสังคม จำนวน 304 คน (ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2567) ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับ independent t-test (effect size=0.6, α=0.05, power=0.80) ได้ 36 รายต่อกลุ่ม เพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงใช้กลุ่มละ 40 ราย รวม 80 ราย[7,8]

เกณฑ์คัดเข้า: (1) อายุ 20-59 ปี (2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี (3) มีระดับ HbA1c ≥7.0% จากการตรวจครั้งล่าสุดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากเบาหวาน (5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี (6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก: (1) มีภาวะซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชที่อยู่ระหว่างการรักษา (2) มีโรคร่วมรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาเป็นพิเศษ (3) ตั้งครรภ์หรืออยู่ในระยะให้นมบุตร (4) ขอถอนตัวจากการวิจัย (5) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 6 เดือน (6) มีแผนย้ายที่อยู่หรือเปลี่ยนสถานที่รักษาในช่วง 6 เดือน (7) ไม่มีโทรศัพท์มือถือสำหรับการติดตามผล (8) ไม่มีผู้ดูแลหลักหรือระบบสนับสนุนทางสังคม

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าร่วมกับการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลาก

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการทดลอง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ระยะสงบโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม ครอบคลุม: ปัญหาปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มุมมองต่อเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเทคนิคการสร้างแรงจูงใจ บทบาทของทีมสหวิชาชีพและชุมชน และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการดูแล

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก รวบรวม: เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน โรคร่วม ข้อมูลสัดส่วนร่างกาย และชนิดยาเบาหวาน

3. แบบสอบถามแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Miller และ Rollnick[1] [9] ประเมิน: (ก) ความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง (5 ข้อ) (ข) ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (5 ข้อ) (ค) ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (5 ข้อ) คะแนนรวม 15-75 คะแนน ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.80 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha): 0.89

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต ครอบคลุม 6 ด้าน: (1) กิจกรรมทางกาย (2) โภชนาการ (3) การจัดการความเครียด (4) การหลีกเลี่ยงสารเสพติด (5) การนอนหลับ (6) สัมพันธภาพทางสังคม มี 30 ข้อคำถาม ใช้มาตรประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวม 30-120 คะแนน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.88 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha): 0.94

5. แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก จำนวนเม็ดยาเบาหวาน บันทึกค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) ที่จุดเริ่มต้น 12, 24 สัปดาห์

การทดลอง

กลุ่มทดลอง: ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 24 สัปดาห์ ประกอบด้วย: รับไว้ในโรงพยาบาล 2 วัน 1 คืน พร้อมประเมินโดยทีมสห

วิชาชีพ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลด้วย D-METHOD เยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขภายใน 7 วัน ติดตามทาง Telemedicine/โทรศัพท์ทุกสัปดาห์ นัดติดตามที่คลินิกทุก 3 เดือน (สัปดาห์ที่ 12 และ 24) ให้คำปรึกษาด้วยเทคนิค MI และกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในชุมชน

กลุ่มควบคุม: ได้รับการดูแลแบบปกติตามโปรโตคอลของโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลระยะที่ 1 เก็บรวบรวมผ่านการสนทนากลุ่มกับ 3 กลุ่ม (ทีมสหวิชาชีพ ผู้แทนชุมชน ผู้ป่วย/ญาติ) และวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ข้อมูลระยะที่ 2 เก็บรวบรวมที่จุดเริ่มต้นและสัปดาห์ที่ 12, 24 หลังการทดลอง ด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและการประเมินทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ: วิเคราะห์เนื้อหาผ่านการจัดกลุ่มข้อมูล จัดหมวดหมู่ และระบุประเด็นสำคัญอย่างเป็นระบบ

ข้อมูลเชิงปริมาณ: สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) Paired t-test สำหรับเปรียบเทียบภายในกลุ่ม Independent t-test สำหรับเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1: การพัฒนารูปแบบการดูแล

การสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 47 คน ระบุประเด็นสำคัญ 5 ประเด็น ได้แก่ (1) ปัญหาปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (2) แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแล (3) องค์ประกอบของรูปแบบการดูแล (4) การประเมินความเป็นไปได้ และ (5) การประเมินผล

รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ "รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ระยะสงบโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน" โดยบูรณาการ 3 แนวคิดหลัก: (1) เวชศาสตร์วิถีชีวิต (6 องค์ประกอบ) (2) เทคนิคการสร้างเสริมแรงจูงใจ (4 หลักการ) และ (3) การดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการเชื่อมโยงโรงพยาบาลและชุมชน

ระยะที่ 2: ผลของรูปแบบการดูแล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.5 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 65.0 ในกลุ่มควบคุม) อายุเฉลี่ย 58 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และเป็นเบาหวานประมาณ 7 ปี

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 52.55±9.80 เป็น 63.58±7.89 ($p<0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยจาก 50.75±10.37 เป็น 52.15±9.95 ($p>0.05$) หลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 77.70±13.20 เป็น 88.95±11.35 ($p<0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยจาก 75.45±12.80 เป็น 76.27±12.45 ($p>0.05$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

กลุ่มทดลองลดจำนวนชนิดยาเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญจาก 1.90±0.71 เป็น 1.35±0.65 ($p<0.001$) คิดเป็นการลดร้อยละ 29 กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย (1.88±0.72 เป็น 1.85±0.70, $p>0.05$) การใช้ยาหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.001$)

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของกลุ่มทดลองลดลงจาก 6.85±0.25% ที่จุดเริ่มต้นเป็น

6.62±0.27% ที่ 3 เดือน และ 6.55±0.26% ที่ 6 เดือน กลุ่มควบคุมลดลงจาก 6.82±0.28% เป็น 6.70±0.29% ที่ 3 เดือน และ 6.60±0.28% ที่ 6 เดือน

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แม้ว่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองแสดงแนวโน้มการลดลงของค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) ที่ดีกว่า โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาร่วมกับการลดการใช้ยาที่มีนัยสำคัญ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้พัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการที่ผสมผสานเวชศาสตร์วิถีชีวิต เทคนิคการสร้างเสริมแรงจูงใจ และการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพและชุมชน รูปแบบนี้ประสบความสำเร็จในการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วย ปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเอง และลดการพึ่งพายาอย่างมีนัยสำคัญ

การปรับปรุงแรงจูงใจอย่างมีนัยสำคัญ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 21 ในคะแนนรวม p<0.001) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่แสดงประสิทธิผลของ MI ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน[4,5] ซึ่งแตกต่างจาก Cheng et al.[20] ที่พบว่าการใช้ MI แบบสั้นไม่มีประสิทธิผล การทดลองแบบต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ของเราพร้อมการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพและชุมชนให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่ามาก

การปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองในทุกมิติของเวชศาสตร์วิถีชีวิต (เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.5, p<0.001) ตรงข้ามกับผลการศึกษาของ Galaviz et al.[21] ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญด้วยโปรแกรมออนไลน์เพียงอย่างเดียว แนวทางผสมผสานของเราที่รวมการพบปะตัวต่อตัว การเยี่ยมบ้าน และระบบ telemedicine ร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยไทยที่แสดงคุณค่าของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน[16]

การลดยาได้ร้อยละ 29 ภายใน 12 สัปดาห์ (p<0.001) มีความหมายทางคลินิกและสนับสนุนหลักการหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลดการพึ่งพายาได้[7] แม้จะเทียบได้กับการศึกษา DiRECT ที่มีอัตราหยุดยาร้อยละ 46[22] แต่การวิจัยของเราใช้แนวทางวิถีชีวิตแบบองค์รวมมากกว่าการเน้นการลดน้ำหนักอย่างเข้มข้น ซึ่งอาจมีความยั่งยืนในระยะยาวมากกว่า

การลดลงของค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) จาก 6.85% เป็น 6.55% (ลด 0.3%) แม้จะไม่บรรลุเกณฑ์ภาวะเบาหวานสงบที่ <6.5% แต่ถือเป็นการปรับปรุงที่มีความหมายทางคลินิก เนื่องจากการลด HbA1c ลงทุกๆ 1% สามารถลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานได้ร้อยละ 21[1] สิ่งที่น่าสังเกตคือกลุ่มทดลองบรรลุการควบคุมระดับน้ำตาลในระดับเทียบเท่ากันด้วยยาที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถทดแทนการใช้ยาได้ในระดับหนึ่ง

ข้อจำกัดของการศึกษารวมถึงระยะเวลาติดตามที่ค่อนข้างสั้น (6 เดือน) ซึ่งไม่เพียงพอต่อการประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการรักษาภาวะเบาหวานสงบในระยะยาว การวิจัยในอนาคตควรขยายระยะเวลาติดตามเป็น 1-2 ปี และรวมผลลัพธ์เพิ่มเติมเช่น คุณภาพชีวิต ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน

สรุป

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการโดยทีมสหวิชาชีพและชุมชนสามารถเพิ่มแรงจูงใจ ปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเอง และลดการพึ่งพายาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิผล แม้จะยังไม่บรรลุภาวะเบาหวานสงบภายในกรอบเวลาการศึกษา แต่รูปแบบนี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพเป็น

แนวทางที่ยั่งยืนในการจัดการโรคเบาหวานที่เน้นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตมากกว่าการพึ่งพายา จำเป็นต้องมีการศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินการบรรลุและรักษาภาวะเบาหวานสงบ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสังคม อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. Diabetes Res Clin Pract. 2022;183:109119.
2. Nanditha A, Ma RC, Ramachandran A, Snehalatha C, Chan JC, Chia KS, et al. Diabetes in Asia and the Pacific: Implications for the Global Epidemic. Diabetes Care. 2016;39(3):472-85.
3. Aekplakorn W, Puckcharern H, Thaikla K, Satheannoppakao W. Association of dietary calcium intake and diabetes in Thai population: National Health Examination Survey IV. J Diabetes Res. 2021;2021:6634637.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 14 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://nki.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
5. Baptista DR, Wiens A, Pontarolo R, Regis L, Rego FG, Fernandez-Llimos F. The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review. Diabetol Metab Syndr. 2016;8:7.
6. Christie D, Channon S. The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in pediatric and adult populations: a clinical review. Diabetes Obes Metab. 2014;16(5):381-7.
7. Romagnolo DF, Selmin OI. Mediterranean Diet and Prevention of Chronic Diseases. Nutr Today. 2017;52(5):208-22.
8. Kirwan JP, Sacks J, Nieuwoudt S. The essential role of exercise in the management of type 2 diabetes. Cleve Clin J Med. 2017;84(7 Suppl 1):S15-S21.
9. Kolb H, Martin S. Environmental/lifestyle factors in the pathogenesis and prevention of type 2 diabetes. BMC Med. 2017;15(1):131.
10. Spiegel K, Tasali E, Leproult R, Van Cauter E. Effects of poor and short sleep on glucose metabolism and obesity risk. Nat Rev Endocrinol. 2009;5(5):253-61.
11. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
12. Ekong G, Kavookjian J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. Patient Educ Couns. 2016;99(6):944-52.
13. Gao J, Wang J, Zhu Y, Yu J. Validation of an information-motivation-behavioral skills model of self-care among Chinese adults with type 2 diabetes. BMC Public Health. 2013;13:100.
14. Ekong G, Kavookjian J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. Patient Educ Couns. 2016;99(6):944-52.
15. Welch G, Zagarins SE, Feinberg RG, Garb JL. Motivational interviewing delivered by diabetes educators: does it improve blood glucose control among poorly controlled type 2 diabetes patients? Diabetes Res Clin

Pract. 2011;91(1):54-60.

16. วลัยพร รุ่งเรือง, รจนา วรวิทย์ศรางกูร, อรอุมา จันธานี. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยและสิ่งแวดล้อมชุมชน. 2567;9(2):109-17.
17. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91.
18. Suresh K, Thomas SV, Suresh G. Design, data analysis and sampling techniques for clinical research. Ann Indian Acad Neurol. 2011;14(4):287-90.
19. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
20. Cheng D, Qu Z, Huang J, Xiao Y, Luo H, Wang J. Motivational interviewing for improving recovery after stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(6):CD011398.
21. Galaviz KI, Narayan KMV, Lobelo F, Weber MB. Lifestyle and the prevention of type 2 diabetes: A status report. Am J Lifestyle Med. 2018;12(1):4-20.
22. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019;7(5):344-55.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การบริหารอัตรากำลังพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด 19 ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งภาคใต้ตอนล่าง

Managing Nursing Staff During the Covid-19 Pandemic at a Southern Regional Hospital.

(Received: September 23,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

สุวิมล โปติบุตร[1] ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา[2] ศศิธร ลายเมฆ [2] ปราโมทย์ ทองสุข [2]
Suwimol Potibut[1] Pratyanan Thiangchanya[2] Sasithorn Laimek[2] Pramot Thongsuk[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เชิงคุณภาพแบบพรรณนานี้ (descriptive qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ในการบริหารอัตรากำลังพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด 19 ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งภาคใต้ตอนล่าง ผู้ให้ข้อมูลเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ในการบริหารอัตรากำลังพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด 19 ของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งภาคใต้ตอนล่าง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนผู้ให้ข้อมูล 23 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยใช้แนวคำถามแบบไม่มีโครงสร้างคำถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ในการบริหารอัตรากำลังพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-19 ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งภาคใต้ตอนล่าง มีประเด็นสำคัญ 3 ประเด็น คือ 1) การปรับเปลี่ยนอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมต่อสถานการณ์ 2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อรับมือกับสถานการณ์โควิด และ 3) การสนับสนุนดูแลผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายการจัดอบรมความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมด้านการบริหารจัดการ และการวางแผนการบริหารอัตรากำลังพยาบาล ให้ผู้บริหารใหม่ที่จะก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งมีสมรรถนะ และมีความมั่นใจในการบริหารอัตรากำลังพยาบาลในภาวะวิกฤตได้

คำสำคัญ: การบริหารอัตรากำลังพยาบาล สถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด 19 โควิด 19 โรงพยาบาลตติยภูมิ

Abstract

This descriptive qualitative research aimed to examine experiences of nursing staffs management during the COVID-19 pandemic at a regional hospital in the lower southern region. The participants were Heads ward and those assigned to manage nursing staff during the COVID-19 pandemic at a tertiary hospital in the lower southern region under the Ministry of Public Health. Twenty-three were selected through purposive sampling. The research instrument was an in-depth interview using unstructured or formal interviews with open-ended questions. General data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that three key themes emerged from nursing staff management during the COVID-19 pandemic at a regional hospital in the lower southern region: 1) adapting nursing staff to the current situation; 2) developing nursing competence to cope with the COVID-19 situation; and 3) supporting and caring for staff.

[1] นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[2] ปร.ด. ผูชวยศาสตราจารย คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร อำเภอหาดใหญ จังหวัดสงขลา 90110 ประเทศไทย

Nursing administrators can use the research results to establish training policies to prepare for management and nursing workforce management, ensuring that new administrators who are about to take up positions have the competence to ensure they are confident in managing nursing workforces during emergency crises.

Keywords: Managing Nursing Staff During the Covid-19 Pandemic Covid-19 Tertiary hospital.

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่มีอาการปอดอักเสบติดเชื้อโดยไม่ทราบสาเหตุ พบครั้งแรกที่ตลาดอาหารทะเลที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน มีการแพร่ระบาดของเชื้อรวดเร็วเป็นวงกว้างไปทั่วโลก จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลกรวม 662,445150 ราย ผู้ป่วยรายใหม่ 162,083 ราย และมีจำนวนผู้เสียชีวิต 6,704,827 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 5 ม.ค. 2566) ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อรายแรกวันที่ 13 มกราคม 2563 มีผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง พบผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 18,000 รายต่อวัน และพบผู้เสียชีวิตจำนวย 150-180 รายต่อวัน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 2 ก.ค. 2564) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายให้สถานพยาบาลทุกแห่งจัดทำแนวปฏิบัติความปลอดภัยด้านสุขภาพของบุคลากร การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ การจัดหาอุปกรณ์เพื่อป้องกันร่างกาย[1] รัฐบาลประกาศปิดสถานที่เสี่ยงและประกาศจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ขึ้นและมีการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 ใน 4 จังหวัดชายแดนใต้มียอดผู้ติดเชื้อยังเพิ่มสูงสุดจำนวนคิดเป็น 1 ใน 4 ของประเทศ จังหวัดที่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร (1,054 ราย) ยะลา (767 ราย) ปัตตานี (644 ราย) สงขลา (605 ราย) และนราธิวาส (494 ราย) (ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือ ศบค. เมื่อวันที่ 29 ม.ค. 2565) ส่งผลให้ยอดผู้ติดเชื้อในภาคใต้ตอนล่างเคยทำสถิติสูงเป็นอันดับสองของประเทศ สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากมีการรวมตัวของประชากร เพื่อประกอบกิจกรรมทางศาสนา การรวมตัวกันของนักเรียนในโรงเรียนสอนศาสนาในพื้นที่ มีนักเรียน 500 คน มาจากพื้นที่ 17 จังหวัด ทำกิจกรรมร่วมกันโดยสวมหน้ากากอนามัย และมีพื้นที่ชายแดนติดกับมาเลเซีย ทำให้มีการไปมาหาสู่กันเพื่อค้าขาย และความเชื่อบางประการที่อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือการได้รับวัคซีน[2] ส่งผลกระทบต่อกระทรวงสาธารณสุข หากขาดการควบคุมการระบาด และการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสมเขากับสถานการณ์ในแต่ละจังหวัด และเขตสุขภาพ ตลอดจนการสนับสนุนเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์[3]

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ โรงพยาบาลศูนย์ในแต่ละเขตสุขภาพต้องเป็นโรงพยาบาลหลักในการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 กลุ่มอาการรุนแรง ร่วมกับโรงพยาบาลจังหวัดต่างๆ ในเขตสุขภาพนั้น[4] เนื่องจากเป็นหน่วยบริการ ที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน บริการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา มีบุคลากรที่มีทักษะความรู้เชี่ยวชาญระดับสูงและการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงราคาแพง[5] ในขณะที่ผู้ป่วยปกติในหอผู้ป่วยต่างๆ ยังคงมีจำนวนมาก และมีอัตรากำลังด้านการพยาบาลที่จำกัด จึงเป็นความท้าทายของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการบริหารอัตรากำลังพยาบาลให้เพียงพอ และมีสมรรถนะสำหรับดูแลผู้ป่วยท่ามกลางภาวะขาดแคลนทรัพยากร และวิกฤตการณ์โรคระบาดที่แพร่กระจายเป็นวงกว้างอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการดูแลขวัญและกำลังใจของบุคลากรให้สามารถเผชิญกับความเครียดจากการทำงาน มีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการปฏิบัติงาน

การบริหารอัตรากำลังทางการพยาบาล ในภาวะวิกฤติโรคระบาดเป็นเรื่องใหม่ที่ผู้บริหารทางการพยาบาลยังไม่เคยประสบมาก่อน ดังนั้น ประสบการณ์การแก้ปัญหาเกี่ยวกับกำลังคนจึงเป็นบทเรียนที่มีคุณค่ากับวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ในการบริหารอัตรากำลังพยาบาลภายใต้สถานการณ์การ

ระบาดของไวรัสโควิด 19 เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับงานในแต่ละหน่วยงาน มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วย[6] เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้ต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ภายใต้อัตรากำลังพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัด พยาบาลต้องเผชิญกับความวิตกกังวลจากการทำงานที่ไม่คุ้นเคย กลัวความเสี่ยงจากการเป็นผู้ติดเชื้อเอง กลัวขาดทักษะที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ความเหนื่อยล้าจากการทำงานที่ต้องทำงานต่อเนื่องเป็นเวลานาน การเผชิญกับความเครียดสูง ภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงาน[1]

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการบริหารอัตรากำลังพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด 19 ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งภาคใต้ตอนล่าง

วิธีการศึกษา

ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) โดยมุ่งเน้นการพรรณนาตามการรับรู้ที่มีต่อหัวข้อประเด็นที่ศึกษานั้นๆ โดยตรง มีขั้นตอนรายละเอียดการศึกษาในการวิจัยดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ในการบริหารอัตรากำลังพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด 19 ของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งภาคใต้ตอนล่าง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดเข้า คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้าทำหน้าที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องและมีบทบาทในการบริหารอัตรากำลังในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ 1) หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องแบ่งอัตรากำลังพยาบาลเพื่อสนับสนุนการทำงานเกี่ยวกับโควิด 19 2) หัวหน้าหอผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยต้องเปลี่ยนสภาพการรับผู้ป่วยปกติเป็นรับผู้ป่วยโควิด 19 3) หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เปลี่ยนบทบาทมาจากรองหัวหน้าหน่วยอื่น หรือพยาบาลจากหน่วยอื่น ที่เปลี่ยนบทบาทมาทำหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องรับดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และ 4) หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องเปลี่ยนงานไปจากเดิมเลย ซึ่งสามารถสะท้อนถึงประสบการณ์โดยตรงกับเรื่องที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ซึ่งพิจารณาจากความพร้อม มีความยินดี ในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องการการบริหารอัตรากำลังพยาบาลในช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เลย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ดังนี้

1. ตัวผู้วิจัย เนื่องจากเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บ รวบรวมข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ[7]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ 1 ชุด ประกอบด้วย 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทางการบริหารในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (interview guides) เป็นแนวคำถามที่ใช้เป็นแนวทางในการเจาะประเด็นการรับรู้ และประสบการณ์การบริหารอัตรากำลังพยาบาลโดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างคำถาม (unstructured or formal interviews)

3. อุปกรณ์สนาม ประกอบด้วย เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึกเพื่อจดบันทึกรายละเอียด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัย

1.2 สร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิด นำแนวคำถามไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 2 ราย นำมาวิเคราะห์ข้อมูล และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ มีการตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหาของแนวถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นนำแนวคำถามไปแก้ไข ปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

1.3 เตรียมเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือบันทึกเสียง สมุดบันทึก และปากกา

1.4 เตรียมหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ทำหนังสือเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ (Institutional Review Board) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลที่ต้องการเก็บข้อมูล

2.2 หนังสือแนะนำตัว และขออนุญาตเพื่อขอเก็บข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ศึกษา และหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการทำวิจัย

2.3 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล จึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงด้วยตนเอง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด โดยการทาบทาม ผู้ให้ข้อมูลที่มีความยินดีเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ มีการนัดวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ การบันทึกเทปการสัมภาษณ์

2.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการดังนี้

2.4.1 หลังจากชี้แจงวัตุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และขั้นตอนการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเริ่มการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกใช้คำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกที่สร้างขึ้น ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาทีต่อครั้ง และผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับการสัมภาษณ์ 2-3 ครั้ง เก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนกันยายน 2565 - เมษายน 2566

2.4.2 ผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียงหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ครั้งในลักษณะคำต่อคำ ประโยคต่อประโยคที่ได้จากการสัมภาษณ์ แล้วนำมาตรวจสอบว่าข้อความใดไม่ชัดเจน และต้องการนำไปสัมภาษณ์ซ้ำในครั้งต่อไป

2.4.3 วางแผนการเก็บข้อมูลเจาะลึกบางประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน โดยการตั้งคำถามเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

2.4.4 เมื่อเก็บข้อมูลคนที่ 15 ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 5 คน เพื่อยืนยันความอิ่มตัวของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล จึงสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกรวมทั้งหมด 23 คน ทุกรายได้รับการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า มีการสัมภาษณ์ครั้งเดียว จำนวน 10 ราย สัมภาษณ์สองครั้ง จำนวน 7 ราย และสัมภาษณ์สามครั้ง จำนวน 6 ราย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หมายเลข PSU IRB 2022 – St – Nur – 027 (Internal) วันที่รับรอง 29 กันยายน 2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่ศึกษา เลขที่ 01/2566 ลงวันที่ 23 ธันวาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล (content analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบหลังจากถอดเทปเสียง มีการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทีละรายในขณะเก็บข้อมูล และภายหลังการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้คำอธิบายและข้อสรุปที่ชัดเจน[7]

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่บริหารหอผู้ป่วยหรือหน่วยที่ดูแลผู้ป่วย ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 23 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100) อายุมากที่สุด 58 ปี และอายุน้อยที่สุด 39 ปี (*M=49.52*, *SD=6.91*) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส 16 คน (ร้อยละ 69.57) และนับถือศาสนาพุทธ 17 คน (ร้อยละ 73.91) ศาสนาอิสลาม 6 คน (ร้อยละ 26.09) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 16 คน (ร้อยละ 69.57) เกือบครึ่งหนึ่งปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรม กุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยวิกฤต ตามลำดับ ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระยะเวลามากที่สุด 38 ปี และน้อยที่สุด 15 ปี (*M=27.26, SD=7.70*) ไม่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานทางการบริหารในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 60.57 เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 30.43

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ในการบริหารอัตรากำลังพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด 19

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา โดยการแยกแยะและจัดกลุ่มข้อมูลการบริหารอัตรากำลังพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-19 ที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก สรุปได้ดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมต่อสถานการณ์

บุคลากรทางการพยาบาลมีสัดส่วนมากที่สุดของผู้ให้บริการสุขภาพ เมื่อมีภาวะวิกฤติจากการระบาดของไวรัสโควิด-19 คือ จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจำนวนมากขึ้น ทำให้ความต้องการการพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งลักษณะการบริหารอัตรากำลังพยาบาล ประกอบด้วย

1.1 การปรับเปลี่ยนด้านจำนวนพยาบาล

ตามภาระงานที่เปลี่ยนแปลง การบริหารอัตรากำลังทางการพยาบาล ขึ้นกับสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด 19 ในพื้นที่ โดยมีศูนย์บัญชาการปฏิบัติฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขสำหรับทุกโรคและภัยสุขภาพอำเภอเมือง (Emergency Operation Center: EOC) ทำหน้าที่ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน มีการประชุมทุกวันเวลา 08.00 น. มีการติดตามการปฏิบัติตามแผนรับทราบและประเมินสถานการณ์หน้างานในตอนเย็นทุกวัน เพื่อปรับเปลี่ยนแผนในการประชุมวันถัดไป

หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการติดตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงจากมติที่ประชุม ติดตามข้อมูล รับนโยบายของศูนย์ EOC เพื่อมาสื่อสารลงสู่ผู้ปฏิบัติ และปฏิบัติตามแผนทุกวัน โดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของผู้ป่วย และศักยภาพของพยาบาลเป็นสำคัญ และคัดสรรอัตรากำลังพยาบาลที่มี เพื่อกระจายไปช่วยในทุกจุดบริการ การปรับเปลี่ยนหน่วยงาน

1.2 การปรับเปลี่ยนสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยตามความรุนแรงของผู้ใช้บริการ

การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะจัดอัตรากำลังพยาบาลตามประเภทผู้ป่วยที่แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย คือ กลุ่มผู้ป่วยสีเขียวอาการเบา กลุ่มผู้ป่วยสีเหลืองเสี่ยงอาการรุนแรง และกลุ่มผู้ป่วยสีแดงที่มีอาการรุนแรง การจัดจำนวนพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วย โดยผู้บริหารทางการพยาบาลร่วมกันพิจารณาสัดส่วนที่เหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน และมีการจัดอัตรากำลังทดแทน กรณีที่มีคนขาด

1.3 การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของคนที่ปฏิบัติงาน

1.3.1 การพัฒนาสมรรถนะด้านการเป็นผู้จัดการหอผู้ป่วยโควิด หรือ ปฏิบัติงานที่จุดบริการใหม่ มีการมอบหมายให้รองหัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติงานในบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยโควิด โดยแต่งตั้งให้เป็น Nurse manager Cohort ward, ICU covid, โรงพยาบาลสนาม และศูนย์ฉีดวัคซีน ซึ่งมีหน้าที่บริหารอัตรากำลังพยาบาลในหน่วยงานใหม่

1.3.2 เพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากรกลุ่มอื่น

การมอบหมายให้บุคลากรสายสนับสนุนของโรงพยาบาลที่ไม่ใช่บุคลากรสายสุขภาพมีส่วนร่วมทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยในบางจุดบริการ ซึ่งเดิมใช้อัตรากำลังพยาบาลในการดูแลทั้งหมด เช่น จุดคัดกรอง จุดเก็บตัวอย่างส่งตรวจ เนื่องจาก

อัตรากำลังพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อให้พยาบาลสามารถมาดูแลผู้ป่วยที่ cohort ward ได้ตามศักยภาพที่มี และเกิดประโยชน์สูงสุด

2. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อรับมือกับสถานการณ์โควิด 19

เพื่อความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยได้มีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล 2 ด้าน คือ การพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารจัดการหอผู้ป่วย และการพัฒนาสมรรถนะด้านปฏิบัติการ ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

2.1 การพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ

2.1.1 การปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติงาน

เมื่อเกิดการระบาดมีการปรับเปลี่ยนโดยมีการจัดให้พักก่อนขึ้นปฏิบัติงานอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ไม่ขึ้นต่อเวร ติดต่อกันเป็นเวลา 1 เดือน โดยปฏิบัติงานแบบหมุนเวียนสลับรอบการดูแลผู้ป่วยปกติและผู้ป่วยโควิด 19 หมุนเวียนสลับรอบละ 15 วันเพื่อป้องกันความเหนื่อยล้า และลดความเครียดจากการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงสูง และจากการติดเชื้อ หัวหน้าหอผู้ป่วยจะควบคุมกำกับการขึ้นปฏิบัติงานตามตารางปฏิบัติงานที่ได้จัดไว้ โดยไม่มีการแลกเปลี่ยนเวร และมีนโยบายงดลาทุกประเภท ยกเว้นลาป่วย หากมีความจำเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นคนพิจารณา และจัดอัตรากำลังพยาบาลทดแทนโดยใช้อัตรากำลังเสริม มีการมอบหมายงานตามประเภทผู้ป่วย

2.2 การพัฒนาสมรรถนะด้านปฏิบัติการ

2.2.1 การพัฒนาทักษะการใช้เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยและความรู้เรื่องยา

หัวหน้าหอผู้ป่วย ร่วมกันกับ ICN (พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ) เภสัชกรและพยาบาล ICU (หออภิบาลผู้ป่วยหนัก) ซึ่งเป็นทีมที่มีความเชี่ยวชาญ จัดให้มีการปฐมนิเทศ สอนสาธิตพยาบาลใหม่ในแต่ละรอบที่มาปฏิบัติงาน ใช้เครื่องมือต่างๆ และความรู้เรื่องยา เพื่อดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ ที่อยู่ในภาวะกึ่งวิกฤต และวิกฤต ตลอดจนการดูแลการรักษาเครื่องมือ

2.2.2 การพัฒนาทักษะการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง

งานการพยาบาลเป็นงานที่ต้องสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย พยาบาลจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อจากผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัย มีการสอนสาธิตโดย ICN เรื่องการสวมใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE), อุปกรณ์ปกป้องทางเดินหายใจแบบจ่ายอากาศบริสุทธิ์ Powered Air Purifying Respirator (PAPR)

2.2.3 แนวทางในการจัดการศพที่สอดคล้องกับความเชื่อ

การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากโรงพยาบาลสู่สิ่งแวดล้อมเป็นวงกว้างเกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อ และการจัดการศพผู้เสียชีวิตให้ถูกต้องตามหลักการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ตลอดจนจัดการศพให้ถูกต้องตามหลักศาสนา หัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมกับ ICN จึงต้องถ่ายทอดความรู้และมาตรการใหม่ๆ ที่ประกาศใช้ให้พยาบาลมีความรู้และปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

3. การสนับสนุนดูแลผู้ปฏิบัติงาน

การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 พยาบาลมีโอกาสได้รับเชื้อจากการหายใจเอาละอองฝอยเข้าไป เมื่อให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก เป็นสถานการณ์ที่บีบคั้นทางจิตใจ ปฏิบัติงานด้วยความกลัวกับความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการจัดการเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจกับผู้ปฏิบัติงาน ดังรายละเอียด

3.1 พร้อมให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง ภายใต้สถานการณ์การระบาดครั้งนี้ เป็นการสถานการณ์ที่เกิดต่อเนื่องยาวนาน ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนมีความเครียดสูงมาก มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มรวดเร็ว และมีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ความกลัวเรื่องการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน และการบริหารจัดการทั้งเรื่องคน เงินของ ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน กังวลเรื่องความปลอดภัยของครอบครัวและคนใกล้ชิด แต่ด้วยหน้าที่ที่ไม่สามารถเลี่ยงได้ ดังนั้นหัวหน้าผู้ป่วยจึงต้องคำนึงถึงอุทิศตนเป็นที่ปรึกษาและที่พึ่งทางใจตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อสร้างกำลังใจ เป็นผู้ที่ติดตามสถานการณ์ปรับเปลี่ยนให้ทันตามเหตุการณ์ คอยรับฟังปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติงาน บริหารอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมกับงาน ช่วยประสานงาน

แก้ปัญหา เพื่อให้งานราบรื่น เป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ทำให้เกิดความไว้วางใจ อุ่นใจ คลายความวิตกกังวล และความเครียด

3.2 การดูแลด้านจิตใจ เพื่อลดความเครียด และความวิตกกังวล

สถานการณ์การระบาดนี้ พยาบาลต้องเผชิญกับความเครียดสูง ความเสี่ยงจากการเป็นผู้ติดเชื้อเอง ความเหนื่อยล้าจากการทำงานต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทั้งหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลปฏิบัติการมีการดูแลช่วยเหลือกันและกันเพื่อความปลอดภัยของทุกคน เพื่อให้รับมือกับความเครียด ภาวะบีบคั้นด้านจิตใจ และความวิตกกังวลต่างๆ ได้ อย่างไรก็ตามมีพยาบาลบางส่วนเลือกที่จะลาออกจากงาน

3.3 การดูแลเรื่องความเป็นอยู่และความปลอดภัย

การจัดการดูแลเรื่องความเป็นอยู่ของอัตรากำลังพยาบาล ผู้บริหารทุกระดับตั้งแต่ผู้อำนวยการ จนถึงหัวหน้าหอผู้ป่วย จะคอยติดตามปัญหาเรื่องความเป็นอยู่และปัญหาด้านสุขภาพด้วยการตรวจเยี่ยมระหว่างปฏิบัติงาน สนับสนุนอาหาร ที่พักขณะขึ้นปฏิบัติงาน และการกักตัวเมื่อครบรอบ การดูแลให้ทุกคนได้รับวัคซีนป้องกัน

3.4 การยกย่องชมเชยความเสียสละ

การยกย่องชมเชยความเสียสละ ผู้บริหารทุกระดับตั้งแต่ผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้าหอผู้ป่วย มีการแสดงออกถึงความเคารพนับถือความเสียสละของผู้ปฏิบัติงาน

สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามข้อค้นที่พบว่าการบริหารอัตรากำลังพยาบาล ในสถานการณ์วิกฤตโรคระบาดโควิด 19 มีประเด็นสำคัญ 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. การปรับเปลี่ยนอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมต่อสถานการณ์

จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด 19 ที่มีการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็ว เป็นวงกว้าง ก่อให้เกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ยังไม่เคยมีรูปแบบและระบบการดูแลมาก่อน ทำให้ระบบสุขภาพ มีการปรับรูปแบบการให้บริการทางด้านสุขภาพ เพื่อตอบสนองกับระบบบริการ และความต้องการด้านสุขภาพ ควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ และการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบกับการบริหารอัตรากำลังพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัด ต้องเปิดหน่วยบริการขึ้นใหม่หลายหน่วย เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อวิกฤต ขณะที่ผู้ป่วยปกติยังคงได้รับการรักษาพยาบาลเช่นเดิม โดยการดำเนินการสอดคล้องตามแผนการจัดอัตราพยาบาล-กำลังเสริม ดูแลผู้ป่วย COVID-19[8] ดังนั้นทีมผู้บริหารเป็นผู้ที่มีอำนาจการตัดสินใจสูงสุด (ศูนย์สั่งการ EOC) ในการควบคุมสถานการณ์ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ทันท่วงที การปรับเปลี่ยนการบริหารอัตรากำลังพยาบาลให้ทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันนั้น หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องเกาะติดสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง ติดตามข้อมูล รับนโยบายของศูนย์สั่งการ EOC เพื่อมาสื่อสารลงสู่ผู้ปฏิบัติ และปฏิบัติตามแผนทุกวัน และร่วมกำหนดแนวทางการปฏิบัติในแต่ละแผนตามบริบท โดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของผู้ป่วย และศักยภาพของพยาบาลเป็นสำคัญ

การปรับเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบในบางหน่วยบริการ ที่สามารถใช้บุคลากรสายสนับสนุนแทนอัตรากำลังพยาบาล เพิ่มการมีส่วนร่วมเพื่อให้สามารถไปดูแลผู้ป่วยได้ตามศักยภาพที่มี และเกิดประโยชน์สูงสุด เป็นการกระจายงานในหน้าที่ ความรับผิดชอบและอำนาจการตัดสินใจภายในขอบเขตที่กำหนด ให้ผู้อื่นไปปฏิบัติ (Delegation)[10] ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของอุษา คำประสิทธิ์ [11] ได้ พบว่าปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การกำหนดมาตรการบริหารอัตรากำลังพยาบาลซึ่งยึดหลักการจัดอัตรากำลังพยาบาล ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย/ผู้สงสัยติดเชื้อโควิด 19 เพื่อไม่ให้เกิดการเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงานและประสิทธิภาพในการทำงานไม่ลดลง และสอดคล้องกับงานวิจัยของธีรวุธ คำโสภา[12] ที่พบว่า ในระยะที่ 3 ของการระบาดรุนแรง มีการปรับอัตรากำลังจากกลุ่ม

งานบริหารทั่วไป งานประกันคุณภาพ งานเทคโนโลยีสารสนเทศ งานแพทย์แผนไทยไปช่วยในจุดบริการฉีดวัคซีนเพิ่ม เพื่อให้อัตรากำลังพยาบาลที่มีอยู่จำกัดได้ปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาลตามศักยภาพที่มีตามสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยติดเชื้อจำนวนมากขึ้น

การคัดสรรอัตรากำลังพยาบาลที่มี เพื่อกระจายไปช่วยในทุกจุดบริการ การปรับเปลี่ยนหน่วยงาน เช่น มีการปิดหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยปกติน้อย เปิดหอผู้ป่วยเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ (cohort ward) และเปิดหอผู้ป่วยวิกฤตโควิดเพิ่ม ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องบริหารอัตรากำลังเพื่อตอบสนองนโยบายได้ทันที จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถบริหารอัตรากำลังพยาบาลที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ได้ใช้อัตรากำลังจากหน่วยงานอื่นๆ มีการสื่อสารที่ชัดเจนเพื่อลดการสับสนจากนโยบายที่ปรับเปลี่ยนเป็นรายวันตามสถานการณ์ และระดับความรุนแรงของผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ ควบคุมกำกับเพื่อให้บุคลากรปฏิบัติไปแนวทางเดียวกัน ปรับสัดส่วนของอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมกับงาน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑนรรห์ ดิษฐสุวรรณ, และคณะ[13] รวมถึงการศึกษาของ Moore, C.[14] ที่พบว่าการบริหารจัดการขับเคลื่อนงาน ดูแลผู้ป่วยโควิด และภาวะผู้นำในภาวะวิกฤต ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ 1) กำหนดนโยบาย สร้างแนวปฏิบัติ ควบคุม กำกับ ติดตามทีม 2) สื่อสารเรื่องราว บอกเล่าความจริง ให้บุคลากรรับทราบ 3) การสื่อสาร วิสัยทัศน์และค่านิยมที่ชัดเจน และ 4) ความสัมพันธ์ที่เอาใจใส่ในช่วงวิกฤต เพื่อให้ทีมผ่านวิกฤตไปด้วยกันอย่างปลอดภัย

การมอบหมายให้รองหัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติงานในบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยโควิด มีหน้าที่บริหารอัตรากำลังพยาบาลในหน่วยงานใหม่ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของฐิรพร อัศววิศรุต , และคณะ[15] ที่พบว่าการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทภายใต้สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 และสามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของจรูญศรี มีทองหว้า และคณะ[16] ที่พบว่า สมรรถนะสำคัญที่ต้องพัฒนาเร่งด่วนให้กับ พยาบาลในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ คือ 1) การ ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแล ผู้ป่วยโควิด 19 2) การประเมินสภาพและให้การพยาบาล ผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจและระบบที่เกี่ยวข้อง 3) การคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและส่งต่อ (refer) ได้อย่างปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ 4) การสื่อสารและการ ใช้เทคโนโลยี 5) การบริหารจัดการให้การพยาบาลตามสถานการณ์และข้อจำกัดต่างๆ และ 6) การวางแผนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง (home care)

2. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อรับมือกับสถานการณ์โควิด 19

เมื่อจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอาการรุนแรงมากขึ้น มีการระดมบุคลากรจากหน่วยงานที่ปิดบริการหรือมีผู้ป่วยน้อยไปปฏิบัติงานที่ cohort ward และหอผู้ป่วย ICU covid หัวหน้าหอผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติงาน และควบคุมกำกับการขึ้นปฏิบัติงาน การจัดรูปแบบตารางเวรที่ต่างจากสถานการณ์ปกติ จำกัดการลาบางประเภท ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้พิจารณา การงดให้บริการในกรณีที่ไม่เร่งด่วน การพิจารณางดเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่เป็นเคสไม่เร่งด่วน

บทบาทสำคัญของพยาบาลในการวางแผนดูแล เพื่อให้ผู้ป่วย และทีมสุขภาพปลอดภัยจากการติดเชื้อในขณะดูแล พยาบาลจึงต้องมีการเพิ่มสมรรถนะที่จำเป็น มีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ความสามารถ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย ร่วมกับ ICN (พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ) เภสัชกร และพยาบาล ICU (หออภิบาลผู้ป่วยหนัก) ซึ่งเป็นทีมที่มีความเชี่ยวชาญ จัดให้มีการปฐมนิเทศ สอนสาธิตพยาบาลใหม่ในแต่ละรอบที่มาปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ทักษะการใช้เครื่องมือใหม่ๆ และความรู้เรื่องยา เพื่อดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ ที่อยู่ในภาวะกึ่งวิกฤต และวิกฤต การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง การลดการแพร่กระจายของเชื้อ การช่วยฟื้นคืนชีพ การจัดการศพผู้เสียชีวิตซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ตามบริบท ความเชื่อ และหลัก

ศาสนาที่ต่างกัน ซึ่งอาจก่อให้เกิดการขัดแย้งได้ การเตรียมความพร้อม และการเพิ่มสมรรถนะบุคลากรพยาบาลทั้งด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 นั้น เมื่อพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ส่งผลให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานและปลอดภัยจากการเจ็บป่วย[17] รวมถึงมีการพัฒนาสมรรถนะด้านการเป็นผู้จัดการหอผู้ป่วยโควิด หรือปฏิบัติงานในจุดบริการใหม่ที่ขยายบริการตามจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ

3. การสนับสนุนดูแลผู้ปฏิบัติงาน

การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบด้านจิตใจทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และญาติมาก เพราะยังไม่มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจน การบริหารอัตรากำลังของพยาบาล ภายใต้สถานการณ์การระบาดเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่พยาบาลมีโอกาสได้รับเชื้อจากการหายใจเอาละอองฝอยเข้าไป เมื่อให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก เหนื่อยล้าจากการทำงานที่ต้องทำงานต่อเนื่องเป็นเวลานาน การเผชิญกับความเครียดสูง ภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงาน[1] แต่ท่ามกลางความกลัวนั้น พยาบาลไม่สามารถละทิ้งการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลความปลอดภัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณไม่ได้ เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่มีจริยธรรมทางการพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ตามหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ตามที่สภาการพยาบาลกำกับไว้ ในคู่มือส่งเสริมจริยธรรม สำหรับองค์การพยาบาล: กลไกและการปฏิบัติ สภาการพยาบาล[18] หัวหน้าหอผู้ป่วยก็ปฏิบัติงานภายใต้หลักจริยธรรมในการบริหารอัตรากำลังพยาบาล โดยคำนึงถึงความเสี่ยงในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล จึงมีการคัดสรรพยาบาลที่สุขภาพแข็งแรงเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโควิด ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีข้อกำหนดคุณสมบัติด้านสุขภาพของพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ว่าต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี มีข้อกำหนดไม่ให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพดูแลผู้ป่วยโควิด เพราะอาจทำให้สุขภาพแย่ลง เช่น ตั้งครรภ์ เป็นเบาหวาน ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัย[19] นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการติดตามความเครียดและความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน จึงต้องอุทิศตนเป็นที่ปรึกษาและที่พึ่งทางใจตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อสร้างกำลังใจ มีการตรวจเยี่ยมประเมินการทำงานที่สอดคล้องกับสถานการณ์ การให้ความช่วยเหลือ รับฟังปัญหา และร่วมแก้ปัญหาเชิงระบบ เพื่อให้ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน มีที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ การติดตามความเป็นอยู่และความปลอดภัย และให้การยกย่องชมเชยความเสียสละ ทำให้มีความภาคภูมิใจ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของมณฑนรรห์ ดิษฐสุวรรณ และคณะ[13] ที่ศึกษาพบว่าผู้บริหารระดับต้นบางรายจะอยู่ร่วมปฏิบัติงานกับบุคลากรพยาบาลในหน่วยงาน เป็นส่วนหนึ่งของทีมคอยช่วยเหลือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน เพื่อให้บุคลากรพยาบาลเกิดความมั่นใจและรับรู้ว่า ตนเองไม่ได้ปฏิบัติงานเพียงลำพัง มีผู้บริหารทางการพยาบาลอยู่เคียงข้างคอยให้การสนับสนุน ตลอดเวลา และสอดคล้องกับงานวิจัยของธำรงเกียรติ อุทัยสาง[20] ที่ศึกษาพบว่าการจัดการขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ให้เกิดมั่นใจ และปลอดภัยอย่างสูงสุดนั้นประกอบด้วย 1) การจัดหาวัคซีนที่ดีที่สุดให้เพื่อป้องกันและลดการสูญเสีย 2) การสร้างความพร้อมทางเครื่องมือและความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขของประเทศ 3) การจัดสรรงบประมาณให้มากขึ้นเพื่อลดความกังวลและความเครียด 4) การจัดหาบุคลากรอาสาสมัครทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเพื่อลดชั่วโมงการทำงานและการพักผ่อน 5) การกระจายอำนาจไปยังการจัดการสาธารณสุขระดับจังหวัด และ 6) การทำประกันชีวิตให้กับบุคลากรทางการแพทย์ฟรี

โดยสรุป เมื่อเกิดสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด 19 หัวหน้าหอผู้ป่วย ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบตามตำแหน่งที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มการพยาบาล และโรงพยาบาล[21] ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่เดิม และเพิ่มบทบาทสำคัญ คือ การบริหารอัตรากำลังพยาบาลในภาวะวิกฤต เพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข การสื่อสารที่ชัดเจนและการนำนโยบายปรับใช้ตามบริบทหน้างาน ช่วยให้

การดำเนินงานเป็นไปอย่างคล่องตัว สอดคล้องกับงานวิจัยของวรวัตต์ ชาญวิรัตน์ [22] ที่ศึกษาพบว่า หน่วยงานมีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข (EOC) และการใช้มาตรฐานการดำเนินงาน (SOP) ช่วยให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจ และเกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงานตามบทบาทภารกิจของตนเองมากขึ้น สอดคล้องการงานวิจัย ของรตา ศรีสะอาด, และคณะ[23] ที่ศึกษาพบว่า การศึกษาการจัดการของผู้บริหารทางการพยาบาล ในช่วงสถานการณ์โควิด 19 ประกอบด้วย 1) ด้านการจัดบริการพยาบาล เปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมตามสถานการณ์ ปรับรูปแบบการให้บริการ ปรับปรุงอาคารสถานที่ 2) ด้านการป้องกัน ลดความเสี่ยงการติดเชื้อในโรงพยาบาล ยึดหลักมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ และ 3) ด้านจัดกำลังคนทางการพยาบาลให้เพียงพอ การหมุนเวียนพยาบาล การสร้างขวัญกำลังใจ เพื่อให้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลไปใช้ในการเตรียมความพร้อมวางแผนการจัดบริการพยาบาลในภาวะวิกฤติโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย และสอดคล้องการงานวิจัยของสันศนีย์ ดีภัย และวรรณชนก จันทชุม[24] ที่ศึกษาพบว่า องค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วย 1) ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล 2) ด้านการบริหารจัดการในสถานการณ์โควิด 19 3) ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพจริยธรรม4) ด้านภาวะผู้นำ 5) ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย 6) ด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศทางการพยาบาล 7) ด้านนโยบายระบบสุขภาพและธุรกิจการตลาด 8) ด้านการสนับสนุนการทำงานเป็นทีมและโน้มน้าวใจ 9) ด้านการคิดวิเคราะห์และการจัดสรรทรัพยากร 10) ด้านการสื่อสารและการประสานงาน 11) ด้านการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย สามารถนำไปใช้เป็นตัวชี้วัดสำหรับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในศตวรรษที่ 21 ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความสอดคล้องกับบริบท หรือขอบเขตงานในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เพื่อให้สามารถวางแผนรับมือกับโรคอุบัติใหม่ หรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการบริหารการพยาบาล

1. นำผลการวิจัยไปใช้ กำหนดนโยบายการจัดอบรมความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมด้านการบริหารจัดการ และการวางแผนการบริหารอัตรากำลังพยาบาลให้ผู้บริหารใหม่ที่จะก้าวขึ้นสู่ตำแหน่ง มีสมรรถนะเพื่อให้มีความมั่นใจในการบริหารอัตรากำลังพยาบาลในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการการศึกษาเชิงลึกในประเด็นการบริหารอัตรากำลังพยาบาลในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน เพื่อตอบโต้กับสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ โดยคำนึงถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. ควรมีการศึกษาวิจัย ปัจจัยทำนายการบริหารอัตรากำลังพยาบาลภายใต้สถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด 19 ในโรงพยาบาลทุกระดับ

เอกสารอ้างอิง

1. นิตยา ปานเพชร และอภิญญา จำปามูล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย. Srinagarind Medical Journal-ศรีนครินทร์ เวชสาร 2022; 37(5): 495-503.
2. สุทัศน์ เสียมไหม, อัญชลี พงศ์เกษตร, ฟูซียะห์ หะยี, พยงค์ เทพอักษร, ไพสิฐ บุณยกวี, พุทธิพงศ์ บุญชู และคณะ. บทเรียนการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของระบบบริการสุขภาพ ในภาวะวิกฤตโควิด-19 พื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ประเทศไทย. Journal of Health Systems Research 256; 18(3): 401-26.

3. ฉัตรสุมน พฤติภิญโญ. มาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การแพร่ระบาดของโควิด-19. กฎหมายและนโยบายสาธารณสุข 2563; 6(2): 468-469.
4. สมศักดิ์ อรรฆศิลปะ. คู่มือการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำทางเดินหายใจ พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ: จรัญสนิทวงศ์การพิมพ์; 2564.
5. กองยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2562.
6. อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์. ภาวะผู้นำและการจัดการทางการพยาบาล. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานา จำกัด; 2560.
7. อารีย์วรรณ อ่วมตานี. การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
8. กองการพยาบาล. จัดทำแผนอัตรากำลัง พยาบาล-กำลังเสริม ดูแลผู้ป่วย COVID-19. [อินเทอร์เน็ต]; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 18 มี.ค. 2566] เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2020/03/18789.
9. วัลภา ศรีสุภาพ, กาญจนา เจ๊กนอก และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคโควิด 19 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี. วิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี 2568; 3(1): 1-17.
10. รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ และรัชนี ศุจิจันทรรัตน์. การบริหารทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัทสมบูรณ์การพิมพ์; 2562.
11. อุษา คำประสิทธิ์. การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลโนนไทย. ศูนย์อนามัยที่ 9 2565; 16(1): 30-44.
12. ธีรวุธ คำโสภา. การบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรและการเพิ่มศักยภาพบุคลากร เพื่อรับมือภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โรงพยาบาลไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ. วิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2566; 2(3): 24-37.
13. มณฑนรรห์ ดิษฐสุวรรณ, อารีย์วรรณ อ่วมตานี และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ประสบการณ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลในการบริหารจัดการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19. พยาบาลทหารบก 2564; 24(2): 209-217.
14. Moore, C. Nurse leadership during a crisis: Ideas to support you and team. Nursing Times 2020; 116(12): 34-37.
15. ฐิรพร อัศววิศรุต, เยาวลักษณ์ เมณฑกานุวงษ์, กลอยใจ แสนวงษ์ และนิภาพร ลครวงศ์. Head Active Model ต่อการพัฒนาสมรรถนะ และทักษะผู้นำทางการพยาบาลในกลุ่มรองหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลอาวุโส ในโรงพยาบาล ยโสธร. YASOTHON MEDICAL JOURNAL 2022; 24(1): 27-34.
16. จรูญศรี มีหนองหว้า, สาดี แฮมิลตัน, ปัทมา ผ่องศิริ, สุเพียร โภคทิพย์, เอมอร บุตรอุดม, พนัชญา ขันติจิตร, และคณะ. การบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10. วิจัยระบบสาธารณสุข 2566; 17(3): 490-509.
17. นภาพร อภิรดีวจีเศรษฐ์, เสาวนีย์ เนาวพาณิช, จิตหทัย สุขสมัย, ชุติพันธุ์ ติ๋วโวหาร และรักษนันท์ ขวัญเมือง. การเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19. Siriraj Medical Bulletin 2021; 14(4): 81-90.
18. สภาการพยาบาล. คู่มือส่งเสริมจริยธรรม สำหรับองค์การพยาบาล: กลไกและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่1 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). สภาการพยาบาล.; 2567.
19. กองการพยาบาล. การบริหารอัตรากำลังพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2566] เข้าถึงได้จาก: https://www.youtube.com>watch?v=fgsaYmlhlXA.
20. ธำรงเกียรติ อุทัยสาง. COVID-2019: การสร้างขวัญและกาลังใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์. มจร.หริภุญชัยปริทรรศน์ 2564; 5(2): 94-107.
21. กองการพยาบาล. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน; 2561.

22. วรวัตต์ ชาญวิรัตน์. รูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินโดยใช้กลไกระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน: กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. สุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(3): 333-343.
23. รตา ศรีสะอาด, กัญญดา ประจุศิลปะ และพัชนี ธรรมวัฒนานุกูล. การศึกษาการจัดการของผู้บริหารทางการพยาบาล ในช่วงสถานการณ์โควิด-19. สุขภาพกับการจัดการสุขภาพ 2566; 9(1): 99-110.
24. สันศนีย์ ดีภัย และวรรณชนก จันทชุม. การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในศตวรรษ ที่ 21 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ขอนแก่น 2567; 6(3): e270608-e270608.