วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 1
ชมภูนุช ทัศนศรีวรการ ,ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์ ,สมใจ ศิระกมล

อุบัติการณ์ของมะเร็งแฝงในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันโดยไม่ทราบสาเหตุ 11
นฤเทพ หนูไชยแก้ว ,อภิวัฒน์ วัฒนกุล ,ชรินทร แพทยนันทเวช

สมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก 17
อิสราภรณ์ ปัญญา ,กุลวดี อภิชาติบุตร ,อรอนงค์ วิชัยคำ

พัฒนาการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ 26
มะลิวัลย์ เศรษฐบุตร

การพัฒนารูปแบบการปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว 36
นพดล คำแสน

ประสิทธิผลโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนาขอ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 46
นริสา จันทะบุตร ,สุมัทนา กลางคาร ,รุจิรา โนนสะอาด

การพัฒนารูปแบบกลยุทธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ปี 2567 58
สุรศักดิ์ หงษ์เวียงจันทร์

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ 70
มะลิวัลย์ เศรษฐบุตร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบากของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง 80
ตวิษา อนุภัย ,ทรงสมร สวนจันทร์ ,ผกาพรรณ สายโสภา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน เขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก 90
พุฒิพงศ์ มากมาย

การรับรู้ภาวะและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 97
เมธี สุทธศิลป์ ,สิริวิมล เกิดศรี ,อาทิตย์ เข็มทอง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 103
สุกัลยา คำประพัฒน์ ,วีณา อิศราวกูร ณ อยุธยา ,ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล

ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาต่อความรู้ ความเครียด และการปฏิบัติตัวหลังคลอดในมารดามาคลอด ณ โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย 110
ประทุมพร แสนโยธา ,อัยย์ชาร์ สุขเกษม

การศึกษาเชิงคุณภาพการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน: กรณีศึกษาประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครนายก 121
อิสรีย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์ ,เพชรลดา บริหาร ,พุฒิพงศ์ มากมาย ,มนิษฐาวดี ชัยสวัสดิ์ ,อาภัสรี บัวประดิษฐ์

การพัฒนาต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชนและชุมชน 130
ลัดดา ขอบทอง ,สุกุมา แสงเดือนฉาย ,มะลิ แสวงผล ,ศศิภรณ์ วิงวอน ,สรารัตน์ ปิดนุ้ย

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และคุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก 141
พุฒิพงศ์ มากมาย ,เพชรลดา บริหาร ,ณัฐกรานต์ บุญชู

ผลของโปรแกรม i-CARE ในการวางแผนดูแลก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือและแผลกดทับ 148
กาญจนา วัชรพาณิชย์ ,ดวงมณี วิยะทัศน์

การพัฒนารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2 156
รัชฎา จอปา ,ตวงทิพย์ เชื้อผู้ดี

ความเครียด และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง 169
กล้าณรงค์ อินต๊ะวงค์ ,ภัทรภณ นิลสิงห์ .อัมพร สัจจวีรวรรณ

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การจัดการทางการยศาสตร์เพื่อลดความผิดปกติทางระบบกระดูกโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ของพนักงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์แห่งหนึ่ง 177
ภัทรภณ นิลสิงห์ ,กล้าณรงค์ อินต๊ะวงค์

การพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตแบบไร้รอยต่อ เชื่อมโยงสถานพยาบาลรัฐและเอกชน จังหวัดศรีสะเกษ 184
มัลลิกา สุพล ,ทรายกะรัต เสริมแก้ว ,ชนัชา อุปฮาด

ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร 198
สัมพันธ์ มณีรัตน์ ,สุพรรณี ใจดี

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 205
ชวาลา บัวหอม ,ณัฏยา อ่อนผิว ,เปรียบแก้ว ฝาระมี

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดในระหว่างรอรับบริการและผลต่ออัตราการส่งต่อรักษาและความพึงพอใจ คลินิกพิเศษเฉพาะทาง (Special Medical Clinic: SMC) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 216
อินทิรา ภูสง่า

การส่งเสริมการดำเนินนโยบายองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHCO): บทเรียนจาก โรงพยาบาลลำพูน อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน 229
เพชรลดา บริหาร ,อิสรีย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์ ,พุฒิพงศ์ มากมาย ,สมมิตร ฝั้นต๊ะ

ผลของการพัฒนารูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 237
สุภจิรา วิสิทธิ์ผ่องพิบูล

ผลของการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับยาทางไปรษณีย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 249
ดวงรัตน์ อุ่นจรัส

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 259
อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ ,หทัยชนก อินพรหม ,พุฒิพงศ์ มากมาย

ประสิทธิผลของการพอกเข่าด้วยสมุนไพรในผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านน้ำโจน อำเภอเมือง จังหวัดตาก 265
จตุพร แพงจักร ,พิจิตรา ยืนยั่ง ,เศรษฐกุล บุญยศักดิ์เสรี

ประสิทธิผลของน้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนเพิ่มคุณภาพนอนหลับ 271
กรองแก้ว หนูอิ่ม ,กัญญพัชร พุฒโสม ,พิจิตรา ยืนยั่ง ,ชุติมา แซ่ว้าน

ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน 276
สายหยุด นพตลุง ,บุหลัน เปลี่ยนไธสง ,วิไลรัตน์ สอดโคกสูง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 285
วิภาดา กาญจนสิทธิ์ และยุภาพร ม่วงนิล

ผลของการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 295
ศิริพร ทิพโยภาส

ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต 310
อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ ,รัชนีกร ถิรตันตยาภรณ์ ,พุฒิพงศ์ มากมาย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA)ในแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย 319
สุพัตรา เถื่อนนาดี และคณะ

นวัตกรรมเจลพอกเข่าด้วยสมุนไพร ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า กรณีศึกษา : ชุมชนปกากะญอ ต.แม่วะหลวง อ.ท่าสองยาง จ.ตาก 325
จตุพร แพงจักร ,นิภาพร ไพรพัลลพ

การวิเคราะห์รูปแบบการระบาดและการแพร่กระจายของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์เพื่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกในระดับชุมชน 332
นิเทศน์ บุตรเต

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 342
ศิรดา บุญสิทธิ์ ,นัชชา ยันติ ,สุทธิดา แก้วมุงคุณ

การสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงอภิมานว่าด้วยปัจจัยเชิงวัฒนธรรมและกลยุทธ์การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย 351
ดลรวี สิมคำ ,จุรีรัตน์ กอเจริญยศ ,อรอุมา แก้วเกิด ,มารศรี ศิริสวัสดิ์ ,ธนเมศวร์ แท่นคำ ,จินตพักตร์ จันทะโคตร ,ปนัดดา นครังสุ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสระแก้ว 360
สุลีรัตน์ เพ็ชรสมบัติ ,เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์ ,สุนิศา แสงจันทร์ ,เสาวนีย์ ทองนพคุณ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัลของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดสระแก้ว 370
วริสรา ควรอนันต์ ,เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์ ,สุนิศา แสงจันทร์ ,เสาวนีย์ ทองนพคุณ

การพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาการใช้สารเมทแอฟเฟตามิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาอำเภอสุวรรณภูมิ 380
นิภากร อึ้งเจริญธนกิจ ,โชคนิติพัฒน์ วิสูญ ,ธัญญารัตน์ เมืองหงษ์ ,ทวี ศรีขาว

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 392
กมลพร คำประชา

การพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง: การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม 402
เกศแก้ว วิมนมาลา ,มณีรัตน์ พราหมณี ,เริงฤทัย หลีเส็น

ผลของดนตรีบำบัดแบบผ่อนคลายต่อการไหลของน้ำนมและระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 414
ชยานี สังข์ศรี ,ปรีดา วรภักดี ,ธเนศ สังข์ศรี

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมโภชนาการและออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ 425
รัชฎา จอปา ,อานิ พรหมมา

ผลของโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน เขตอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ 437
จุฬาภรณ์ แก้วหล้า

การพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 445
ภัทรภร ศรีฮอ

การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 459
สมบูรณ์ สิงห์พรม

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง 473
อุทัยวรรณ อาจจำนง ,อรอุมา แก้วเกิด

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 482
สุมลรัตน์ อัศวภูมิ ,วรกร วิชัยโย ,ธีรนาถ สุวรรณเรือง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ 493
ภัคพล ปัญจจิตติ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day surgery) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึง เข้าใจ ปลอดภัย และประทับใจบริการ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 502
นภัสนันท์ ทาสะโก

การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 516
สมบูรณ์ สิงห์พรม

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลทารกแรกเกิดติดเชื้อไวรัส RSV (Respiratory Syncytial Virus) มีโรคร่วมปอดอักเสบ (Pneumonia) 529
พัชรณัฏฐ์ ฤทธิรณกันต์

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชน กรณีศึกษาอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย 539
หยกฟ้า เพ็งเลีย ,ธนัญญา ยงทอง ,สุขเสริม ทิพย์ปัญญา ,ภูวนัย แสวงบุญ

ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายก 549
นพภัสสร วิเศษ ,ณัฐพร รัตนาจารย์

การพัฒนาแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้น ในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค จังหวัดสุโขทัย 562
ภัทราพร เมฆพัฒน์ ,กิตติพันธ์ ธิช่างทอง ,อรปรียา พ่วงจันทร์ ,ทิพวรรณ ชมภูเครือ

การพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย: บริบทครอบครัว และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 577
ศิริขวัญ แซ่เฮ่า ,ศิริพรรณ กุลดี

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล Telemedicine และ Nursing care โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 588
วราภรณ์ พรมแสน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ ด้วยระบบการแพทย์วิธีใหม่แบบดิจิตอลไร้รอยต่อ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี..... 603
มุทิตา เรืองเศรษฐี

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร 616
นภาภัช จุลนีย์

ผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 625
ณัฐวุฒิ จูงศิริ ,ปณิธาน กระสังข์

ผลของโปรแกรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 635
นริศรา คงเพชร และปณิธาน กระสังข์

บทบาทและประสบการณ์ผู้ดูแลไม่เป็นทางการในครอบครัวและชุมชนชนบทไทย: การสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพ 645
ดลรวี สิมคำ ,รชยา ยิกุสังข์ ,อรอุมา แก้วเกิด ,จินตพักตร์ จันทะโคตร ,ปนัดดา นครังสุ

ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น 654
ลลิตา เพชรภา ,ชนะพล ศรีฤาชา ,วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา

อิทธิพลของความเอียงของฟันหน้าตัดด้านข้างส่งผลต่อการรับรู้ความสวยงามของรอยยิ้ม 663
ดวงฤดี พลนิวัตน์วงศ์

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน 673
มณีรัตน์ โสมศรีแพง

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 683
ณิชา บุตตะหึงษ์

ผลกระทบของอุปสรรคเชิงโครงสร้างต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า: การวิเคราะห์ทุติยภูมิเชิงตัวแปรปรับ 696
จิตราภรณ์ สุทธิพงศ์ ,วิภาดา ศรีมันทยามาศ ,พิมพ์รัตน์ บุณยะภักดิ์

ภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี 710
ดนุพล จันทร์โพธิ์ ,พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ ,ปริญญา จิตอร่าม

ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง 718
นาตยา สอนประสิทธิ์ ,เรณุการ์ ทองคำรอด ,เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของการออกกำลังกายแบบหนักสลับเบาที่ส่งผลต่อดัชนีมวลกายของกลุ่มคนวัยเรียนระดับอุดมศึกษา 727
ธัญญารัศมิ์ ศิริกลิ่นแคฆ์ ,ชัยชนะ นิ่มสุวรรณ ,พิจิตรา ยืนยั่ง

ประสิทธิภาพของยาแอสไพรินในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การศึกษาแบบย้อนหลัง 733
นิพาดา โพษิตลิมปกุล

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
เพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายก่อนกลับบ้าน 743
เสริมศิริ วิจิตรกุล

ผลของการประยุกต์ใช้นวัตกรรม “CKD Insight” บนฐานแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3: การศึกษานำร่องแบบกรณีศึกษา 2 ราย 753
อนุทัย พระคลังทิว ,พิเชษฐ เรืองสุขสุด ,นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลกำแพงแสน 764
ณิชาภา หนูผาสุข

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคทางเดินหายใจส่วนบนต่อการกลับเป็นซ้ำ 773
กรรณิกา ใจดี

การพัฒนานวัตกรรมการพัฒนาเครื่องมือการเฝ้าระวัง Sepsis ปลอดภัยด้วย “slide KPOS” 782
อำภา ทาเวียง ,บุษบา โสภา ,วิลาวัลย์ จันโทริ

การพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในผู้ป่วยบาดเจ็บ
ที่ศีรษะระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย 788
สว่างจิตร ใครบุตร

ประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อลดความรุนแรง ในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป 796
วีร์ เมฆวิลัย ,พาสนา คุณาธิวัฒน์ ,บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

ผลของการสร้างเครือข่ายร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายของประชาชนตำบลละลม
อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ 808
ธงชัย ไชยโชติ ,อารี บุตรสอน

การศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาพืชอาหารที่มีสรรพคุณทางยา
ภายใต้องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย 818
กฤษดา ศรีหมตรี ,ดวงนภา แดนบุญจันทร์ และนิตยา นามวิเศษ

การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี 831
ซูลวีนาร์ ชุมประเวศ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน Home Ward ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขตามบริบทของจังหวัดอุบลราชธานี 844
ยศธน ทองมูล

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแผนส่งเสริมสุขภาพดีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร 856
กนกวรรณ ชาวอุบล ,อารี บุตรสอน

การพัฒนารูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย
จังหวัดศรีสะเกษ 867
นิตยา วีระไวทยะ

กรณีศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงหลังคลอดที่มีภาวะฝีที่เต้านมในคลินิกศัลยกรรมสถาบันบำราศนราดูร 879
กัญญลักษณ์ ทองนุ่ม

อุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียเฝ้าระวัง 8 ชนิด ของผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี 888
จิราวรรณ กองจำปา

อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่ 900
วัชรา ป้อทองคำ

การพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลไทยเจริญและเครือข่ายบริการ
อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร 906
นิภาพร ป้องศรี

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 917
กิตติเชษฐ์ ธีรกุลพงศ์เวช

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ 928
พชรภา ขันทอง

ความท้าทายปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรังของประเทศไทย 939
ปนัดดา จั่นผ่อง ,สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์

การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี 951
สุพัฒน์ กองศรีมา ,สราวุธ ริดเขียว ,ประภัสสร งานรุ่งเรือง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ 966
ระพีพรรณ บุญพา

ประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี 981
หทัยรัตน์ กันหาชิน

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี 989
ฐชญ ณรงค์เมธวิน

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน 999
สุนัน พันธะสา ,สุรีพร จรกรรณ์

ประสิทธิผลของการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี 1011
อำพร หินแสงใส ,รัตนา สังฆสอน

การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว 1028
อรพิน ภัทรกรสกุล ,รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ ,จำเนียร สุวรรณชาติ

ปัจจัยด้านองค์การที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 1044
ณฐาพัชร์ วรพงศ์พัชร์

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และภาวะหมดไฟในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง 1053
บูคอรี ดาเล็ง ,พยาม การดี และคณะ

ผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา 1063
อรุณี แสงศรีจันทร์

ผลของการใช้แสงเลเซอร์กำลังต่ำต่อระดับอาการปวด มุมข้อเข่า และสมรรถภาพการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 1073
ปุณยนุช ศรศิลป์

ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วม ทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 1083
นิภาวัล บุญทับถม ,วิมลพรรณ โชติแสงทอง ,สุกุมา แสงเดือนฉาย

สภาพ ปัญหา และความต้องการในการผลิตกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของเกษตรกร จังหวัดเลย 1097
เนติธร พรพิทักษ์สิทธิ์ ,สุนทรี จีนธรรม ,นิสา พักตร์วิไล ,จีรภัทร์ อัฐฐิศิลป์เวท

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ 1106
ศุกลรัตน์ โยตะสิงห์ ,จรินทร โคตพรม ,เสถียนทอง ปัจจูมลี

การพัฒนารูปแบบบริการการรักษาผู้ป่วยจิตเวช แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิตัลสนับสนุนให้เข้าถึงการรักษา อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา 1118
วรวุฒิ สุพิชญ์

การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ 1128
วุฒิพงษ์ สินทรัพย์ ,ประวุฒิ พุทธขิน

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพังโคน 1143
สุจิตรา สุนสิน

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 1153
จินตนา แดงจันทึก

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มข้นฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ กับอุบัติการณ์โรคระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล พ.ศ. 2562 1163
นาท ครูอ้น ,โฉมศรี ชูช่วย

ปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 1172
มนต์ชนก เพ็ชรแก้ว ,พรพิมล ชูพานิช

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต 1181
นิภา สุทธิพันธ์ ญาณิพิชย์ ,เพชรรามพะเนาว์ และปัณณทัต บนขุนทด

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ 1193
วัฒนา สุพรรณ ,อารี บุตรสอน

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง ในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย 1203
วรรณธนา สมน้อย

ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในกรุงเทพมหานคร 1214
ประเสริฐ สิทธิจิรพัฒน์ ,กิ่งแก้ว พรอภิรักษสกุล

การเปรียบเทียบผลการพอกเข่ากับการนวดกดจุดประคบเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 1222
วิภาวีร์ ฤทธิ์แก้ว

ผลของการใช้โปรแกรมการให้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกลต่อความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย 1231
ภัทราพร เมฆพัฒน์

การศึกษาโอกาสและแนวทางการพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย 1242
จินตนา นันต๊ะ ,สุวศิน พลนรัตน์1 }ดวงนภา แดนบุญจันทร์ ,นวรัตน์ วิริยะเขษม ,วรรณพร สุริยะคุปต์

การหาชนิดของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดง ในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ในโรงพยาบาลนครนายกเพื่อการเตรียมเลือดให้ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่เหมาะสมและรวดเร็ว 1254
ฉวีวรรณ จัดภัย

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด กรณีศึกษาอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี 1263
สมศักดิ์ กีรติหัตถยากร ,ศิริวิมล ทองก่ำ ,อรอุมา ยะภักดี

พัฒนารูปแบบส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี อายุยืนยาว ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี 1270
รัก ธนะไพบูลย์

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้นโดยใช้แบบสอบถาม STOP-Bang ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี 1281
ศุภณัฏฐ์ สุขเกษม

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 1291
สุพิศ ยอแสง

การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 1303
กิตติเชษฐ์ ธีรกุลพงศ์เวช

การพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ 1314
ณัฐนันต์ ทองศรี

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 40 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ตุลาคม – ธันวาคม 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อุบัติการณ์ของมะเร็งแฝงในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน สมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาล การปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย การปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลยุทธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบาก พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน การรับรู้ภาวะและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การให้สุขศึกษาต่อความรู้ความเครียด และการปฏิบัติตัวหลังคลอด การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน การพัฒนาต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชนและชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และคุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โปรแกรม i-CARE ในการวางแผนดูแลก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด การพัฒนารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ความเครียด และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทย ประสิทธิผลของน้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนเพิ่มคุณภาพนอนหลับ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาล การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไทรอยด์ การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis นวัตกรรมเจลพอกเข่าด้วยสมุนไพร รูปแบบการระบาดและการแพร่กระจายของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ การสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงอภิมานว่าด้วยปัจจัยเชิงวัฒนธรรมและกลยุทธ์การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล การพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาการใช้สารเมทแอฟเฟตามิน การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล Telemedicine และ Nursing care เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025

Part I

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025
Part 1

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 1
ชมภูนุช ทัศนศรีวรการ ,ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์ ,สมใจ ศิระกมล

อุบัติการณ์ของมะเร็งแฝงในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันโดยไม่ทราบสาเหตุ 11
นฤเทพ หนูไชยแก้ว ,อภิวัฒน์ วัฒนกุล ,ชรินทร แพทยนันทเวช

สมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก 17
อิสราภรณ์ ปัญญา ,กุลวดี อภิชาติบุตร ,อรอนงค์ วิชัยคำ

พัฒนาการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ 26
มะลิวัลย์ เศรษฐบุตร

การพัฒนารูปแบบการปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว 36
นพดล คำแสน

ประสิทธิผลโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนาขอ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 46
นริสา จันทะบุตร ,สุมัทนา กลางคาร ,รุจิรา โนนสะอาด

การพัฒนารูปแบบกลยุทธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ปี 2567 58
สุรศักดิ์ หงษ์เวียงจันทร์

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ 70
มะลิวัลย์ เศรษฐบุตร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบากของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง 80
ตวิษา อนุภัย ,ทรงสมร สวนจันทร์ ,ผกาพรรณ สายโสภา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน เขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก 90
พุฒิพงศ์ มากมาย

การรับรู้ภาวะและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 97
เมธี สุทธศิลป์ ,สิริวิมล เกิดศรี ,อาทิตย์ เข็มทอง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 103
สุกัลยา คำประพัฒน์ ,วีณา อิศราวกูร ณ อยุธยา ,ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล

ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาต่อความรู้ ความเครียด และการปฏิบัติตัวหลังคลอดในมารดามาคลอด ณ โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย 110
ประทุมพร แสนโยธา ,อัยย์ชาร์ สุขเกษม

การศึกษาเชิงคุณภาพการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน: กรณีศึกษาประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครนายก 121
อิสรีย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์ ,เพชรลดา บริหาร ,พุฒิพงศ์ มากมาย ,มนิษฐาวดี ชัยสวัสดิ์ ,อาภัสรี บัวประดิษฐ์

การพัฒนาต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชนและชุมชน 130
ลัดดา ขอบทอง ,สุกุมา แสงเดือนฉาย ,มะลิ แสวงผล ,ศศิภรณ์ วิงวอน ,สรารัตน์ ปิดนุ้ย

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และคุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก 141
พุฒิพงศ์ มากมาย ,เพชรลดา บริหาร ,ณัฐกรานต์ บุญชู

ผลของโปรแกรม i-CARE ในการวางแผนดูแลก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือและแผลกดทับ 148
กาญจนา วัชรพาณิชย์ ,ดวงมณี วิยะทัศน์

การพัฒนารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2 156
รัชฎา จอปา ,ตวงทิพย์ เชื้อผู้ดี

ความเครียด และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง 169
กล้าณรงค์ อินต๊ะวงค์ ,ภัทรภณ นิลสิงห์ .อัมพร สัจจวีรวรรณ

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025
Part 1

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การจัดการทางการยศาสตร์เพื่อลดความผิดปกติทางระบบกระดูกโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ของพนักงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์แห่งหนึ่ง 177
ภัทรภณ นิลสิงห์ ,กล้าณรงค์ อินต๊ะวงค์

การพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตแบบไร้รอยต่อ เชื่อมโยงสถานพยาบาลรัฐและเอกชน จังหวัดศรีสะเกษ 184
มัลลิกา สุพล ,ทรายกะรัต เสริมแก้ว ,ชนัชา อุปฮาด

ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร 198
สัมพันธ์ มณีรัตน์ ,สุพรรณี ใจดี

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 205
ชวาลา บัวหอม ,ณัฏยา อ่อนผิว ,เปรียบแก้ว ฝาระมี

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดในระหว่างรอรับบริการและผลต่ออัตราการส่งต่อรักษาและความพึงพอใจ คลินิกพิเศษเฉพาะทาง (Special Medical Clinic: SMC) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 216
อินทิรา ภูสง่า

การส่งเสริมการดำเนินนโยบายองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHCO): บทเรียนจาก โรงพยาบาลลำพูน อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน 229
เพชรลดา บริหาร ,อิสรีย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์ ,พุฒิพงศ์ มากมาย ,สมมิตร ฝั้นต๊ะ

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 40 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ตุลาคม – ธันวาคม 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อุบัติการณ์ของมะเร็งแฝงในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน สมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาล การปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย การปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลยุทธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบาก พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน การรับรู้ภาวะและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การให้สุขศึกษาต่อความรู้ความเครียด และการปฏิบัติตัวหลังคลอด การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน การพัฒนาต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชนและชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และคุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โปรแกรม i-CARE ในการวางแผนดูแลก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด การพัฒนารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ความเครียด และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทย ประสิทธิผลของน้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนเพิ่มคุณภาพนอนหลับ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาล การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไทรอยด์ การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis นวัตกรรมเจลพอกเข่าด้วยสมุนไพร รูปแบบการระบาดและการแพร่กระจายของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ การสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงอภิมานว่าด้วยปัจจัยเชิงวัฒนธรรมและกลยุทธ์การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล การพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาการใช้สารเมทแอฟเฟตามิน การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล Telemedicine และ Nursing care เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

ความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

Well-being at Work Among Nurses in Health Promotion Hospital, Health Center Region 1, Chiang Mai.

(Received: September 9,2025 ; Revised: October 13,2025 ; Accepted: October 17,2025)

ชมภูนุช ทัศนศรีวรการ[1] ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์[2] สมใจ ศิระกมล[2]
Chompoonuch Tasanasriworakarn[1], Thitinut Akkadechanunt[2], Somjai Sirakamon[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความผาสุกในการทำงาน และศึกษาแนวทางในการส่งเสริมความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ศึกษาในประชากรพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมด จำนวน 64 คน และกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม คือ อาสาสมัครพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ2568 . เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 2 ส่วนได้แก่ 1) แบบประเมินความผาสุกในการทำงาน Workplace Wellbeing Questionnaire (WWQ) และ 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแนวทางในการส่งเสริมความผาสุกในการทำงานของพยาบาล ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของ WWQ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความพึงพอใจในงาน องค์กรให้ความสำคัญกับบุคลากร การดูแลของนายจ้างและการทำงานรบกวนชีวิตส่วนตัว มีค่าเท่ากับ 0.83, 0.86, 0.91 และ 0.85 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า ความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความพึงพอใจในงาน องค์กรให้ความสำคัญกับบุคลากร การดูแลของนายจ้าง และการทำงานรบกวนชีวิตส่วนตัว(mean = 27.59, S.D.= 5.34; mean = 18.43, S.D. = 4.36; mean =19.87 , S.D. = 5.53 และ mean =9.48 , S.D. = 4.75 ตามลำดับ) และแนวทางในการส่งเสริมความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในระดับองค์กร ได้แก่ 1) การพัฒนาความรู้ความสามามารถในการทำงาน 2) การจัดสภาพแวดล้อมการทำงานให้ปลอดภัย 3) การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ 4) การสร้างจิตวิญญาณในการทำงาน 5) การจัดกิจกรรมสร้างความรักและความผูกพันต่อองค์กร และ 6) การพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม และในระดับบุคคล ได้แก่ 1) การตระหนักถึงคุณค่าและความหมายของงาน 2) การดูแลผู้ป่วยด้วยใจ 3) การทำตนให้มีเป็นประโยชน์ในการทำงาน 4) การมุ่งมั่นในการทำงาน 5) การสร้างความรักในวิชาชีพ เพื่อนร่วมงานและองค์กร 6) การรับผิดชอบ และ7) การคิดเชิงบวก

คำสำคัญ:ความผาสุกในการทำงาน, แนวทางการส่งเสริมความผาสุกในการทำงาน, พยาบาล

ABSTRACT

This survey research aimed to study well-being at work and explore approaches to promote well-being at work among nurses in Health Promotion Hospitals, Health Promotion Center 1, Chiang Mai. The population included 64 professional nurses working in the hospitals. The subjects for the focus group interview consisted of 12 nurses. Data were collected from June to July 2025. Research instruments consisted of two parts, namely 1) the Workplace Wellbeing Questionnaire (WWQ) and 2) focus group interview guidelines regarding approaches to promote well-being at work. Cronbach's alpha coefficients of the four components of the WWQ, including

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ E-mail: chompoo4372@gmail.com
[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

work satisfaction, organizational respect for the employee, employer care, and intrusion of work into private life, were 0.83, 0.86, 0.91, and 0.85, respectively.The results revealed that: Well-being at work among nurses in Health Promotion Hospital, Health Center Region 1 Chiang Mai was at a moderate level for all four components: work satisfaction, organizational respect for the employee, employer care, and intrusion of work into private life (mean = 27.59, S.D. = 5.34; mean = 18.43, S.D. = 4.36; mean = 19.87, S.D. = 5.53; and mean = 9.48, S.D. = 4.75, respectively). Approaches for promoting well-being at work among nurses in Health Promotion Hospital, Health Center Region 1 Chiang Mai at the organizational level include 1) developing knowledge and work competencies, 2) providing a safe working environment, 3) organizing activities to strengthen mental resilience, 4) fostering work spirit, 5) organizing activities to build love and commitment to the organization, and 6) enhancing teamwork skills. And at the individual level include 1) recognizing the value and meaning of work, 2) caring for patients with compassion, 3) being a useful contributor in the workplace, 4) demonstrating work commitment, 5) building love for the profession, colleagues, and organization, 6) taking responsibility, and 7) practicing positive thinking.
Keywords: Well-being at work, approaches for promoting well-being at work, nurses

บทนำ

พยาบาล นับว่าเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุด และเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพ แต่กลับพบว่าสถานบริการด้านสุขภาพทั่วโลก กำลังประสบกับปัญหาด้านการขาดแคลนบุคลากรพยาบาล พบอัตราการลาออกของพยาบาลในระดับโลกอยู่ระหว่างร้อยละ 8 ถึงร้อยละ 36.6โดยมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ร้อยละ16 จากการวิเคราะห์กลุ่มย่อยพบว่า อัตราการลาออกของพยาบาลในเอเชียอยู่ที่ร้อยละ 19 และในอเมริกาเหนืออยู่ที่ร้อยละ 15[1] ในประเทศไทยมีการรายงานว่าจากสถิติอัตราการสูญเสียข้าราชการที่ลาออกจากราชการของกรมอนามัยย้อนหลัง 5 ปี (ปี พ.ศ. 2558-2562) จำนวน 240 อัตรา ตำแหน่งที่ลาออกมากที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 28.33 โดยพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้พยาบาลมีการลาหรือขาดงานเกิดจากความเครียดในการทำงาน ดังนั้นบุคลากรพยาบาลจำเป็นต้องมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีซึ่งทั้งสองอย่างมีความสำคัญต่อความสามารถของบุคคลในการรับมือกับความเครียดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อที่ทำงานโดยตรง เมื่อพนักงานมีสุขภาพดีทั้งกายและจิตใจ แรงจูงใจ ความตั้งใจและความพึงพอใจในงานจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย[2] หากพยาบาลมีความผาสุกในการทำงานทำให้เกิดการคงอยู่ในวิชาชีพลดอัตราการลาออกได้

ความผาสุก (Well-being) เป็นแนวคิดที่กว้างกว่า หมายถึง สภาพรวมของคุณภาพชีวิต ซึ่งรวมถึงสุขภาพจิต สุขภาพกายความสัมพันธ์ที่ดีการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม ความผาสุกในการทำงาน (Well-Being at Work) พัฒนามาจากแนวคิดความผาสุกทางใจ (Psychological Well-Being) ของ Ryff1989) [3] ต่อมาในปี 2003 Diener และคณะ[4]ได้นำเสนอแนวคิด Subjective Well-Being (SWB) แนวคิดความผาสุกในการทำงานยังได้มีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับแนวคิดความสุขในที่ทำงาน (Happiness at work) และในปี 2003 Manion[5] ได้นำเสนอแนวคิดของ Well-Being ในบริบทของการทำงานที่มุ่งเน้นการสร้างความผาสุกในการทำงาน ซึ่งแนวคิดนี้สะท้อนให้เห็นถึงการมองความผาสุกในการทำงานเชิงระบบที่เชื่อมโยงระหว่างบุคคลและองค์กร ในปี 2010 Fisher[6] ได้ทำการศึกษามุ่งเน้นและนำแนวคิด Well-Being at work ในบริบทของที่ทำงาน แนวคิดนี้ช่วยให้องค์กรสามารถออกแบบนโยบายเพื่อส่งเสริมความผาสุกในการทำงานของพนักงานอย่างรอบด้าน ต่อมา

Parker และ Hyett [7] ได้นำแนวคิดความผาสุกในการทำงาน Well-Being at Work ของ Fisher[6] ร่วมกับแนวคิด Psychological Well-Being ของ Ryff[3] พัฒนาเครื่องมือมีการประเมินในบริบทความผาสุกในการทำงานให้ครอบคลุม ได้แก่ มิติด้านสุขภาพ (Health Dimension) ซึ่งเน้นสุขภาพกายและจิต มิติด้านอารมณ์ (Emotional Dimension) ที่เกี่ยวข้องกับความสุขและแรงจูงใจ มิติด้านสังคม (Social Dimension) ซึ่งเน้นความสัมพันธ์เชิงบวก และมิติด้านการเติบโต (Growth and Development Dimension) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพและโอกาสในการเติบโต นอกจากนี้ ParkerและHyett[7] ยังเน้นมิติด้านสมดุลชีวิต (Work-Life Balance Dimension) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างความผาสุกในการทำงานในระยะยาวได้อย่างยั่งยืน และได้ให้ความหมายของของความผาสุกในการทำงาน (Well-being at work) ว่าหมายถึงการรับรู้ของพยาบาลที่เกิดจากการรวมกันของสภาวะอารมณ์เชิงบวกและลบเกี่ยวกับการทำงาน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในงาน 2) องค์กรให้ความสำคัญกับบุคลากร 3) การดูแลของนายจ้าง และ 4) การทำงานรบกวนชีวิตส่วนตัว[7]

ความผาสุกในการทำงานส่งผลต่อทั้งองค์กร บุคลากร และผู้รับบริการ เพราะความผาสุกในการทำงานนั้นมีส่วนช่วยให้องค์กรสามารถมองเห็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้น หากองค์กรซึ่งเป็นโครงสร้างระดับสูงให้ความสำคัญกับความความผาสุกในการทำงาน จะก่อให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรที่ดี ทำให้เป็นองค์กรคุณภาพและสามารถบรรลุเป้าหมายขององค์กรได้ [8] นอกจากนี้ การให้ความสำคัญกับความผาสุกในการทำงานของบุคลากรช่วยสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดีและส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในทีมได้ [7] การสร้างความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างแน่นแฟ้นระหว่างความสุขของพนักงานส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในที่ทำงาน ทำให้พนักงานแต่ละคนมีมุมมองของตนเองที่ดีเกี่ยวกับงานและการพัฒนาตนเอง[9] ซึ่งสามารถการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และหากพยาบาลทำงานอย่างมีประสิทธิภาพย่อมส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการรักษาของผู้ป่วยตามมา องค์กรต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ จึงมีการให้ความสำคัญกับการศึกษาความผาสุกของบุคลากรพยาบาลและการสร้างความผาสุกในการทำงานเพิ่มมากขึ้น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เป็นหนึ่งในองค์กรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและมีการดำเนินงานกำหนดนโยบาย “องค์กรแห่งความสุข” มีการประเมินความสุขของบุคลากรโดยใช้ Happy Organization Public Index (HPI) ใช้ Happinometer และ ใช้ Thailand Hospital Indicator Program (THIP) ในการวัดความพึงพอใจในงานขององค์กร อีกทั้งมีแนวทางการส่งเสริมความสุขของบุคลากรตามแผนสร้างความผูกพันของบุคลากรกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567 โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กรมีสุขภาพดี มีการจัดการข้อมูลและความรู้และกิจกรรมเสริมความผูกพันต่อองค์กร แต่พบว่าการประเมินความสุขปัจจุบันเป็นการประเมินความสุขทั่วไป (Happiness) และการประเมินความพึงพอใจในงาน ซึ่งเป็นเพียงองค์ประกอบของความผาสุกในการทำงานเท่านั้น ซึ่งยังขาดมิติที่ครอบคลุมถึงการดูแลเอาใจใส่ของนายจ้างและมติความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ดังนั้นจึงควรมีการประเมินความผาสุกในการทำงานของพยาบาลให้ครบทุกมิติ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความผาสุกในการทำงานให้กับพยาบาล โดยคาดหวังว่าเมื่อพยาบาลมีความผาสุกในการทำงาน จะส่งผลให้ได้งานที่มีประสิทธิภาพ สามารถบรรลุเป้าหมายขององค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และศึกษาแนวทางในการส่งเสริมความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาความผาสุกในการทำงานและแนวทางในการส่งเสริมความผาสุกในการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์เชียงใหม่ 1 อนามัยที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ตอบแบบสอบถามได้แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 1 เชียงใหม่2 กลุ่มงานการพยาบาล จำนวน คน 64 และกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม เป็นอาสาสมัครพยาบาลวิชาชีพจำนวนทั้งหมด 12 คน จาก 12 กลุ่มงานการพยาบาล

เครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามในการประเมินความผาสุกในการทำงานของพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา 2) ข้อมูลลักษณะการทำงาน ได้แก่ รายได้ ตำแน่งการทำงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน และระยะเวลาในการปฏิบัติงานปัจจุบัน โดยลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความผาสุกในการทำงาน Workplace Well-being Questionnaire (WWQ)[7] ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 31 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในงาน 2) องค์กรให้ความสำคัญกับบุคลากร 3) การดูแลของนายจ้าง และ 4) การทำงานรบกวนชีวิตส่วนตัว ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ ดังนี้ 0 = ไม่เลย 1 = น้อยมาก 2 = ปานกลาง 3 = มาก 4 = จริงมากที่สุด โดยมีการแปลค่าคะแนนในแต่ละด้าน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลางและระดับสูง[7] ซึ่งด้านที่ 4 จะต้องแปลคะแนนย้อนกลับ 1 ข้อ

แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแนวทางในการส่งเสริมความผาสุกในการทำงานของพยาบาล ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดในงานวิจัยของ ดวงเนตร ธรรมกุลและคณะ [10] ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นข้อคำถามประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ตำแหน่งการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยงานปัจจุบันและลักษณการทำงาน

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแนวทางในการส่งเสริมความผาสุกในการทำงานของพยาบาล มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดประกอบด้วยคำถามหลักและคำถามรองเกี่ยวกับแนวทางในการส่งเสริมความผาสุกในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ 2 ระดับได้แก่ 1) ระดับองค์กร และ 2) ระดับบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยผู้ศึกษา ภายหลังที่โครงร่างการวิจัยเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ ตามขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากโครงร่างการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัย

ที่ 1 เชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาล ขอความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยจัดเตรียมแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 1) เอกสารข้อมูลการวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และ2) เอกสารลงนามยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย และแบบสอบถาม พร้อมซองเปล่า 2 ซอง เพื่อแจกให้แก่พยาบาลวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลทุกคน โดยพยาบาลที่ยินดีเข้าร่วมศึกษาจะลงรายมือชื่อให้ความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม และตอบแบบสอบถามภายในเวลาสองสัปดาห์ จากนั้นให้ส่งแบบสอบถาม และใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาคืนโดยแยกใส่ซองที่แนบไปให้จำนวนสองซอง ปิดผนึกนำส่งในกล่องที่วางไว้ในแต่ละกลุ่มงาน

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ขั้นตอนการศึกษารายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และประโยชน์ที่พยาบาลจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้

5. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลรวมทั้งสิ้น 12 กลุ่มงานการพยาบาล เพื่อแนะนำตัวเอง อธิบาย วัตถุประสงค์ และแจ้งให้ทราบถึงขั้นตอนและแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอรายชื่อผู้ประสานงานวิจัยช่วยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย โดยได้แนบหนังสือชี้แจง การเก็บรวบรวมข้อมูลใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ให้กับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมและลงนามเข้าร่วมการวิจัยในเอกสารสามารถตอบแบบสอบถามภายในเวลา 2 สัปดาห์

6. ภายหลังครบ 2 สัปดาห์ที่ ผู้วิจัยติดตามผู้ประสานงานในการเก็บแบบสอบถามกลับคืน พบว่าแบบสอบถามจำนวน 58 ชุด ผู้วิจัยจึงดำเนินการแจ้งให้ผู้ประสานงานวิจัยประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพิ่มเติมเป็นระยะเวลาอีก 2 สัปดาห์และได้จำนวนแบบสอบถามกลับคืนที่มีความครบถ้วนทั้งหมด 64 ชุด จากนั้นจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การสนทนากลุ่ม

1. การเตรียมจัดสนทนากลุ่ม

1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ในการพัฒนาตนเองด้วย การเข้ารับการอบรมเรื่องการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่จัดโดยคณะกรรมการบริหารหลักสูตรบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

1.2 ผู้วิจัยทำการนัดหมายวัน เวลาในการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาสนทนากลุ่มในช่วงพักกลางวันและไม่มีการประชุมในวันนัดสนทนากลุ่ม ณ ห้องสอนสุขศึกษา หอผู้ป่วยในสูติกรรม 1 อาคาร 1 ชั้น 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ให้กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มโดยผู้วิจัยได้แจ้ง วันเวลาสถานที่สนทนากลุ่มแก่กลุ่มตัวอย่างล่วงหน้า 2 สัปดาห์

1.3 ผู้วิจัยทำการเตรียมความพร้อมในด้านเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการฝึกหรือทดลองสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามที่ปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว รวมทั้งอุปกรณ์ที่จะใช้ในการดำเนินการสนทนากลุ่มได้แก่ อุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึกเสียง แบตเตอรี่สำรอง สมุดสำหรับจดบันทึกและฝึกปฏิบัติด้านเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การดำเนินการจัดสนทนากลุ่ม

2.1 หลังจากได้รายชื่อกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ประสานงานวิจัยดำเนินการนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ให้กับอาสาสมัครพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาล จำนวน 12 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 6 คน

2.2 ผู้วิจัยจัดที่นั่งสนทนากลุ่ม โดยผู้ศึกษาและกลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในระดับเดียวกัน ผู้ศึกษาอยู่ตรงกลางและจัดโต๊ะประชุมเป็นรูปครึ่งวงกลม ให้สมาชิกในกลุ่มหันหน้าเข้าหากันและหันหน้า ตรงกับผู้วิจัย เพื่อให้การพูดคุยแลกเปลี่ยนกันได้ดีทุกคนสามารถมองเห็นกันทุกคน

2.3 ผู้วิจัยขออนุญาตทำการบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม และจดบันทึกข้อมูลและบรรยากาศระหว่างการสนทนากลุ่มด้วยตนเอง

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มโดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่มละ 45-60 นาที โดยในการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งผู้วิจัยทำการแนะนำตัว กล่าวขอบคุณและให้ข้อมูลการวิจัยสั้น ๆ พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ซักถามข้อสงสัยจนเกิดความเข้าใจ เพื่อตัดสินใจในการเข้าร่วมในการศึกษาและเซ็นใบยินยอมไว้เพื่อเป็นหลักฐานในการเข้าร่วมการวิจัย

2.5 ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศด้วยการกล่าวคำทักทายและอธิบายการแสดงความคิดเห็นในประเด็นจะเหมือนหรือแตกต่างจากคนอื่นไม่มีผิดไม่มีถูก เพราะเป็นความคิดเห็นส่วนตัว เริ่มถามคำถาม ขณะสนทนากลุ่มผู้ศึกษาฟังด้วยความตั้งใจ ถามคำถามเป็นระยะและจับประเด็น ไม่ชี้นำแนวทางคำตอบ เชื้อเชิญกลุ่มตัวอย่างผู้ที่ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็นได้แสดงความเห็นในประเด็นที่นำมาสนทนากลุ่มเมื่อดำเนินการสนทนากลุ่มตามที่กำหนด

2.6 เมื่อสิ้นสุดการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยทำการกล่าวขอบคุณและให้ความมั่นใจว่า ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ และจะไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานแต่อย่างใด เมื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่างครบทุกประเด็นตามแนวคำถามจากการสนทนากลุ่มและไม่มีคำตอบที่แตกต่างจากที่ให้ข้อมูลมาแล้วผู้ศึกษาจึงยุติการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

3 สิ้นสุดการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยทำการถอดเสียงการสนทนา จัดเตรียมข้อมูลและนำไปวิเคราะห์เนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความผาสุกในการทำงานของพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลแนวทางการส่งเสริมความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำข้อมูลมาสรุปเนื้อหาและจัดหมวดหมู่ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารเลขที่ 058/2568) และคณะกรรมการจริยธรรม ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (เอกสารเลขที่ 21/2568)

ผลการวิจัย

1. ประชากรในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 64 คนมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 37.75 ปี มีค่าพิสัยเท่ากับ 26-54 ปี โดยกลุ่มอายุ 31-35 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.81 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งคิดเป็นร้อยละ 98.44สถานภาพสมรสมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.31 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 35,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.94 เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาพบว่าร้อยละ 82.81 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 ปฏิบัติงานในแผนกห้องคลอดจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 26.56 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน ช่วง 1-5 ปี และ ช่วง 6-10 ปี จำนวนเท่ากัน ซึ่งเป็นจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.06

2. คะแนนเฉลี่ยความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่เชียงใหม่ 1อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยด้านความพึงพอใจในงาน เท่ากับ 27.59 (S.D. = 5.34) ด้านองค์กรให้ความสำคัญกับบุคลากรเท่ากับ 18.43 (S.D. = 4.36) ด้าน การดูแลของนายจ้าง เท่ากับ 19.87 (S.D. = 5.53) และด้านการทำงานรบกวนชีวิตส่วนตัวเท่ากับ 9.48 (S.D. = 4.75) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความผาสุกในการทำงานของพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละด้าน)n = 64)

ความผาสุกในการทำงาน	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความผาสุกในการทำงาน
ความพึงพอใจในงาน	10.00	36.00	27.59	5.34	ปานกลาง
องค์กรให้ความสำคัญกับบุคลากร	6.00	28.00	18.43	4.36	ปานกลาง
การดูแลของนายจ้าง	0.00	28.00	19.87	5.53	ปานกลาง
การทำงานรบกวนชีวิตส่วนตัว	0.00	19.00	9.48	4.75	ปานกลาง

3. กลุ่มตัวอย่างการสนทนากลุ่มทั้งหมด 12 คน มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 38.58 ปี ค่าพิสัยเท่ากับ 29-55 ปี โดยพบว่ากลุ่มอายุ 36-40 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.67 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 สถานภาพสมรสมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.67 เมื่อพิจารณารายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ารายได้อยู่ในช่วง 30,001-35,000 บาทจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.67 ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบันพบว่าอายุการทำงาน 6-10 ปี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.67 สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 100 และปฏิบัติงานในลักษณะระยะเวลาในการทำงานแบบหมุนเวียนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00

แนวทางในการส่งเสริมความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในระดับองค์กรที่สรุปประเด็นได้จากกล่มตัวอย่างมีดังนี้ (1 การพัฒนาความรู้ความสามามารถในการทำงานองค์กรควรมีการสนับสนุนให้พยาบาลไปศึกษาต่อหรือเข้าร่วมประชุมวิชาการต่าง ๆ ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความรู้และทักษะให้กับบุคลากรโดยรวม การเข้ารับการอบรม รวมทั้งฝึกอบรมเฉพาะทาง เช่น การประเมินพัฒนาการเด็ก (Denver II, DSPM) การฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการกดหน้าอก (CPR) และการอบรมครูพี่เลี้ยง จะช่วยเพิ่มศักยภาพและความก้าวหน้าในวิชาชีพการสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดในการดูแลผู้ป่วย (2 การจัดสภาพแวดล้อมการทำงานให้ปลอดภัยในการทำงานให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน รวมถึงให้การ

สนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลตนเองของบุคลากรขณะปฏิบัติงานมากขึ้น (3 การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจโดยการสร้างวัฒนธรรมการทำสมาธิก่อนประชุม (Mindfulness in Organization: MIO) การสอนงานระบบพี่เลี้ยง รวมถึงการประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบสอบถาม PHQ-9 และการส่งต่อบุคลากรที่มีปัญหาไปยังผู้เชี่ยวชาญ พร้อมข้อเสนอให้มีนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ประจำองค์กร (4 การสร้างจิตวิญญาณในการทำงาน โดยการส่งอบรมพีเอสดี (Professionalism, Service mind, Diligence) การยกย่องบุคลากรดีเด่น การจัดกิจกรรมทางศาสนา (เช่น การตักบาตร) และกิจกรรม “เรื่องเล่าเร้าพลัง” เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ (5 การจัดกิจกรรมสร้างความรักและความผูกพันต่อองค์กรโดยจัดกิจกรรมวันสำคัญ เช่น วันขึ้นปีใหม่ กิจกรรมรดน้ำดำหัว และการให้ค่าตอบแทนพิเศษ (P4P) รวมถึงข้อเสนอให้จัดกิจกรรมพัฒนาความสัมพันธ์องค์กร (Organization Development : OD) และ 6) การพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมด้วยการมีระบบพี่เลี้ยง การสื่อสารที่ดีและการฝึกอบรมทีมเวิร์ค (teamwork) เพื่อสร้างการทำงานที่เป็นเอกภาพ

แนวทางในการส่งเสริมความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในการในระดับบุคคล ได้แก่ 1) การตระหนักถึงคุณค่าและความหมายของงานเป็นการทำความเข้าใจงานและคุณค่าของงาน การเห็นคุณค่าจากการช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งความมีคุณค่าในงานวัดได้จากความสำเร็จ ทำให้เกิดความภูมิใจจากการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้มีสุขภาพดี รวมถึงผลลัพธ์เชิงบวกจากการติดตามดูแลต่อเนื่อง และการสรุปผลจากข้อมูลที่ได้รับ 2) การดูแลผู้ป่วยด้วยใจโดยปฏิบัติอย่างเท่าเทียม รับฟัง และสื่อสารด้วยความเข้าใจโดยไม่ตัดสินผู้ป่วย รวมถึงการใส่ใจในรายละเอียดและความพร้อมของผู้ป่วยรายบุคคลการรับฟังและสื่อสารด้วยความเข้าใจ 3) การทำตนให้มีเป็นประโยชน์ในการทำงานเป็นการช่วยเหลืองานนอกหน้าที่ การเป็นวิทยากรให้กับหน่วยงานอื่น รวมถึงการช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานและการทำงานด้วยความเต็มใจ 4) การมุ่งมั่นในการทำงานเป็นการตั้งเป้าหมายระยะสั้น การตั้งเป้าหมายรายวัน รวมถึงการมีเป้าหมายเชิงบวกในการทำงาน 5) การสร้างความรักในวิชาชีพ เพื่อนร่วมงานและองค์กรโดยการส่งเสริมความสามัคคี การแก้ปัญหาร่วมกัน และการช่วยเหลือในสถานการณ์ฉุกเฉิน มีการสร้างความรักกับเพื่อนร่วมงาน ความรักในวิชาชีพและความรักในองค์กร 6) การรับผิดชอบโดยการรายงานปัญหาโดยไม่กล่าวโทษบุคคล การเปิดรับคำแนะนำ และการฝึกทัศนคติแบบ Growth Mindset และ7) การคิดเชิงบวกต่องาน

สรุปและอภิปรายผล

ความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ทั้งองค์ประกอบ 4 อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ เชียงใหม่บางส่วนมีความ 1 ผาสุกในการทำงานระดับสูง บางส่วนอาจจะมีความผาสุกในการทำงานระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Parker and Hyett [7] ที่มีการศึกษาความผาสุกในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง และมีความแตกต่างกับการศึกษาของ Michael and Zamralita (2024) [11] ที่พบว่าความผาสุกในการทำงานอยู่ในระดับสูง ความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่โดยรวมมีระดับปานกลาง ซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างของแต่ละบุคคล ทั้งในด้านความพึงพอใจ ความต้องการ แนวคิดหรือสถานการณ์ที่พบเจอ รวมถึงประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาต่างๆตลอดจนการรับรู้เข้าใจและความสามารถในการปรับตัวตามสถานการณ์นั้นๆ ถึงแม้พยาบาลจะต้องทำงานอย่างเหน็ดเหนื่อยในโรงพยาบาลและที่บ้าน แต่ก็ยังรู้สึกว่างานที่ทำอยู่มีคุณค่าเพราะเป็นงานที่มั่นคง มีรายได้

สม่ำเสมอ ได้ช่วยเหลือผู้อื่นและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้สำเร็จตามเป้าหมาย

ในส่วนของกรส่งเสริมความผาสุขของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 ในระดับองค์กรนั้น โรงพยาบาลได้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้พยาบาลไปศึกษาต่อหรือเข้าร่วมประชุมวิชาการต่าง ๆ ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความรู้และทักษะให้กับบุคลากรโดยรวม การเข้ารับการอบรม รวมทั้งฝึกอบรมเฉพาะทาง ซึ่งปัจจุบันมีอยู่แล้วแต่ควรเพิ่มมากขึ้น เช่น ให้ทุนพยาบาลในแต่ละแผนกเรียนต่อเฉพาะทางปีละ 1 ทุน ให้ทุนพยาบาลเรียนต่อปริญญาโท ตลอดจนจัดสรรงบประมาณในการอบรมความรู้ใหม่ๆให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน เพื่อพัฒนาความรู้ความสามามารถในการทำงาน อีกทั้งควรมีการจัดสภาพแวดล้อมการทำงานให้ปลอดภัยเพิ่มขึ้น โดยการเพิ่มความปลอดภัยในการทำงานให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน เช่น เพิ่มแสงสว่างที่ลานจอดรถในเวลากลางคืน ปรับระบบรักษาความปลอดภัย มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยตรวจตรา และรายงานสถานการณ์ผิดปกติ จัดตั้งห้องปลอดฝุ่นให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน ติดตั้งประตูแบบดิจิทัล (สแกนนิ้ว/หน้า) เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย รวมถึงรวมถึงให้การสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลตนเองของบุคลากรขณะปฏิบัติงานมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแผนสร้างความผาสุกและความผูกพันของบุคลากรประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567 ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา[12]

การส่งเสริมความผาสุกในการทำงานในระดับบุคคลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ได้มีโรงพยาบาลมีการสร้างจิตวิญญาณในการทำงานให้แก่พนักงานโดยการจัดตั้งโครงการหรือกิจกรรมที่ให้การยกย่องหรือเชิดชูเกียรติของพยาบาลสร้างทัศนคติที่ดีและสร้าง ความภาคภูมิใจและความศรัทธาต่อองค์กร เช่น จัดกิจกรรมร่วมกับข้าราชการบำนาญ/ผู้เกษียณ เพื่อความสัมพันธ์และวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมโดยการมีระบบพี่เลี้ยง การสื่อสารที่ดี และการฝึกอบรม teamwork เพื่อสร้างการทำงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมความผาสุกในการทำงานของพยาบาลโดยให้พยาบาลตระหนักถึงคุณค่าและความหมายของงานในการทำงานของพยาบาลมีการตั้งเป้าหมายในการทำงาน สามารถวัดได้จากความสำเร็จในการทำงานจนทำให้เกิดความภาคภูมิใจในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมความผาสุกในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพจากบทเรียนจากโครงการงานบันดาลใจ ของดวงเนตร ธรรมกุลและคณะ [10] ที่พบว่าการมองเห็นคุณค่าของตนเองแม้จะเป็นงานที่เป็นฟันเฟือง เล็กๆ ขององค์กรก็มีส่วนทำให้งานทั้งองค์กรประสบความสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ เชียงใหม่ ควรนำผลจากการศึกษาไป 1 ใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมความผาสุกในการทำงานให้เพิ่มมากขึ้น ดังนี้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรเปิดโอกาสหรือท้าท้าย ให้ผู้ปฏิบัติงานทางการพยาบาลได้ทดลองเปลี่ยนงานโดยมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice)

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการปรับเปลี่ยนวิธีการในการปฏิบัติต่อบุคลากรในองค์กรโดยการจัดกิจกรรมที่สามารถให้บุคลากรสามารถรับรู้ถึงการที่องค์กรให้ความสำคัญกับบุคลากร เช่น จัดกิจกรรมพัฒนาความสัมพันธ์องค์กร)Organization Development: OD) และรื้อฟื้นโครงการ “Happy Money” เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เป็นต้น

3. มีพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความผาสุกในการทำงานของวิชาชีพพยาบาลตามแนวทางการส่งเสริมความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 ลุ่มตัวอย่างในเชียงใหม่ โดยใช้ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ไปดำเนินการ รวมทั้งติดตามผลการใช้โปรแกรมการการส่งเสริมความผาสุกในการทำงานของวิชาชีพพยาบาลตามแนวทางพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.Ren H, Pan L, Xue Y, Xin W, Yin X, Li H.(2024). Global prevalence of nurse turnover rates: A meta-analysis of 21 studies from 14 countries. J Nurs Manag. 2024;2024:5063998. doi:10.1155/2024/5063998

2.Chang R.(2024). The impact of employees health and well-being on job performance. J Educ Humanit Soc Sci. 2024;29(1):372-8.

3.Ryff CD.(2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. Psychother Psychosom.2014;83:10-28. doi:10.1159/000353263

4.Diener EF, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. Annu Rev Psychol. 2003;54:403-25. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056

5.Manion J.(2003). Joy at work: Creating a positive workplace. J Nurs Adm. 2003;33(12):652-5.

6.Fisher CD.(2010). Happiness at work. Int J Manag Rev. 2010;12:384-412. doi:10.1111/j.1468-2370.2009.00270

7.Parker GB, Hyett MP.(2011). Measurement of well-being in the workplace: The development of the work well-being questionnaire. J Nerv Ment Dis. 2011;199(6):394-7. doi:10.1097/NMD.0b013e31821cd3b9

8.Fisher CD.(2014). Work and wellbeing. In: Wellbeing: A complete reference guide. Vol III. Wiley-Blackwell; 2014. doi:10.1002/9781118539415.wbwell018

9.Wright TA, Bonnet DG.(2007). Job satisfaction and psychological well-being as nonadditive predictors of workplace turnover. J Manag. 2007;33:141-60. doi:10.1177/0149206306297582

10.ดวงเนตร ธรรมกุล, ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, พงษ์สุวรรณ ศรีสุวรรณ.(2562). การสร้างเสริมสุขภาวะการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ: บทเรียนจากโครงการงานบันดาลใจ. วารสารวิทยาลัยบรมราชนนี กรุงเทพ. 2562;35(1):36-47.

11.Michael, Zamralita.(2024). Work-family interface, workplace well-being and psychological detachment on work from home system. Tazkiya. 2024;12(2):187-201. doi:10.15408/tazkiya.v12i2.37602

12.กรมการค้าต่างประเทศ.(2566). แผนสร้างความผาสุกและความผูกพันของบุคลากรกรมการค้าต่างประเทศ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขานุการกรม กรมการค้าต่างประเทศ.

อุบัติการณ์ของมะเร็งแฝงในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันโดยไม่ทราบสาเหตุ

Incidence of latent cancer in patients with idiopathic deep vein thrombosis.

(Received: October 2,2025 ; Revised: October 13,2025 ; Accepted: October 17,2025)

นฤเทพ หนูไชยแก้ว[1] อภิวัฒน์ วัฒนกุล[1] ชรินทร แพทยนันทเวช[1]
Naruthep Nuchaikaew[1] Apiwat Wattanakul[1] Charinthorn Phaetyananthawet[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของมะเร็งแฝงในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกว่าเป็นภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันโดยไม่ทราบสาเหตุ (Unprovoked DVT) โดยรวมผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น DVT และได้รับการยืนยันผลด้วยการตรวจทางภาพถ่าย (เช่น อัลตราซาวนด์ Doppler, CT หรือ MRI) ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ระหว่างปี พ.ศ. 2552 – 2562 (ค.ศ. 2009 – 2019) ได้ทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินการเกิดมะเร็งแฝงภายหลังในผู้ป่วยที่มี DVT ทั้งชนิดมีสาเหตุ (Provoked) และไม่มีสาเหตุ (Unprovoked)

ผลการศึกษา: ในช่วงปี 2009 – 2019 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น DVT ทั้งหมด 1,770 ราย โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันด้วยการตรวจทางภาพถ่ายจำนวน 666 ราย ในจำนวนนี้ 188 ราย (คิดเป็น 28%) เป็นผู้ป่วย Unprovoked DVT ภายหลังพบว่ามีมะเร็งแฝงในผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวน 28 ราย คิดเป็น 14.8% ของผู้ป่วย Unprovoked DVT ทั้งหมด โดยในจำนวนนี้เป็นเพศชาย 11 ราย (40%) และเพศหญิง 17 ราย (60%) มะเร็งที่พบมากที่สุดในเพศชายคือ มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate cancer) คิดเป็น 36% ส่วนในเพศหญิงพบมะเร็งทางนรีเวช (Gynecological malignancies) มากที่สุด คิดเป็น 41%

คำสำคัญ: มะเร็งแฝง, ภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันโดยไม่ทราบสาเหตุ, อุบัติการณ์

Abstract

This retrospective cohort study aimed to determine the prevalence of latent malignancies in patients with a first diagnosis of unprovoked deep vein thrombosis (DVT). The study enrolled adult patients diagnosed with DVT and confirmed by imaging (e.g., ultrasound, Doppler, CT, or MRI) at Hat Yai Hospital between 2009 and 2019. Medical records were reviewed to assess the incidence of latent malignancies in patients with both provoked and unprovoked DVT.

Results: Between 2009 and 2019, a total of 1,770 patients were diagnosed with DVT, with 666 patients confirmed by imaging. Of these, 188 (28%) were unprovoked DVT patients. Twenty-eight patients, representing 14.8% of all unprovoked DVT patients, were later found to have underlying malignancies. Of these patients, 11 (40%) were male and 17 (60%) were female. Prostate cancer was the most common malignancy in males, accounting for 36% of the total. Gynecological malignancies were the most common in females, accounting for 41% of the total.

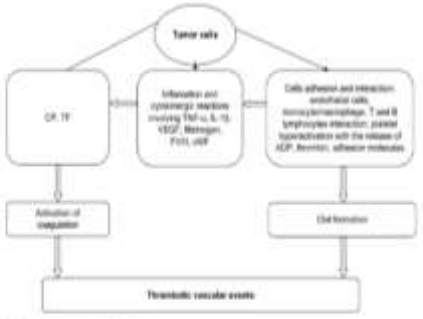
Keywords: underlying malignancy, idiopathic deep vein thrombosis, incidence

บทนำ

เป็นที่ทราบกันดีว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (Deep Vein Thrombosis; DVT) กับการเกิดมะเร็งแฝง (Occult Malignancy) ดังนั้นเมื่อพบผู้ป่วยที่มีภาวะ DVT โดยไม่ทราบสาเหตุ (Unprovoked DVT) ควรพิจารณาการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหามะเร็งที่อาจซ่อนอยู่ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของมะเร็ง

[1] นายแพทย์ ภาควิชาศัลยกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 ประเทศไทย

แฝงในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Unprovoked DVT เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับชนิดของมะเร็งที่พบและแนวทางการตรวจวินิจฉัยที่เหมาะสม ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous thromboembolism; VTE) ตามที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์กำหนด หมายถึงการอุดตันของหลอดเลือดดำลึกโดยลิ่มเลือด ภาวะลิ่มเลือดดำลึก (Deep Vein Thrombosis; DVT) คือการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำลึก ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะเส้นเลือดอุดตันที่ปอด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเสียชีวิตได้ ในสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วย DVT สูงถึง 600,000 รายต่อปี และมีผู้ป่วยเส้นเลือดอุดตันที่ปอดประมาณ 200,000 รายต่อปี โดย 1–2% ของผู้ป่วยเสียชีวิต (2) ส่วนในประเทศไทย มีผู้ป่วยรายใหม่ DVT ประมาณ 300 รายต่อปีที่โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี 2006–2009[1] DVT มักเกิดจากกลไก Virchow's triad ได้แก่ ภาวะเลือดแข็งตัวง่ายผิดปกติ การบาดเจ็บที่ผนังหลอดเลือด และการไหลเวียนของเลือดผิดปกติ (29) มะเร็งทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดโดยการสร้างสภาวะเลือดแข็งตัวง่ายจากการหลั่ง tissue factor และ cytokine จากเนื้องอก (23,30) ผู้ป่วยมะเร็งจึงมีความเสี่ยงต่อ VTE มากกว่าประชากรทั่วไป[2,3] มีรายงานว่า ประมาณ 7–10% ของผู้ป่วย DVT ครั้งแรกจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งแฝงภายในหนึ่งปี[4,5] และมากกว่า 60% ของมะเร็งแฝงถูกตรวจพบหลังจากเหตุการณ์ DVT[6,7] ดังนั้น DVT ที่ไม่ทราบสาเหตุจึงควรได้รับการประเมินหามะเร็งแฝง



อย่างไรก็ตาม ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์ระดับภูมิภาค ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของมะเร็งซ่อนเร้นในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย DVT ครั้งแรกโดยไม่มีสาเหตุชัดเจนยังมีจำกัด การศึกษาครั้งนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความชุกและชนิดของมะเร็งซ่อนเร้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแนวทางการตรวจคัดกรองและการดูแลผู้ป่วย DVT อย่างเหมาะสมในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความชุก (Incidence) ของมะเร็งซ่อนเร้นในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย DVT ครั้งแรกโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน (Unprovoked DVT) ณ โรงพยาบาลหาดใหญ่
2. เพื่อระบุชนิดของมะเร็งที่ตรวจพบภายหลังการวินิจฉัย DVT
3. เพื่อประเมินช่วงเวลาตั้งแต่การวินิจฉัย DVT จนถึงการตรวจพบมะเร็งซ่อนเร้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงกลุ่ม (Retrospective cohort study) ที่ดำเนินการ ณ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ประเทศไทย โดยทำการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT) ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อหาค่าอุบัติการณ์ของมะเร็งซ่อนเร้นในผู้ป่วยที่มีภาวะ DVT โดยไม่ทราบสาเหตุ (unprovoked DVT) รวมถึงระบุชนิดของมะเร็งที่พบและลักษณะทางประชากรและทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลทั้งหมดได้มาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และเวชระเบียน

ของโรงพยาบาล โดยเก็บรักษาความลับของผู้ป่วยตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ได้ทำการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย DVT (ICD code I802) ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 1770 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก: ผู้ป่วยที่มี DVT โดยไม่ทราบสาเหตุ

เกณฑ์การตัดออก: ข้อมูลไม่ครบถ้วน

การวินิจฉัยยืนยันโดย duplex ultrasound และ histopathology ในกรณีมะเร็ง

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ตัวแปรเชิงปริมาณรายงานเป็นค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) หรือค่ามัธยฐานพร้อมช่วง ตัวแปรเชิงคุณภาพรายงานเป็นจำนวนและร้อยละ การวิเคราะห์ทางสถิติทำโดย โปรแกรมสำเร็จรูป

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา (เลขที่การรับรอง [HYH EC088-66-01])

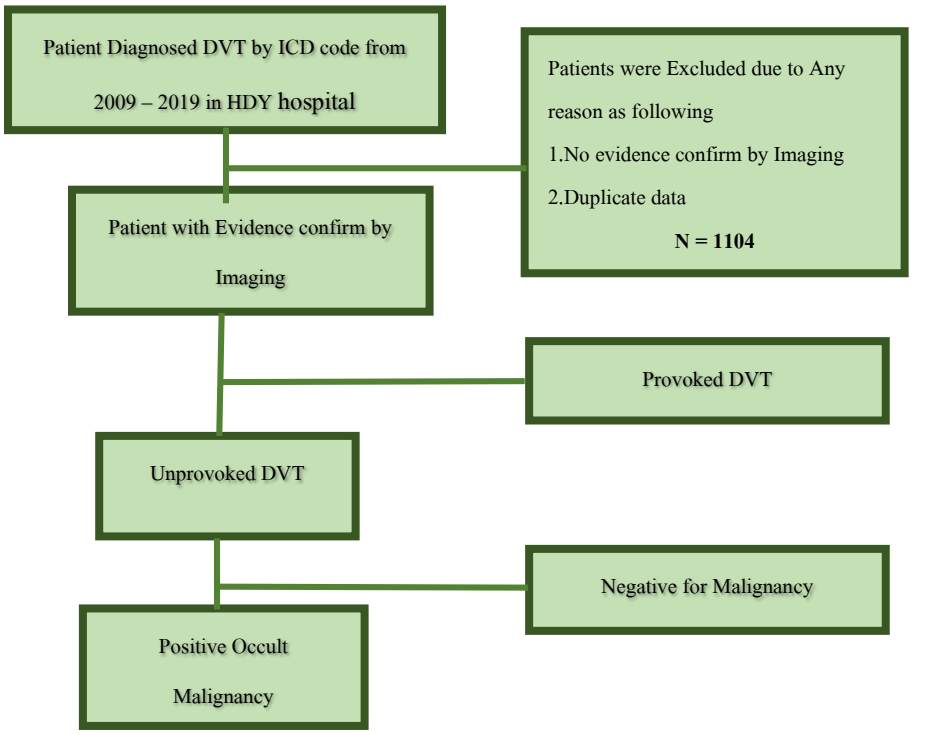
ผลการศึกษา

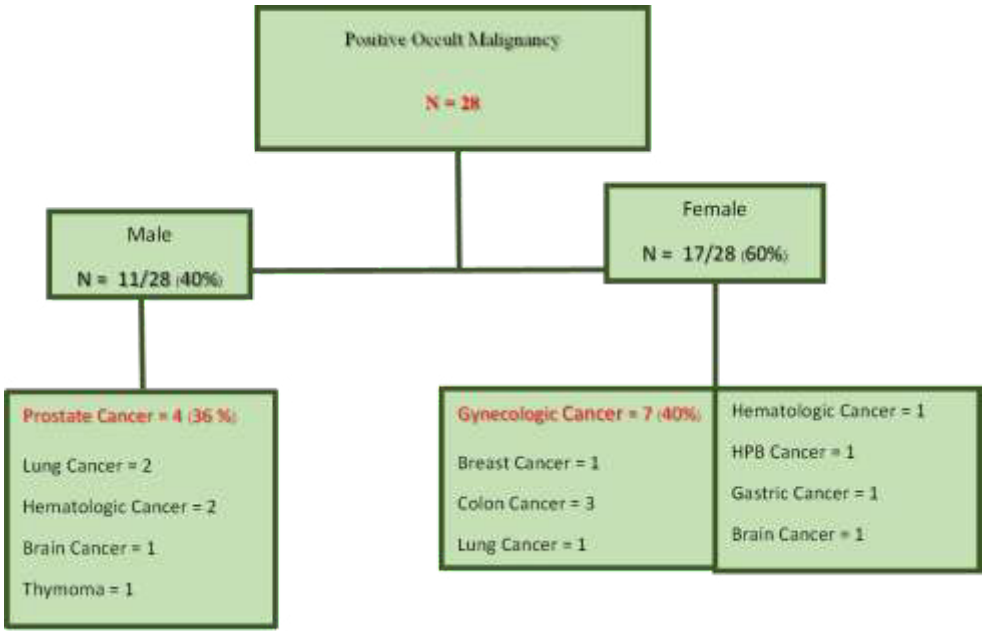
การวิเคราะห์เชิงลึกของเวชระเบียนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ ระหว่างปี พ.ศ. 2552 ถึง 2562 ให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าเกี่ยวกับความชุกและลักษณะของภาวะลิ่มเลือดดำลึก (Deep Vein Thrombosis; DVT) โดยพบผู้ป่วยทั้งหมด 1,770 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น DVT ตามรหัสโรค ICD-10 ในช่วงเวลาดังกล่าว จากนั้นตัดผู้ป่วย 1,104 ราย ออกจากการศึกษา เนื่องจากไม่มีหลักฐานการตรวจภาพถ่ายยืนยันการวินิจฉัยหรือมีข้อมูลซ้ำกัน ทำให้เหลือผู้ป่วย 666 ราย ที่เข้าเกณฑ์ โดยมีหลักฐานการตรวจภาพถ่ายยืนยันแน่ชัด

ผู้ป่วย 666 รายนี้ถูกจำแนกตามลักษณะของ DVT ดังนี้ 478 ราย: จัดเป็น DVT ที่มีปัจจัยกระตุ้น (provoked DVT) 188 ราย: จัดเป็น DVT ที่ไม่ทราบสาเหตุ (unprovoked DVT) ในกลุ่มผู้ป่วย 188 รายที่มี DVT ไม่ทราบสาเหตุ พบว่า 28 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่ามีมะเร็งร่วมด้วย ซึ่งบ่งชี้ถึงความเป็นไปได้ที่ DVT ไม่ทราบสาเหตุอาจมีความสัมพันธ์กับการมีมะเร็งแฝง ผลการศึกษานี้ตอกย้ำถึงความสำคัญของการเก็บข้อมูลอย่างละเอียดรอบคอบและการใช้เกณฑ์การคัดเลือกที่เข้มงวด เพื่อช่วยอธิบายระบาดวิทยาและลักษณะทางคลินิกของ DVT ในกลุ่มผู้ป่วยโรงพยาบาล

จากผู้ป่วย DVT ไม่ทราบสาเหตุทั้ง 28 ราย ที่ถูกรวมในการวิเคราะห์ พบการกระจายทางเพศดังนี้ เพศชาย 11 ราย (40%) เพศหญิง 17 ราย (60%) ในกลุ่มเพศชาย พบอุบัติการณ์ของมะเร็งที่สูงที่สุดคือ มะเร็งต่อมลูกหมาก จำนวน 4 ราย (36%) ในกลุ่มเพศหญิง พบอุบัติการณ์ของมะเร็งที่สูงที่สุดคือ มะเร็งนรีเวช จำนวน 7 ราย (40%)

ข้อค้นพบเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพิจารณา รูปแบบของมะเร็งที่สัมพันธ์กับเพศในผู้ป่วยที่มาพร้อมกับภาวะ DVT ไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งให้ข้อมูลที่มีคุณค่าในการดูแลรักษาผู้ป่วย และชี้แนะแนวทางสำหรับการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง DVT และชนิดของมะเร็งที่เฉพาะเจาะจง





สรุปผล

การศึกษานี้พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งแฝงในผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดดำลึกโดยไม่ทราบสาเหตุ (Unprovoked DVT) ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ อยู่ที่ 14.8% โดยมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในเพศชายคือ มะเร็งต่อมลูกหมาก และในเพศหญิงคือ มะเร็งนรีเวช ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการวางแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งแฝงตามเพศในเวช

ปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งจะช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งแฝงในผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดดำลึกโดยไม่ทราบสาเหตุ (Unprovoked DVT) อยู่ที่ 14.8% ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่รายงานอุบัติการณ์อยู่ในช่วง 7–10%[4,5] ความแตกต่างของอัตราการพบมะเร็งแฝงอาจขึ้นกับความหลากหลายของประชากร ปัจจัยเสี่ยงเฉพาะกลุ่ม และแนวทางการตรวจคัดกรองในแต่ละสถาบัน

ผลการศึกษานี้ยังแสดงถึงความแตกต่างด้านเพศ โดยพบ มะเร็งต่อมลูกหมากในเพศชาย และ มะเร็งนรีเวชในเพศหญิง เป็นชนิดที่พบมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลระดับนานาชาติ[8,9,10] ที่ระบุว่ามะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์มีแนวโน้มสัมพันธ์กับภาวะลิ่มเลือดสูงกว่ามะเร็งชนิดอื่น

ความสัมพันธ์ระหว่างมะเร็งและภาวะลิ่มเลือดได้รับการบรรยายครั้งแรกโดย Trousseau ซึ่งเป็นที่รู้จักในชื่อ *Trousseau's syndrome* กลไกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การหลั่ง tissue factor และ cytokine จากเนื้องอก การกระตุ้นกระบวนการอักเสบที่ทำให้เยื่อบุหลอดเลือดผิดปกติ ตลอดจนการรุกรานของเนื้องอกโดยตรงต่อผนังหลอดเลือด นอกจากนี้ การรักษามะเร็ง เช่น เคมีบำบัด การผ่าตัด และการใช้ยาต้านฮอร์โมน ยังมีส่วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือด[2] ส่งผลให้ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (VTE) เป็น สาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในผู้ป่วยมะเร็ง รองจากการลุกลามของโรค[11]

แม้ว่าจะมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งศึกษาการใช้การตรวจขั้นสูง เช่น PET/CT หรือ CT ทั้งตัว เพื่อตรวจหามะเร็งแฝงในผู้ป่วย DVT แต่ผลลัพธ์ยังไม่แสดงให้เห็นว่า สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ[12] การตรวจดังกล่าวยังเพิ่มค่าใช้จ่ายและอาจไม่เหมาะสมในเชิงปฏิบัติทางคลินิก ดังนั้น การคัดกรองมะเร็งแฝงแบบ มุ่งเป้า (targeted screening) ตามเพศและปัจจัยเสี่ยงจึงเป็นแนวทางที่มีความเหมาะสมมากกว่า สำหรับสถาบันของเราได้ให้ความสำคัญกับการตรวจ PSA ในเพศชาย และการตรวจนรีเวชในเพศหญิง[1,13] ซึ่งช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยและใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างคุ้มค่า

การศึกษานี้จึงตอกย้ำถึงความสำคัญของการประเมินหามะเร็งแฝงในผู้ป่วย DVT ที่ไม่ทราบสาเหตุ และชี้ว่าการตรวจคัดกรองตามเพศและปัจจัยเสี่ยงควรถูกบรรจุในแนวทางปฏิบัติทางคลินิก เพื่อช่วยเพิ่มโอกาสในการตรวจพบมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม

เอกสารอ้างอิง

1. สุคนธ์ วิสุทธิพันธ์.(1998). แนวโน้มของการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึกในประเทศไทย. Thai J Hematol Transfus Med. 1998;8:283–300.
2. Khorana AA, Francis CW, Culakova E, Kuderer NM, Lyman GH.(2007). Frequency, risk factors, and trends for venous thromboembolism among hospitalized cancer patients. Cancer. 2007;110(10):2339–46.
3. Versteeg HH, Spek CA, Peppelenbosch MP, Richel DJ.(2004). Tissue factor and cancer metastasis: the role of intracellular and extracellular signaling pathways. Mol Med. 2004;10(1–6):6–11. doi:10.2119/2003-00047.versteeg.
4. Prandoni P, Lensing AW, Büller HR, et al.(1992). Deep-vein thrombosis and the incidence of subsequent symptomatic cancer. N Engl J Med. 1992;327(16):1128–33. doi:10.1056/NEJM199210153271604.

5. Kelly J.(2002). Occult cancer in older patients presenting with venous thromboembolism. Age Ageing. 2002;31(2):101–4. doi:10.1093/ageing/31.2.101.
6. Chung WS, Lin CL, Hsu WH, Sung FC, Li RY, Kao CH.(2014). Idiopathic venous thromboembolism: a potential surrogate for occult cancer. QJM. 2014;107(7):529–36. doi:10.1093/qjmed/hcu023.
7. Oktar GL, Ergul EG, Kiziltepe U.(2007). Occult malignancy in patients with venous thromboembolism: risk indicators and a diagnostic screening strategy. Phlebology. 2007;22(2):75–9. doi:10.1258/026835507780346114.
8. Carrier M, Le Gal G, Wells PS, Rodger MA.(2008). Systematic review: the Trousseau syndrome revisited: should we screen extensively for cancer in patients with unprovoked venous thromboembolism? Ann Intern Med. 2008;149(5):323–33.
9. Blom JW, Doggen CJ, Osanto S, Rosendaal FR.(2005). Malignancies, prothrombotic mutations, and the risk of venous thrombosis. JAMA. 2005;293(6):715–22.
10. Marks MA, Engels EA.(2014). Venous thromboembolism and cancer risk among elderly adults in the United States. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2014;23(5):774–83. doi:10.1158/1055-9965.EPI-13-1138.
11. Karimi M, Cohan N.(2010). Cancer-associated thrombosis. Open Cardiovasc Med J. 2010;4(2):78–82.
12. สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย.(2557). Venous thromboembolism in gynecologic cancer.
13. Pruekprasert K, Banthawatanarak K, Ruangsetakit C, et al.(2020). Prevalence of occult cancer in acute unprovoked lower extremities deep vein thrombosis in Thai patients. J Med Assoc Thai. 2020;103(5):82–5.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

สมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

Ethical Competencies of Nurses, Buddhachinnarat Hospital Phitsanulok Province.

(Received: September 4,2025 ; Revised: October 17,2025 ; Accepted: November 1,2025)

อิสราภรณ์ ปัญญา[1] กุลวดี อภิชาติบุตร[2] อรอนงค์ วิชัยคำ[3]
Isaraphon Panya[1] Kulwadee Abhicharttibutra[2] Orn-Anong Wichaikhum[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช และศึกษาแนวทางการพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลจำนวน 341 คนคัดเลือกโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบวัดสมรรถนะเชิงจริยธรรมในพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามแนวทางการพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและการสรุปและจัดหมวดหมู่เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.22, SD = 0.67) และสมรรถนะเชิงจริยธรรมรายด้านทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับสูง ได้แก่การแสดงความอ่อนไหวทางอารมณ์และคุณค่าของการให้การดูแลที่ดี ($\bar{X}$ = 4.30 , SD = 0.70) การลงมือทำในขณะ ที่ให้การดูแลที่ดี ($\bar{X}$ = 4.22 , SD = 0.67) การลงมือทำเพื่อการเรียนรู้ที่ดี ($\bar{X}$ = 4.23 , SD = 0.65) และการสร้างผลงานเพื่อการดูแลที่ดี ($\bar{X}$ = 4.13 , SD = 0.66)

คำสำคัญ: สมรรถนะเชิงจริยธรรม, การพัฒนาสมรรถนะ, พยาบาล

ABSTRACT

This survey research aimed to explore the ethical competencies of nurses at Buddhachinnarat Hospital, and to explore methods for developing nurses' ethical competencies at Buddhachinnarat Hospital. The study sample consisted of 341 nurses selected by stratified random sampling. The research instruments were a professional nurse ethical competence scale and the ethical competency development method questionnaire. Data analysis used descriptive statistics, content summarization, and classification.

The findings revealed that The overall ethical competencies of nurses at Buddhachinnarat Hospital was at a high level ($\bar{X}$ = 4.22, SD = 0.67), and all four dimensions of ethical competencies were at high levels including emotional sensitivity and the value of providing good care ($\bar{X}$ = 4.30, SD = 0.70), taking action while providing good care ($\bar{X}$ = 4.22, SD = 0.67), taking action for good learning ($\bar{X}$ = 4.23, SD = 0.65), and creating good care outcomes ($\bar{X}$ = 4.13, SD = 0.66).

Keywords: ethical competency, competency development, nurse

บทนำ

จริยธรรมถือเป็นพื้นฐานสำคัญของวิชาชีพ หากบุคคลใดในวิชาชีพไม่มีจริยธรรมเป็นหลักยึดเบื้องต้นแล้ว ก็ยากที่จะก้าวไปสู่ความสำเร็จแห่งตนและแห่งวิชาชีพ การขาดจริยธรรมทั้งในส่วนบุคคลและในวิชาชีพ อาจมีผลร้ายต่อตนเอง สังคมและวงการวิชาชีพในอนาคตได้อีกด้วย จริยธรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตและสังคม มีส่วนสำคัญที่จะนำความสงบสุขและความเจริญก้าวหน้ามาสู่สังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความสำคัญต่อชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล นอกจากนี้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติในสถานการณ์ที่มีความหลากหลาย ซับซ้อน เป็นพลวัตอยู่ตลอดเวลา พยาบาลจึงต้องเป็น ผู้

[1] นักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อีเมล: akulwadee@gmail.com
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่มีคุณสมบัติสำคัญครบถ้วนใน 3 ด้านได้แก่ ความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และจริยธรรมจึงจะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพ การขาดองค์ประกอบด้านใดด้านหนึ่งนอกจากจะส่งผลให้การพยาบาลไม่มีคุณภาพแล้ว ยังเป็นความเสี่ยง ทั้งต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติ และต่อประชาชนผู้รับบริการ[1] พยาบาลจึงต้องเป็นผู้มีสมรรถนะเชิงจริยธรรมเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ อันจะช่วยสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมทั้งส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กรพยาบาล

สมรรถนะเชิงจริยธรรม คือความสามารถของพยาบาลในการใช้กระบวนการไตร่ตรอง วิเคราะห์ ตัดสินใจ และประเมินสถานการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางจริยธรรม เพื่อให้สามารถเลือกปฏิบัติและแก้ไขปัญหาทางจริยธรรมได้อย่างเหมาะสม แนวคิดสมรรถนะเชิงจริยธรรมของ Katayama et al.[2] กล่าวว่าสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลไม่ได้เป็นเพียงทักษะการตัดสินใจ แต่ต้องครอบคลุมการรับรู้ วิเคราะห์ เหตุผลเชิงจริยธรรม แรงจูงใจ และการลงมือปฏิบัติ เพื่อให้พยาบาลสามารถจัดการปัญหาทางจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและเคารพสิทธิผู้ป่วย และประเมินสถานการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางจริยธรรม เพื่อให้สามารถเลือกปฏิบัติและแก้ไขปัญหาทางจริยธรรมได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านการแสดงความอ่อนไหวทางอารมณ์และคุณค่าของการให้การดูแลที่ดี 2) ด้านการลงมือทำในขณะที่ให้การดูแลที่ดี 3) ด้านการสร้างผลงานเพื่อการดูแลที่ดี 4) ด้านการลงมือทำเพื่อการเรียนรู้ที่ดี

การมีสมรรถนะจริยธรรมเป็นสิ่งที่สำคัญในวิชาชีพพยาบาล มีประโยชน์คือ ช่วยให้ผู้บริหารการพยาบาลเกิดความมั่นใจในองค์กรที่มีการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการที่มีคุณภาพสูง เนื่องจากการมีสมรรถนะจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพจะช่วยลดความผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาลและช่วยปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล[3] และมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการคือได้รับการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลด้วย ความเมตตา โอบอ้อมอารี ความซื่อสัตย์และสุจริต ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัยและพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลการดูแล แต่หากพยาบาลวิชาชีพไม่มีสมรรถนะจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลจะส่งผลให้เกิดผลเสียหลายด้านเช่น ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ไม่ดี ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ไม่ได้รับการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล[4] ทำให้คุณค่าทางจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพเบี่ยงเบนไปจากที่สังคมคาดหวังไว้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อองค์กร ทำให้โรงพยาบาลเสียชื่อเสียง ถูกฟ้องร้อง และเสียค่าใช้จ่ายในการตอบแทนความ ผิดพลาดที่เกิดขึ้น[5]

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกและกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการมีสมรรถนะเชิงจริยธรรม จึงมีนโยบายให้บุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลต้องได้รับการอบรมทางด้านจริยธรรมในเรื่องการอบรมพฤติกรรมบริการ การอบรมพื้นฐานจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ และอบรมจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพแก่พยาบาลทุกคนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยร้อยละของการเข้าอบรมตั้งแต่ ปี 2564 2565 และ 2566 คือ 75 , 82 และ 85 ตามลำดับ แต่ยังไม่ถึงร้อยละ 100 ตามเป้าหมาย[6] แม้มีการอบรมเกี่ยวกับจริยธรรมมาอย่างต่อเนื่องแต่จากการรวบรวมข้อมูลจำนวนข้อร้องเรียนในปี 2564 2565 และ 2566 ยังพบข้อร้องเรียนที่เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ สิทธิผู้ป่วยและการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ[6] ซึ่งปัจจุบันยังขาดข้อมูลที่ชัดเจนว่าพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราชมีสมรรถนะเชิงจริยธรรมเป็นอย่างไร การศึกษาสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราชจะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช ในการนำไปเป็นแนวทางในการสร้างเสริมและพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรมที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและคุณภาพการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช

2. เพื่อศึกษาแนวทางพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช และศึกษาแนวทางพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช การศึกษาสมรรถนะเชิงจริยธรรมครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Katayama et al.[2] ซึ่งกล่าวถึงสมรรถนะจริยธรรม 4 ประการคือ 1) การแสดงความอ่อนไหวทางอารมณ์และคุณค่าของการให้การดูแลที่ดี หมายถึง ความสามารถในการดูแลที่ดี เห็นถึงข้อดี ข้อเสียของการให้การดูแล โดยอยู่บนกฎหมาย ระเบียบ และสังคม 2) การลงมือทำในขณะที่ให้การดูแลที่ดี หมายถึงความสามารถในการประเมินพฤติกรรมการแสดงออก ความต้องการทางกาย ทางจิตใจ ของผู้ป่วย และครอบครัว สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนการให้การดูแล รวมถึงการตัดสินใจตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และสามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแล 3) การสร้างผลงานเพื่อการดูแลที่ดี หมายถึงความสามารถในการจัดทีมให้การดูแลตามบริบทในให้การดูแล 4) การลงมือทำเพื่อการเรียนรู้ที่ดี หมายถึงความสามารถในการเรียนรู้และเผยแพร่ประเด็นทางด้านจริยธรรมจากการส่งเสริมเพิ่มความรู้ในการให้การดูแล ซึ่งสมรรถนะเชิงจริยธรรมพัฒนาได้จากแนวทางการพัฒนาจริยธรรมทั้งในระดับบุคคล หน่วยงาน และองค์กร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพุทธชินราช ภายใต้กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล จำนวน 976 คน[6]

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช จำนวน 341 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างของทาโรยามาเน่ (Taro Yamane)[7] และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่มีประสบการณ์การในการทำงานมาแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี และกำหนดเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในระหว่างการลาป่วย ลาคลอด หรือ ลาศึกษาต่อในระหว่างการเก็บข้อมูล รวมถึงผู้บริหารการพยาบาลได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการประกอบการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้น เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การปฏิบัติงาน กลุ่มงานการพยาบาล การอบรมที่เกี่ยวกับจริยธรรม คำถามมีลักษณะแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมคำ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดสมรรถนะเชิงจริยธรรมในพยาบาลวิชาชีพ (Ethical Caring Competency Scale [(ECCS]) ของ Katayama et al.[2] จำนวน 22 ข้อเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การตอบสนองที่รวดเร็วและการดูแลที่ดี จำนวน 4 ข้อ 2) การปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงการดูแลที่ดี จำนวน 9 ข้อ 3) การให้การดูแลที่ดี โดยคำนึงถึงความเสี่ยงหรือผลเสียที่อาจเกิดขึ้น จำนวน 6 ข้อ 4) การแสดงออก(พฤติกรรม)ถึงการเรียนรู้การดูแลที่ดีจำนวน 3 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบตามการรับรู้ของผู้ตอบ โดยให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง 5 คะแนน ปฏิบัติมาก หมายถึง 4 คะแนน ปฏิบัติปานกลาง

หมายถึง 3 คะแนนปฏิบัติน้อย หมายถึง 2 คะแนนไม่ปฏิบัติ หมายถึง 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแนวทางการพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรมในพยาบาล ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อสอบถามเกี่ยวกับวิธีการพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลในระดับบุคคล หน่วยงาน และโรงพยาบาล โดยคำถามมีลักษณะเป็นแบบคำถามปลายเปิด จำนวนทั้งหมด 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบวัดสมรรถนะเชิงจริยธรรมในพยาบาล ของ Katayama et al.[2] ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือโดยผู้พัฒนาเครื่องมือ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่มีการดัดแปลงข้อมูล ส่วนแบบสอบถามแนวทางการพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรมในพยาบาล ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนที่เชี่ยวชาญด้านจริยธรรม ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านสมรรถนะทางการพยาบาล 1 คน ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล 1 คน และรองหัวหน้าพยาบาลด้านการพัฒนางานจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา (comprehensiveness) ความชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) และความเหมาะสมในการจัดลำดับคำถาม (sequence the question) จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้ศึกษานำแบบวัดสมรรถนะเชิงจริยธรรมในพยาบาลทั้ง 3 ส่วนไปทดลองใช้กับพยาบาลในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกจำนวน 10 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.98 โดยกำหนดเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2005)[8]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2567 ผู้ศึกษาได้ประสานกับหัวหน้ากลุ่มงานโรงพยาบาลพุทธชินราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา โดยผู้ศึกษาดำเนินการแต่งตั้งผู้ประสานงานวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำการในกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล เพื่อช่วยแจกและรวบรวมแบบสอบถาม พร้อมจัดทำเอกสารประกอบ ได้แก่ หนังสือยินยอม เอกสารข้อมูลอาสาสมัคร และคิวอาร์โค้ดสำหรับเข้าถึงแบบสอบถามออนไลน์ จากนั้นสุ่มรายชื่อพยาบาลวิชาชีพและจัดส่งเอกสารให้แก่กลุ่มตัวอย่างผ่านผู้ประสานงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมทำการสแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อตอบแบบสอบถามออนไลน์ และเมื่อครบกำหนด 2 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 328 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.19 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 341 คน แบบสอบถามมีความสมบูรณ์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล 328 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะทางจริยธรรม โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ข้อมูลแนวทางการพัฒนาสมรรถนทางจริยธรรมโดยการสรุปเนื้อหาและจัดหมวดหมู่เป็น 3 กลุ่มได้แก่ ระดับบุคคล หน่วยงาน และโรงพยาบาล

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ

สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลพุทธชินราช ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 301 คน คิดเป็นร้อยละ 91.77 มีอายุเฉลี่ย 36.57 ปี (SD = 9.61) มีอายุอยู่ในช่วง 22 - 59 ปี โดยอายุ 41-59 ปี จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 35.98 รองลงมาคืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 35.06 และอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 28.9 มีสถานภาพคู่ จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 47.56 รองลงมา คือสมรส จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 47.26 และหม้าย/หย่าร้าง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 5.18 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 307 คน คิดเป็นร้อยละ 93.60 รองลงมาคือปริญญาโท จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 6.40 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 2 – 37 ปี มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย คือ 13.84 ปี (SD = 9.58) โดยระยะเวลาที่ปฏิบัติงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 42.38 รองลงมาคือระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 11 - 20 ปี จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 29.27 และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 21 - 37 ปี จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 28.35 หน่วยงานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ คือ งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 21.04 รองลงมา คือ งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 17.37 และงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 14.94 และกลุ่มตัวอย่าง เคยเข้าการอบรมเกี่ยวกับจริยธรรมมากที่สุด จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 67.07

2. สมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการแสดงความอ่อนไหวทางอารมณ์และคุณค่าของการให้การดูแลที่ดี รองลงมา ได้แก่ ด้านการลงมือทำเพื่อการเรียนรู้ที่ดี ด้านการลงมือทำในขณะที่ให้การดูแลที่ดี และด้านการสร้างผลงานเพื่อการดูแลที่ดี เมื่อจำแนกเป็นระดับพบว่า สมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 90.85 ส่วนรายด้านพบว่าด้านการแสดงความอ่อนไหวทางอารมณ์และคุณค่าของการให้การดูแลที่ดีอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 91.46 ด้านการลงมือทำเพื่อการเรียนรู้ที่ดีอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 90.55 ด้านการลงมือทำในขณะที่ให้การดูแลที่ดีอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 89.33 และด้านการสร้างผลงานเพื่อการดูแลที่ดีอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 85.98

3. แนวทางพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผลการศึกษาได้ข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรม ทั้งในระดับบุคคล ระดับหน่วยงาน และระดับองค์กร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาล

ระดับ	แนวทางการพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรม	วิธีการ
ระดับบุคคล	การเข้ารับการอบรมจริยธรรม	การเข้ารับการอบรม โดยการอบรมจริยธรรมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี หรือทุก 1-3 ปีและการอบรมเชิงลึกรวมถึงการอบรมที่อัปเดตข้อมูล และเสริมความรู้ อย่างต่อเนื่อง
	ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง	การอ่านหนังสือ บทความ วารสารวิชาการ เอกสารคู่มือการทบทวนหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพของสภาการพยาบาล การติดตามกรณีศึกษาทางจริยธรรมใน

ตารางที่ 1 แนวทางพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาล

ระดับ	แนวทางการพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรม	วิธีการ
		ข่าวสารหรือวารสารวิชาชีพ ของสภาการพยาบาล และเว็บไซต์ของสภาการพยาบาล หรือการเข้าร่วมกิจกรรมออนไลน์
	การปฏิบัติตามหลักจริยธรรม	การปฏิบัติตามแนวทางและมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย มีความอดทน ลดอคติ รวมถึงการมีสติ การคิดบวก และเห็นคุณค่าในมนุษย์มากกว่าการรักษาทางกายเพียงอย่างเดียว โดยการนำหลักจริยธรรมมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานจริง ให้บริการด้วยใจ มีความเอื้ออาทร ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยปกป้องสิทธิผู้ป่วย เก็บรักษาความลับของผู้รับบริการ ให้ข้อมูลที่เพียงพอและชัดเจนการให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา สื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วยด้วย น้ำเสียงที่นุ่มนวล และสุภาพอ่อนโยน ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเมตตา และไม่เลือกปฏิบัติ ซื่อสัตย์สุจริต และไม่แสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบ และมีความเท่าเทียม มีความรับผิดชอบในหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ รวมถึงการทบทวนพฤติกรรมการบริการของตนเองอย่างสม่ำเสมอ
ระดับหอผู้ป่วย	การสนับสนุนการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับจริยธรรม	ส่งเจ้าหน้าที่อบรมให้ครอบคลุมทุกคนและทุกระดับในหอผู้ป่วย มีการฝึกจากสถานการณ์จำลองที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม หรือกิจกรรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับจริยธรรมภายในหอผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เชิญผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรมมาให้ความรู้ คำปรึกษา หรือเป็นพี่เลี้ยงให้กับบุคลากรภายในหอผู้ป่วย พร้อมทั้งมีการสนับสนุนการเข้ารับการอบรมภายนอกหอผู้ป่วย ติดตามการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง และประเมินพฤติกรรมจริยธรรมของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ
	การประชุมเชิงจริยธรรม (Case Conference) และการตรวจเยี่ยมเชิงจริงธรรม (Ethics round)	มีการนำเสนอและอภิปรายกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นจริยธรรมที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง หรือ ทำการตรวจเยี่ยมเชิงจริงธรรม (Ethics round) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 วัน เพื่อยกตัวอย่างกรณีศึกษา ที่มีปัญหาเชิงจริยธรรมมาอภิปราย การประชุม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ในหอผู้ป่วยเป็นประจำ การรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นและแลกเปลี่ยนความรู้สึกในที่ทำงานก็ช่วยให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน
ระดับโรงพยาบาล	การพัฒนาเกี่ยวกับจริยธรรม	จัดโครงการพัฒนาจริยธรรม จัดอบรมเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับมาตรฐานการพยาบาล จริยธรรมวิชาชีพ จัดอบรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ รวมทั้งสนับสนุน ให้พยาบาลเข้าร่วมการประชุม สัมมนา การศึกษาต่อเนื่อง (CNEU) หรือการศึกษาดูงาน โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และมีการจัดให้มีการทบทวนแนวปฏิบัติ (Guideline/Protocol) เพื่อให้พยาบาลยึดแนวทางเดียวกัน และมีการอัปเดตองค์ความรู้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice)
	การปลูกฝังจิตสำนึกให้พยาบาลเห็นความสำคัญของจริยธรรมการพยาบาล	ผู้บริหารและหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามหลักจริยธรรม แสดงความเห็นอกเห็นใจ และแก้ไขปัญหาอย่างเป็นธรรม ส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีความซื่อสัตย์สุจริต และทำงานร่วมกันด้วยความสามัคคีและวินัย นอกจากจัดให้มีการมอบรางวัลหรือยกย่องเพื่อเป็นต้นแบบ และสร้างขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ โดยมอบโล่เกียรติยศ และยกย่องบุคลากรที่มีจริยธรรมดี เพื่อสร้างขวัญกำลังใจและเป็นแบบอย่างให้กับบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล สื่อสารเชิงบวกผ่านนิทรรศการ งานประชุมวิชาการ โปสเตอร์ หรือสื่อออนไลน์ภายในองค์กร ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

สรุปและอภิปรายผล

สมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า

1. สมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพุทธชินราช ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพุทธชินราชโดยรวมและรายได้อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 31 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 64.94 และมาประสบการณ์มากกว่า 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 57.62 ซึ่งพยาบาลอาวุโสมีทักษะการไตร่ตรองเชิงจริยธรรมและการแก้ปัญหาที่ซับซ้อนดีกว่า[9] และมีการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมที่รอบด้านกว่า[10] สอดคล้องกับ Sitzman และ Watson[11] ที่เน้นว่าการปฏิบัติจริงและการเรียนรู้จากประสบการณ์ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลให้ลึกซึ้งมากขึ้น[10] และสอดคล้องกับแนวคิดของ Kohlberg[12] ซึ่งเป็นทฤษฎีพัฒนาการคิดเชิงจริยธรรม ที่กล่าวว่าการตัดสินใจทางจริยธรรมของบุคคลจะพัฒนาไปตามช่วงวัย ผ่านกระบวนการเรียนรู้มาเรื่อยๆ จึงทำให้ผู้ที่อายุและประสบการณ์มากขึ้นมีศักยภาพทางด้านจริยธรรมดีขึ้น[11] สอดคล้องกับงานวิจัยของ Katayama et al[2]ที่ระบุว่าสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลมีแนวโน้มอยู่ในระดับสูง เนื่องจากพยาบาลต้องเผชิญสถานการณ์ซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย จึงต้องใช้การตัดสินใจเชิงจริยธรรมอย่างรอบคอบ[2] นอกจากนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับจริยธรรมคิดเป็นร้อยละ 67.07 การอบรมด้านจริยธรรมเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมสมรรถนะเชิงจริยธรรมให้ดีขึ้น[13] รวมทั้งโดยปกติพยาบาลมีทัศนคติและคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น ความเมตตา ความยึดมั่นในวิชาชีพ หรือวัฒนธรรมการทำงานในหน่วยงานที่มีการส่งเสริมคุณธรรม[14] จึงทำให้สมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพุทธชินราชโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง

2. แนวทางพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช

แนวทางการพัฒนาสมรรถนเชิงจริยธรรมระดับบุคคล ผลการศึกษาพบว่าแนวทางการพัฒนาสมรรถนเชิงจริยธรรมระดับบุคคล ได้แก่ การเข้ารับการอบรมจริยธรรม ซึ่งช่วยให้พยาบาลมีกรอบการตัดสินใจร่วมกัน ลดความกังวล และเพิ่มทักษะการวิเคราะห์ปัญหาทางจริยธรรม[11,15,16] ส่วนการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง ทั้งจากหนังสือ วารสารวิชาการ หรือการสะท้อนคิดจากประสบการณ์การทำงาน ผลให้พยาบาลมีความมั่นใจและพฤติกรรมจริยธรรมที่ชัดเจนขึ้น[17,18,19] และการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด ซึ่งเป็นหัวใจของวิชาชีพการพยาบาลจะช่วยสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ลดความขัดแย้งทางจริยธรรม และยกระดับคุณภาพการดูแล[20,21,22]

แนวทางการพัฒนาสมรรถนเชิงจริยธรรมระดับหอผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า แนวทางการพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลในระดับหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลพุทธชินราช ได้แก่การสนับสนุนให้พยาบาลเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับจริยธรรม โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งทางจริยธรรม การสนับสนุนการอบรมเชิงปฏิบัติการและมีระบบให้ข้อมูลป้อนกลับที่สม่ำเสมอจากหัวหน้าหอผู้ป่วยช่วยให้พยาบาลมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมเชิงจริยธรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[23] ทั้งนี้การพัฒนาในระดับหน่วยงานเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมให้บุคลากรสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการปลูกฝังและส่งเสริมการปฏิบัติงานตามจริยธรรมวิชาชีพ ส่วนการจัดการประชุมเชิงจริยธรรม และการตรวจเยี่ยมเชิงจริงธรรม ซึ่งเป็นโอกาสในการแลกเปลี่ยนในกรณีทางจริยธรรมนั้นช่วยเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจ[10] พัฒนาการปฏิบัติทางจริยธรรม[23] และลดข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ[25] การจัดประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับจริยธรรมอย่างต่อเนื่อง ยังส่งเสริมให้พยาบาลตระหนักรู้และสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม[26] เพราะการมีจิตสำนึกในจริยธรรมไม่ได้เกิดจากตำรา

เพียงอย่างเดียว แต่ต้องเกิดจากการฝึกฝนและ การสะท้อนคิดจากประสบการณ์จริง[27]

แนวทางการพัฒนาสมรรถนเชิงจริยธรรมระดับโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า แนวทางพัฒนาสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลระดับโรงพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้แก่ การพัฒนาเกี่ยวกับจริยธรรม และการปลูกฝังจิตสำนึกเพื่อให้บุคลากรเห็นความสำคัญของจริยธรรมต่อการปฏิบัติงาน โดยโรงพยาบาลควรจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมทางคลินิก (Clinical Ethics Committee) เพื่อให้คำปรึกษาและสนับสนุนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม รวมถึงจัดทำแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในสถานการณ์อ่อนไหว[28,29] ซึ่งการมีนโยบายและแนวทางที่ชัดเจนด้านการอบรมจริยธรรมนี้มีแนวโน้มที่จะลดปัญหาการร้องเรียนจากผู้ป่วยและเพิ่มความพึงพอใจในเรื่องความเคารพศักดิ์ศรีได้อย่างชัดเจน[28] นอกจากนี้การปลูกฝังจิตสำนึกให้พยาบาลเห็นความสำคัญของจริยธรรมการพยาบาลโดยผู้บริหารและหัวหน้าหอผู้ป่วยควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามหลักจริยธรรม การแสดงความเห็นอกเห็นใจ และการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นธรรม[30] ควบคู่ไปกับการมอบรางวัลเชิดชูพนักงานที่มีพฤติกรรมดีเด่นทางจริยธรรม จะส่งผลต่อความตระหนักและความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญและช่วยสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ยึดหลักคุณธรรมอย่างยั่งยืน[31]

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้

1. หัวหน้าพยาบาลควรธำรงไว้ซึ่งการเสริมสร้างและรักษาสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลโดย การจัดให้มีการอบรม การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ด้านจริยธรรมผ่านระบบพี่เลี้ยง (Mentorship Program) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบไม่เป็นทางการ (Tacit Knowledge) ภายในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

2. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรธำรงไว้ซึ่งการมุ่งเน้นการสร้างผลงานเชิงจริยธรรม โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การ จัดการประชุมเชิงจริยธรรม การตรวจเยี่ยมเชิงจริงธรรม และการส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรมเชิงจริยธรรม พยาบาลควรธำรงไว้ซึ่งการมุ่งเน้นการสร้างคุณค่าและพฤติกรรมเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดจากการปฏิบัติงานเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
พุทธชินราช พิษณุโลก

2. ศึกษาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ

3. ศึกษาสมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพุทธชินราช ตามการรับรู้ของผู้ร่วมงานผู้บริหาร และผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. สภาการพยาบาล.(2564). คู่มือส่งเสริมจริยธรรมสำหรับองค์กรพยาบาล: กลไกและการปฏิบัติ. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทอง จำกัด.
2. Katayama H, Muramatsu T, Aoki Y, Nagashima E.(2022). Psychometric evaluation of the Ethical Caring Competency Scale in nursing. BMC Nurse. 2022;21(103):1-13. doi:10.1186/s12912-022-00886-2.
3. Taylor, K. (2000), Tackling the issue of nurse competency. Nursing Management, 31(9), 34-38.
4. มณี อาภานันทิกุล, วรรณภา ประไพพานิช, สุปาณี เสนาดิสัย, พิศสมัย อรทัย.(2557). จริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลไทยตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล.2557;29(2):5-25.
5. กนกวรรณ ฉันธนะมงคล. (2566). จริยธรรมทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 4). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. โรงพยาบาลพุทธชินราช.(2566). รายงานประจำปี โรงพยาบาลพุทธชินราช. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช.
7. Yamane T.(1973). Statistics: An introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper & Row.
8. Burns N, Grove SK.(2005). The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization. 5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders.

9. Park M, Kjervik D, Crandell J, Oermann MH.(2012). The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. Nurse Ethics. 2012;19(4):568-80.
10. Numminen O, Leino-Kilpi H, Isoaho H, van der Arend A.(2017). The moral sensitivity of nurses and physicians in psychiatric care: a comparative study. Nurs Ethics. 2017;24(2):168–81.
11. Sitzman K, Watson J.(2014). Caring Science, Mindful Practice: Implementing Watson's Human Caring Theory. Springer Publishing Company.
12. Kohlberg L.(1981). The Philosophy of Moral Development: Moral Stages and the Idea of Justice. Harper & Row.
13. สภาการพยาบาล. (2563). แนวทางจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล.
14. Lachman, V. D. (2012). Applying the ethics of care to your nursing practice. MEDSURG Nursing, 21(2), 112–116.
15. Nash M.(2017). Ethical decision-making in clinical practice: A nurse's perspective. Nurs Ethics. 2017;24(4):431–43. https://doi.org/10.1177/0969733015611073
16. Chan EA, Sit V, Lau W.(2021). Enhancing nurses' ethical decision-making in clinical practice: A review of literature. Nurs Ethics. 2021;28(4):572–84. https://doi.org/10.1177/0969733020955978
17. ศิริวรรณ พรหมคุณ. (2560). การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 35(4), 9–18.
18. จันทร์เพ็ญ พรหมบุตร. (2562). การพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจทางจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 37(2), 45-60.
19. International Council of Nurses.(2021). The ICN code of ethics for nurses. [Online]. 2021. Available from: https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf (Accessed 2 August 2025).
20. Beauchamp TL, Childress JF.(2019). Principles of biomedical ethics. 8th ed. Oxford University Press; 2019.
21. Ulrich CM, Hamric AB, Grady C.(2010). Moral distress: A growing problem in health professions. Hastings Cent Rep. 2010;40(1):20–2. https://doi.org/10.1002/hast.15
22. Gallagher A, Tschudin V.(2010). Educating for ethical leadership. Nurse Ethics. 2010;17(4):431–40. https://doi.org/10.1177/0969733010365363
23. บุญช่วย พวงทอง. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 12(1), 34–45.
24. Suthikarn T, Worapong T.(2021). Unit-based ethical leadership and moral practice among nursing teams. Thai J Nurs Counc. 2021;36(2):123–35.
25. ทิพาพร เรืองระยับ. (2562). ผลของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จริยธรรมทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 17(3), 115–27.
26. ชูเกียรติ พิพัฒน์วรชัย, อัญชลี พานิชชีวะ และคณะ. (2563). การพัฒนากลไกสนับสนุนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 38(4), 15-30.
27. วิโรจน์ เจษฎาลักษณ์. (2563). จริยธรรมในวิชาชีพการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพ.
28. Thanasilp S, Udomratn P, Srichan P.(2022). Hospital-based strategies to improve ethical nursing practice in Thailand. Nurs Ethics. 2022;29(1):45–56.https://doi.org/10.1177/0969733021996173
29. ราชันย์ เทพแก้ว. (2565). กลไกการพัฒนาจริยธรรมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วารสารจริยธรรมการแพทย์, 25(2), 78-92.
30. American Nurses Association.(2021). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Silver Spring, MD: ANA.
31. ศิริพร อาจอง. (2564). การพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลด้านจริยธรรมด้วยการเป็นต้นแบบจริยธรรม. วารสารการพยาบาลจริยธรรม, 13(1), 44-52.

พัฒนาการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

Development of promotion and prevention of anemia in early childhood. Lahan Sai District Buriram Province.

(Received: October 6,2025 ; Revised: November 2,2025 ; Accepted: November 3,2025)

มะลิวัลย์ เศรษฐบุตร[1]
Maliwan Setthabut[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาเด็กปฐมวัย 12 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก และเด็กปฐมวัยอายุ 6–12 เดือน จำนวน 127 ราย ที่เข้ารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากประวัติ โภชนาการ และการตรวจเลือด (Hct) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

ผลการศึกษา พบว่ามีปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนนโยบายระดับอำเภอ ความร่วมมือสหสาขาวิชาชีพ และการพัฒนาความรู้ของครอบครัว การดำเนินงานเชิงระบบสามารถเพิ่มการคัดกรองภาวะซีดจาก 65% เป็น 100% ($p<0.001$) อัตราภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กลดลงจาก 24.7% เหลือ 13.5% ($p=0.02$) เด็กที่มีภาวะซีดได้รับการรักษาครบ 100% เพิ่มขึ้นจาก 72% ($p<0.001$) ค่าเฉลี่ย Hct เพิ่มจาก 29.5% เป็น 33.5% ($p=0.03$) และการคัดกรองพัฒนาการพบเด็กสงสัยล่าช้า 38 รายซึ่งได้รับการติดตามแก้ไขครบถ้วน

คำสำคัญ: ภาวะโลหิตจาง, เด็กปฐมวัย, การส่งเสริมและป้องกัน

ABSTRACT

An action research design, based on the Kemmis and McTaggart framework of planning, action, observation, and reflection, was employed from October 2023 to September 2024. The participants consisted of 12 stakeholders in early childhood development, from whom qualitative data were collected through in-depth interviews, and 127 infants aged 6–12 months attending well-child clinics, from whom quantitative data on history, nutrition, and hematocrit (Hct) levels were obtained. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Paired t-test, with statistical significance set at $p<0.05$.

The findings revealed key facilitating factors, including district-level policy support, multidisciplinary collaboration, and improved parental knowledge. The systemic intervention increased anemia screening coverage from 65% to 100% ($p<0.001$), reduced the prevalence of iron deficiency anemia from 24.7% to 13.5% ($p=0.02$), and improved treatment coverage for anemic children from 72% to 100% ($p<0.001$). The mean Hct increased from 29.5% to 33.5% ($p=0.03$). Developmental screening identified 38 children with suspected delays, all of whom received complete follow-up and intervention.

Key word: Anemia, Early childhood, Promotion and prevention

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) โรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

ภาวะโลหิตจาง (Anemia) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งพบมากในทุกกลุ่มวัย ได้แก่ เด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียน หญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.1993-2005 พบความชุกโลหิตจางสูงสุดในกลุ่มเด็กอายุ 0-4 ปี 11 เดือน 29 วัน ร้อยละ 47.4 จากประชากรทั่วโลก 293 ล้านคน[1] และจากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546 กองโภชนาการ กรมอนามัย พบความชุกโลหิตจางกลุ่มเด็กปฐมวัย อายุ 6 เดือน–5 ปี ร้อยละ 25.9 กลุ่มเด็กวัยเรียน อายุ 6-8 ปี ร้อยละ 46.7 อายุ 9–11 ปี ร้อยละ 25.4 อายุ 12-14 ปี ร้อยละ 15.7[2]

การพัฒนาเด็กให้ได้คุณภาพนั้นต้องมีการดูแลตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัยนั้น เกี่ยวข้องกับวิตามินและเกลือแร่ต่างๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะธาตุเหล็ก ซึ่งพบว่ามารดาที่ขาดธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะแท้งและเด็กทารกมีน้ำหนักตัวน้อย ในเด็กปฐมวัยที่ขาดธาตุเหล็ก จะมีผลต่อระดับสติปัญญาของเด็ก 5-10เท่า[3] ซึ่งการดูแลเด็กที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ให้กลับมาอยู่ในระดับปกติ จะส่งผลให้เด็กมีระดับสติปัญญาเทียบเท่ากับเด็กปกติ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กนับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อเด็กโดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่าเด็กประมาณ 300 ล้านคนทั่วโลกมีภาวะโลหิตจางในปี 2011[4] และมีการประมาณการว่าทั่วโลกมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีร้อยละ 42 เป็นภาวะโลหิตจาง[5]

สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กไทยภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey ระหว่างปี พ.ศ. 2553 -2555 พบเด็กอายุ 6 เดือน -3 ปี ในเขตชนบทมีภาวะโลหิตจางมากกว่าในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 41.7 และร้อยละ 26.0 ตามลำดับ[6] และข้อมูลสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในประเทศไทย พบว่า เด็กอายุ 6 -12 เดือน ในประเทศไทย ปี 2563 ร้อยละ 24.72 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 20) กลุ่มเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียนธาตุเหล็กมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย และมีผลต่อพัฒนาการทางสมอง สติปัญญาในเด็กที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กนั้นส่งผลเสียต่อศักยภาพการเรียนรู้ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้และมีพัฒนาการได้เท่ากับเด็กปกติ ปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กในเด็กเล็กจนถึง 1 ปีมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาวะซีดระหว่างตั้งครรภ์ เบาหวานที่ควบคุมไม่ดี การตั้งครรภหลายครั้ง ประวัติทารก เช่น น้ำหนักตัวน้อย, การคลอดก่อนกำหนด อาหารและการดื่มนม (ดื่มนมวัว) ดื่มนมแม่อย่างเดียว (โดยไม่เสริมธาตุเหล็ก) ดังนั้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีคำแนะนำในเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน และ เด็กอายุ 6 เดือนขึ้นไป แนะนำให้ทานนมแม่ควบคู่กับทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงหรือทานอาหารเสริมธาตุเหล็ก (Iron-fortified infant cereal) เพื่อให้ได้ธาตุเหล็กเพียงพอ

จากความสำคัญจากปัญหาดังกล่าว ประเทศไทยจึงจัดชุดสิทธิประโยชน์ให้กับเด็กกลุ่มอายุ 6 เดือน -5 ปี ต้องได้รับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1ครั้ง[7] อีกทั้ง จังหวัดบุรีรัมย์มีการดำเนินงานพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้กลไกของการดำเนินโครงการ มหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าปัญหาสำคัญระดับพื้นที่ ของ เขตสุขภาพที่ 9 คือ เรื่องภาวะโลหิตจางในสตรีและเด็กปฐมวัย ซึ่งจังหวัดบุรีรัมย์ได้มีการดำเนินงานเกี่ยวกับ การคัดกรองและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในสตรีร่วมด้วย และการคัดกรองเด็กอายุ 6 เดือน – 12 เดือน ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ปี 2550[8] ได้กำหนดให้ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนระบบสุขภาพโดยใช้การมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหา ผ่านสมัชชาสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเสนอนโยบายการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด และผลักดันให้เกิดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระดับประเทศ

ต่อไป ซึ่งปัญหาเด็กที่ไม่ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจางซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลให้เห็นว่าเด็กในเขตสุขภาพที่ 9 ยังเข้าไม่ถึงบริการ และพบว่ามีส่วนหนึ่งขาดโอกาส เนื่องจากเด็กอยู่ในครอบครัวที่ยากจนทำอาชีพใช้แรงงาน ไม่สามารถหยุดงานเพื่อนำเด็กมารับบริการได้ ปัญหาดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้หาวิธีการแก้ไขปัญหามาตั้งแต่ 2559 จนถึงปัจจุบัน แต่ปัญหาก็ยังไม่หมดไป ดังนั้นการแก้ไขปัญหาโดยการให้ความรู้ ปรับทัศคติ และพฤติกรรมการดูแลเด็กกับผู้ปกครองเพียงอย่างเดียวจึงเป็นวิธีที่ไม่ได้ผล จำเป็นต้องใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนมาร่วมแก้ไขปัญหา เพื่อหาวิธีที่มีประสิทธิภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวจะสามารถทำให้การพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยทั้งในเรื่องสุขภาพ พัฒนาการ โภชนาการ รวมถึงการแก้ไขปัญหาในครอบครัวของเด็กในเรื่องเศรษฐกิจ และสังคม ส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน ผู้วิจัยจึงสนใจในการแก้ปัญหาดังกล่าวในอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTagart[9] ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ซึ่งผลการวิจัยนี้จะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย เพื่อพัฒนาขยายผลในชุมชนอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนากระบวนการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยในอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนากระบวนการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยในอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนากระบวนการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยในอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย เพื่อพัฒนาส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTagart[9] ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Approach) จากการประเมินกระบวนการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยในกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Approach) จากการประเมินผลภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอละหานทราย และโรงพยาบาลละหานทราย ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และครูชั้นอนุบาล แกนนำชุมชนผู้บริหารและเจ้าหน้าเทศบาลอำเภอละหานทราย อาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอำเภอละหานทราย และกลุ่มที่ 2 เด็กปฐมวัยในอำเภอละหานทราย อายุ 6-12 เดือน ที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดี ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอละหานทราย โรงพยาบาลละหานทราย ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และครูชั้นอนุบาล แกนนำชุมชนผู้บริหารและเจ้าหน้า

เทศบาลอำเภอละหานทราย อาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอำเภอละหานทราย ซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน จำนวน 12 คน สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง และกลุ่มที่ 2 เด็กปฐมวัยในอำเภอละหานทราย อายุ 6-12 เดือน ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีและได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง รวมทั้งสิ้น 127 ราย ซึ่งทุกรายได้รับการเจาะเลือดตรวจ Hct

เกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1. เด็กอายุ 6-12 เดือน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอละหานทราย

2. พ่อแม่ผู้ปกครองเด็กสมัครใจเข้า ร่วมโครงการโดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ เด็ก อายุ 6-12 เดือน ที่ไม่ได้เข้ารับการเจาะ HCT หรือ พ่อแม่ผู้ปกครองเด็กไม่สมัครใจเข้า ร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ชนิดแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure) เพื่อทบทวนและพัฒนาการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยแนวคำถามประกอบด้วย 1) การทบทวนสถานการณ์เด็กปฐมวัยและพัฒนาแนวการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย 2) การนำแนวทางการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ไปใช้

2. เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ แบบบันทึกผลลัพธ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและผลความเข้มข้นเลือด ครั้งที่ 1 ก่อนดำเนินงาน ครั้งที่ 2 ระหว่างดำเนินงาน (1 เดือน) ครั้งที่ 3 หลังการดำเนินงาน (2 เดือน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประวัติมารดาและการคลอด ได้แก่ อายุมารดา จำนวนครั้งของการคลอด วิธีการคลอด คะแนนแอ๊พการ์ ปัญหาของมารดาและการคลอด

2. ประวัติทารก ได้แก่ เพศ อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด

3. ปัญหาของทารกหลังคลอด ได้แก่ ภาวะตัวเย็น ตัวเหลืองผิดปกติ น้ำตาลในเลือดต่ำ หายใจลำบาก หยุดหายใจ การต้องการออกซิเจนและ/หรือเครื่องช่วยหายใจ ภาวะชีด การติดเชื้อ ข้อบ่งชี้ของการส่งต่อโรงพยาบาลบุรีรัมย์ การดูแลรักษา และระยะการนอนโรงพยาบาล

4. ผลการติดตามทารก ได้แก่ การเจริญเติบโตช้า ปัญหาการเลี้ยงดูและการเจ็บป่วยของทารก และการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการพัฒนาการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยแสดงผลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนาใช้ Chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงอัตราส่วน/ร้อยละ และใช้ Paired t-test สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทางสถิติ (Hct) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ตามเอกสารรับรองที่ BRO 2023-146 เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2567 หมดอายุวันที่ 16 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัย พัฒนากระบวนการ และประเมินผลการดำเนินงานด้านการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนากระบวนการจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนากระบวนการ ได้แก่ 1) การสนับสนุนนโยบายและระบบการจัดการ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานเฉพาะกิจระดับ

อำเภอ ภายใต้โครงการ “มหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน” ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและเชื่อมโยงการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ 2) ความร่วมมือของบุคลากรสหสาขาและภาคีเครือข่าย อาทิ กุมารแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ อสม. ครูศูนย์เด็กเล็ก และผู้ปกครอง ซึ่งช่วยให้การทำงานมีความต่อเนื่องและเป็นระบบ และ (3) ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของครอบครัว ที่ได้รับการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากการจัดอบรมและให้คำปรึกษา ส่งผลให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เหมาะสมมากขึ้น เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน และการจัดอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง

2. การพัฒนากระบวนการส่งเสริมและป้องกัน การดำเนินงานเชิงระบบได้มีการจัดบริการและกิจกรรมสนับสนุนหลายด้าน ได้แก่ 1) จัดระบบ คัดกรองภาวะซีด สำหรับเด็กอายุ 6–12 เดือนทุกวันพฤหัสบดีที่คลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) ก่อนการฉีดวัคซีน 2) พัฒนาระบบ โภชนาการเสริม ผ่านกองทุน “นม–ไข่ 90 วัน” และโครงการอาหารกลางวันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3) จัดการอบรม อาสาสมัครสาธารณสุข ครู และผู้ปกครอง เกี่ยวกับโภชนาการและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผลลัพธ์เชิงคุณภาพสะท้อนว่า เด็กและครอบครัวได้รับการดูแลแบบองค์รวม ครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เหมาะสมมากขึ้น อสม.และครูมีทักษะในการเฝ้าระวังภาวะซีดและการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

3. การประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการ ผลการคัดกรองพัฒนาการและภาวะโภชนาการ เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ จำนวน 127 ราย (ร้อยละ 95.49) พบสงสัยล่าช้า 38 ราย (29.92%) ได้รับการติดตามแก้ไขครบถ้วน 100% หลังการพัฒนา (ก่อนการพัฒนา 65%) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) มีการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I และติดตามต่อเนื่อง ผลการคัดกรองภาวะโลหิตจาง เด็กอายุ 6–12 เดือนทุกคนได้รับการเจาะเลือดคัดกรองก่อนฉีดวัคซีนตามรอบ อัตราการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ลดลงจาก 24.7% เหลือ 13.5% ภายใน 1 ปี เด็กที่พบภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก ได้รับการรักษาด้วย ferrous fumarate ตามเกณฑ์น้ำหนักและอายุ โดยมีการติดตามค่าฮีมาโตคริต (Hct) และเฮโมโกลบิน (Hb) อย่างต่อเนื่อง หลังการดำเนินงาน อัตราการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบก่อน–หลังโครงการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ (ตุลาคม 2566 – กันยายน 2567)

ตัวชี้วัด	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	ผลการเปลี่ยนแปลง	ผลการทดสอบนัยสำคัญ
ร้อยละเด็กปฐมวัย (6–12 เดือน) ได้รับการคัดกรองภาวะซีด	65%	100%	เพิ่มขึ้น 35.0%	$p < 0.001$
ร้อยละพบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	24.7%	13.5%	ลดลง 11.2%	$p = 0.02$
ร้อยละเด็กที่มีภาวะซีดได้รับการรักษาด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กตามเกณฑ์	72.0%	100%	เพิ่มขึ้น 28.0%	$p < 0.001$
ร้อยละเด็กที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามแก้ไข (เชื่อมโยง TEDA4I / โภชนาการ)	60%	100%	เพิ่มขึ้น 40.0%	$p < 0.001$
ค่าเฉลี่ย Hematocrit (Hct) ในเด็ก 6–12 เดือน	29.5%	33.5%	เพิ่มขึ้น 4.0%	$p = 0.03$

หมายเหตุ: *การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Chi-square test สำหรับการเปรียบเทียบร้อยละ และ Paired t-test สำหรับค่าเฉลี่ย Hematocrit (Hct) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$*

การดำเนินงานสะท้อนให้เห็นว่าการบูรณาการหลายภาคส่วนทำให้เกิดผลสำเร็จที่เป็นรูปธรรม เช่น คัดกรองครบ 100% และลดภาวะซีดอย่างมีนัยสำคัญ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ทำให้มาตรการได้รับการยอมรับและสามารถดำเนินต่อได้ อย่างไรก็ตาม พบข้อท้าทาย เช่น ความเหลื่อมล้ำ

ทางเศรษฐกิจและข้อจำกัดด้านการติดตามผลระยะยาว ซึ่งเป็นบทเรียนสำหรับการปรับปรุงโครงการรอบถัดไป โดยควรจัดระบบติดตามเชิงรุกและพัฒนาฐานข้อมูลโภชนาการต่อเนื่อง

สรุปการดำเนินงานเชิงระบบที่บูรณาการหลายภาคส่วน ทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกทั้งในด้านการลดอัตราภาวะโลหิตจาง และการยกระดับพัฒนาการเด็กปฐมวัย การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทำให้สามารถสะท้อนปัญหาและปรับปรุงแผนงานอย่างต่อเนื่อง จนนำไปสู่ แนวทางป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน และเด็กปฐมวัยในอำเภอละหานทรายมีสุขภาพและพัฒนาการที่ดีขึ้น ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น และเกิดต้นแบบการพัฒนาในพื้นที่ที่สามารถขยายผลต่อไปยังอำเภออื่นได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงพัฒนาการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

ขั้นตอน	รายละเอียดการดำเนินงาน	ผลลัพธ์/ข้อค้นพบ
การวางแผน (Plan)	- จัดตั้งคณะทำงานระดับอำเภอภายใต้โครงการ “มหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน - กำหนดแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย - วางแผนกิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) ระบบคัดกรองโลหิตจางก่อนฉีดวัคซีน 2) การจัดอาหารเสริมและโภชนาการ 3) การอบรมผู้ปกครอง ครู และ อสม.	- ได้แผนการดำเนินงานที่ครอบคลุมทั้งด้านการคัดกรองโภชนาการ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ชุมชน - ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีบทบาทและหน้าที่ชัดเจน
การปฏิบัติ (Act)	- จัดบริการคัดกรอง Hct เด็กอายุ 6–12 เดือนทุกวันพฤหัสบดีที่คลินิกสุขภาพเด็กดี - ดำเนินโครงการโภชนาการ “นม–ไข่ 90 วัน” และอาหารกลางวันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก - จัดอบรมความรู้ด้านโภชนาการและการเลี้ยงดูแก่ผู้ปกครอง ครู และ อสม. - อสม. และครูศูนย์เด็กเล็กช่วยเฝ้าระวังและติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยง	- มีกิจกรรมเชิงระบบอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง - ครอบครัว ครู และ อสม. มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น
การสังเกต (Observe)	- เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ: อัตราการคัดกรอง อัตราภาวะโลหิตจาง ค่าเฉลี่ย Hct ผลการรักษาและติดตามพัฒนาการ - เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ปกครอง ความร่วมมือของเครือข่าย	- คัดกรองครอบคลุม 100% (เพิ่มจาก 65%, p<0.001) - ภาวะโลหิตจางลดลงจาก 24.7% เหลือ 13.5% (p=0.02) - เด็กที่พบภาวะซีดได้รับการรักษาครบ 100% (เพิ่มจาก 72%, p<0.001) - ค่าเฉลี่ย Hct เพิ่มจาก 29.5% เป็น 33.5% (p=0.03) - เด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า 38 ราย ได้รับการติดตามแก้ไขครบถ้วน
การสะท้อนผล (Reflect)	- ประเมินจุดแข็งและข้อท้าทายของการดำเนินงาน - ร่วมกันถอดบทเรียนกับคณะทำงาน ครอบครัว และชุมชน	- จุดแข็ง: การบูรณาการหลายภาคส่วนและการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ชุมชนทำให้โครงการประสบผลสำเร็จ - ข้อท้าทาย: ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและข้อจำกัดด้านการติดตามผลระยะยาว - บทเรียน: ควรมีระบบติดตามเชิงรุก พัฒนาฐานข้อมูลโภชนาการ และสร้างกลไกสนับสนุนต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนากระบวนการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยโดย

ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงจรของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งประกอบด้วยการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล พบว่าการดำเนินการเชิงระบบที่บูรณาการทั้งระดับนโยบาย บุคลากรสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้อัตราการคัดกรองเด็กอายุ 6–12 เดือนครอบคลุมร้อยละ 100 และอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน ขณะเดียวกันค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริต (Hct) ดีขึ้น แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของมาตรการเชิงป้องกันและการรักษาแบบครบวงจร ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ระบุว่า การขาดธาตุเหล็กเป็นสาเหตุหลักของภาวะโลหิตจางในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก และมาตรการเสริมธาตุเหล็กเชิงระบบสามารถลดความชุกของภาวะดังกล่าวได้อย่างมีนัยสำคัญ[10-11] โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่ปัญหาด้านโภชนาการยังคงมีอยู่มาก ข้อมูลระดับโลกจากการวิเคราะห์เชิงระบบ (meta-analysis) โดย Stevens และคณะ ยังยืนยันว่าความชุกของภาวะโลหิตจางมีความสัมพันธ์กับสถานะเศรษฐกิจและการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพ[12] สำหรับประเทศไทย เดิมมีรายงานการสำรวจโภชนาการแห่งชาติครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2546) โดยกรมอนามัยที่ชี้ว่าภาวะโลหิตจางยังคงเป็นปัญหาสำคัญในเด็กเล็ก และเน้นย้ำความจำเป็นในการเสริมธาตุเหล็ก[13] อย่างไรก็ตาม หลักฐานที่ใหม่กว่านี้สะท้อนให้เห็นว่าปัญหายังไม่หมดไป โดยงานวิจัยล่าสุดในปี พ.ศ. 2568 ที่ศึกษาเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย พบว่าเด็กกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางสูงถึง ร้อยละ 36.9 และมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เช่น เพศหญิง อายุ < 24 เดือน และภาวะโภชนาการต่ำ[14] ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับผลเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียน ปี 2566 ที่รายงานความชุกประมาณ ร้อยละ 22.8 โดยพบมากในเด็กช่วงอายุ 6–9 ปี[15]แสดงให้เห็นว่าปัญหายังคงแพร่หลายในหลายกลุ่มวัย ซึ่งสอดคล้องกับมาตรการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่กำหนดสิทธิประโยชน์ให้เด็ก 6 เดือน–5 ปี ได้รับธาตุเหล็กสัปดาห์ละ 1 ครั้งอย่างครอบคลุม[16] การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงในระดับพื้นที่สามารถลดอัตราภาวะโลหิตจางได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่าการติดตามพัฒนาการเด็กและการแก้ไขในรายที่สงสัยล่าช้าสามารถดำเนินการได้ครบถ้วน 100% ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ระบุว่าการขาดธาตุเหล็กตั้งแต่วัยทารกสัมพันธ์กับผลกระทบต่อพัฒนาการสมองและพฤติกรรมที่อาจคงอยู่ยาวนาน[17] ดังนั้น การป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางตั้งแต่ระยะปฐมวัยจึงไม่เพียงแต่ลดปัญหาสุขภาพเฉียบพลัน แต่ยังเป็นการลงทุนด้านทุนมนุษย์ในระยะยาว ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจ SEANUTS ประเทศไทย ที่รายงานว่าเด็กในชนบทมีความชุกของภาวะซีดสูงกว่าเด็กในเขตเมือง[18] ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมจึงมีบทบาทสำคัญต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซีด โดยการวิจัยปัจจุบันที่ดำเนินการในอำเภอละหานทราย ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบท สอดคล้องกับข้อค้นพบดังกล่าว จุดแข็งของการศึกษานี้คือ การใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ตั้งแต่การวางแผนจนถึงการสะท้อนผล ทำให้มาตรการมีความเหมาะสมกับบริบทและได้รับการยอมรับในชุมชน อีกทั้งยังทำให้เกิดระบบการดูแลแบบบูรณาการที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ก็มีข้อจำกัด เนื่องจากไม่ได้ควบคุมตัวแปรกวนบางประการ เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การติดเชื้อร่วม หรือการเข้าถึงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ซึ่งอาจมีผลต่อผลลัพธ์ อีกทั้งการติดตามผลดำเนินการในระยะเวลาเพียง 1 ปี ยังไม่เพียงพอที่จะประเมินผลลัพธ์ระยะยาวได้อย่างชัดเจน

จากการดำเนินงานตลอดระยะเวลาโครงการ พบว่ากระบวนการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยที่อำเภอละหานทราย มีจุดเด่นคือการบูรณาการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งบุคลากรสุขภาพ ครูศูนย์เด็กเล็ก อสม. ผู้ปกครอง และหน่วยงานท้องถิ่น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ที่เป็นรูปธรรม เช่น อัตราการคัดกรองครบ 100% และการลดลงของอัตราภาวะซีดอย่างมีนัยสำคัญ การสะท้อนผลในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การดำเนินการเชิงระบบและการมีส่วนร่วมของชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จ ในขณะเดียวกัน การเรียนรู้จากโครงการยังสะท้อนข้อท้าทายบางประการ ได้แก่ ความแตกต่างด้านเศรษฐกิจครอบครัว การเข้าถึงอาหารที่มีธาตุเหล็ก และการติดตามผลในระยะยาวที่ยังจำกัด การเรียนรู้เหล่านี้จึงเป็นบทเรียนสำคัญที่ควรนำไปใช้ปรับปรุงแผนงานรอบถัดไป เช่น การจัดระบบติดตามเชิงรุก การบูรณาการฐานข้อมูลโภชนาการกับระบบบริการสุขภาพ และการสร้างกลไกสนับสนุนต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืนของมาตรการ

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษา สามารถสรุปได้ว่า การพัฒนากระบวนการส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยที่อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้แนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการ ส่งผลให้อัตราการคัดกรองครอบคลุม 100% อัตราภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และพัฒนาการเด็กได้รับการติดตามและแก้ไขครบถ้วน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดำเนินงานเชิงบูรณาการที่มีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานท้องถิ่นเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นได้ ในเชิงนโยบาย ควรมีการขยายรูปแบบดังกล่าวไปยังพื้นที่ที่มีความชุกของภาวะโลหิตจางสูง พร้อมบูรณาการสิทธิประโยชน์ด้านโภชนาการของ สปสช. เข้ากับระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อสร้างความยั่งยืนในการป้องกันปัญหานี้ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรบูรณาการผลการวิจัยเข้าสู่แผนยุทธศาสตร์ด้านแม่และเด็กของจังหวัดและเขตสุขภาพ เพื่อใช้เป็นต้นแบบการป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยอย่างยั่งยืน

2. หน่วยบริการสุขภาพควรจัดระบบคัดกรองภาวะซีดร่วมกับการฉีดวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดี และพัฒนาฐานข้อมูลติดตามภาวะโภชนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง

3. ควรใช้ผลการวิจัยพัฒนาหลักสูตรอบรม อสม. ครูศูนย์เด็กเล็ก และผู้ปกครอง เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและจัดการภาวะซีด

4. ควรเผยแพร่ผลการวิจัยสู่ชุมชนและครอบครัวเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม และต่อยอดเป็นงานวิจัยระยะยาวเพื่อติดตามผลต่อพัฒนาการและคุณภาพชีวิตเด็ก

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยแบบติดตามระยะยาว เพื่อประเมินผลของมาตรการป้องกันภาวะโลหิตจางที่มีต่อพัฒนาการและคุณภาพชีวิตเด็กในอนาคต

2. ควรศึกษาปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติม เช่น ภาวะโภชนาการ เศรษฐกิจครอบครัว และพันธุกรรม (thalassemia trait) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น

3. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างและพัฒนาต้นแบบที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ในระดับประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ที่เอื้อเฟื้อสถานที่และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทุกด้านตลอดระยะเวลาการทำวิจัยนี้ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญและคณาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้ให้คำแนะนำเสนอแนะแนวทางการวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องของบทความอย่างต่อเนื่อง ท้ายที่สุดนี้ ขอแสดงความขอบคุณอย่างยิ่งต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทราย เด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง ที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและให้ข้อมูลอันมีคุณค่า ซึ่งทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.Benoist BD, McLean E, Egli I, Cogswell M.(2008). Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2022 Aug 15]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241596657

2.กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองโภชนาการ.(2549). รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2546 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย. [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/academic/download?id=41120&mid=30040&mkey=m_document&lang=th&did=14585

3.สำนักโภชนาการ กรมอนามัย.(มปท.) คู่มือแนวทางควบคุมและการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก [อินเทอร์เน็ต]. มปท.: กรมอนามัย; [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/anemia/download/?did=200493&id=60174&reload=

4.World Health Organization.(2016). Daily iron supplementation in infants and children. Geneva: World Health Organization.

5.World Health Organization.(2011). Anaemia [Internet]. 2011 [cited 2023 Dec 1]. Available from: https://www.who.int/health-topics/anaemia#tab=tab_1

6.Rojroongwasinkul N, Kijboonchoo K, Wimonpeerapattana W, Purttiponthanee S, Yamborisut U, Boonpraderm A, et al.(2013). SEANUTS: the nutritional status and dietary intakes of 0.5–12-year-old Thai children. Br J Nutr. 2013;110(S3):S36-44.

7.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2566). คู่มือผู้ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับประชาชน ปี 2566. กรุงเทพฯ: หจก.แสงพันธ์ การพิมพ์.

8.สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.(2550). พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/hpp_act_ebook58_08_07_453.pdf

9.Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. Victoria: Deakin University.

10.World Health Organization.(2008). Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005. Geneva: WHO.

11.World Health Organization.(2011). The global prevalence of anaemia in 2011. Geneva: WHO.

12.Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, Paciorek CJ, Flaxman SR, Branca F, et al.(2013). Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia, 1995–2011: a systematic analysis of population-representative data. Lancet Glob Health. 2013 Jul;1(1):e16–25.

13.กองโภชนาการ กรมอนามัย.(2548). รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.

14.Sanchaisuriya P, et al.(2025). Prevalence and associated factors of at risk of anemia among children under five in Northeast Thailand using noninvasive hemoglobin screening. Sci Rep. 2025;15:1775.

15.ขวัญใจ แซ่ลี้, และคณะ.(2566) สถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2566. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก. 2566;30(2):49-60.

16.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2563). ชุดสิทธิประโยชน์เด็ก 6 เดือน–5 ปี: การเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละ 1 ครั้ง. นนทบุรี: สปสช.

17.Lozoff B, Beard J, Connor J, Felt B, Georgieff M, Schallert T.(2006). Long-lasting neural and behavioral effects of iron deficiency in infancy. Nutr Rev. 2006 May;64(5 Pt 2):S34–43.

18.Rojroongwasinkul N, Kijboonchoo K, Wimonpeerapattana W, Purttiponthanee S, Yamborisut U, Boonpraderm A, et al.(2013). SEANUTS: South East Asian Nutrition Survey—Thailand results. Br J Nutr. 2013 Sep;110(S3):S76–86.

การพัฒนารูปแบบการปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

Development of an Inhibitory Control Model on Eating Behavior by Community Participation for People with Type 2 Diabetes in Ta Phraya District, Sa Kaeo Province.

(Received: October 6,2025 ; Revised: November 3,2025 ; Accepted: November 7,2025)

นพดล คำแสน[1]
Noppadon Khamsaen[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว และเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการบริโภค ค่า HbA1c และการใช้ยา การวิจัยเป็นแบบปฏิบัติการมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ร่วมกับระเบียบวิธีแบบผสมผสาน (Mixed-Method) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาสภาพปัญหา การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การดำเนินการตามแผน การประเมินผลด้วย CIPP model และการถอดบทเรียน กลุ่มตัวอย่างเชิงประเมินผล 315 คน คัดเลือกจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ ≥60 ปี ด้วยการสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ บันทึกผลตรวจ HbA1c และการใช้ยา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย Paired t-test และ McNemar test ส่วนเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องชัดเจนตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาถึงการสังเคราะห์โมเดล กิจกรรมสำคัญคือคู่มือฝึกยั้งคิด เวิร์กช็อป การโค้ชรายเดือน และระบบติดตามผลเชิงชุมชน ด้านผลลัพธ์ คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) ร้อยละของผู้มีคะแนนระดับ “ดี” เพิ่มจาก 35.6 เป็น 72.4 ภายใน 6 เดือน ระดับ HbA1c เฉลี่ยลดจาก 8.7% เหลือ 7.4% (−1.3%, $p<0.001$) โดยร้อยละ 12.5 เข้าสู่เกณฑ์ remission และ 28.6 สามารถลดขนาดยาลงได้ ผลการถอดบทเรียนสังเคราะห์เป็น “โมเดลการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วม” ที่ประกอบด้วยการสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนจากครอบครัวและ อสม. ระบบติดตาม และการเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: การยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การมีส่วนร่วมของชุมชน

ABSTRACT

This study aimed to develop a community-participatory model for inhibitory control on eating behavior among people with type 2 diabetes in Ta Phraya District, Sa Kaeo Province, and to examine its effects on eating behavior, HbA1c, and medication use. A Participatory Action Research (PAR) design with a mixed-method approach was applied in five phases: problem identification, participatory planning, implementation, evaluation using the CIPP model, and after-action review. A total of 315 participants aged ≥60 years with type 2 diabetes were selected by multi-stage sampling. Data were collected using questionnaires, interviews, HbA1c records, and medication records. Quantitative data were analyzed with paired t-tests and McNemar’s test, while qualitative data underwent content analysis.

Findings indicated strong community and stakeholder engagement throughout program design and implementation. Key activities included an inhibitory control training manual, workshops, monthly coaching, and community-based monitoring. Outcomes showed significant improvement in eating behavior scores ($p<0.001$), with the proportion rated “good” rising from 35.6% to 72.4% after six months. Mean HbA1c decreased from 8.7% to 7.4% (−1.3%, $p<0.001$), with 12.5% of participants achieving remission and 28.6%

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

reducing at least one antidiabetic medication. Lessons learned were synthesized into a “Community-Participatory Inhibitory Control Model” with four components: (1) awareness and motivation, (2) family and community support, (3) monitoring and evaluation, and (4) linkage with health services.

Keywords: Inhibitory Control on Eating Behavior, Type 2 Diabetes Mellitus, Community Participation

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบการเผาผลาญอาหาร ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดการทำลายหัวใจ หลอดเลือด ไต และระบบประสาท ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบได้มากว่าร้อยละ 90 ของผู้เป็นเบาหวานทั้งหมด เกิดจาก 2 สาเหตุสำคัญ ได้แก่ สภาวะการดื้ออินซูลิน (Insulin Resistant) และร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ (Insulin Deficiency) สถานการณ์ของโรคเบาหวานทั่วโลก พบว่า มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 537 ล้านคน เสียชีวิตปีละ 6.7 ล้านคน สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยจำนวน 4.8 ล้านคน มีและมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 300,000 คนต่อปีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น[1] จากข้อมูลผลการดำเนินงานตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Clinic Pius) ของประเทศไทย 5 ปี ย้อนหลัง (2563-2567) พบว่า ร้อยละของผู้เป็นเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดี เท่ากับ 28.68, 29.12, 29.82, 29.91 และ 31.02 ตามลำดับ สำหรับ จังหสัดสระแก้ว ร้อยละ 32.02, 37.68, 34.98, 35.33 และ 35.70 ตามลำดับ อำเภอตาพระยา เท่ากับ 26.56, 36.84, 38.55, 38.83 และ 36.87 ตามลำดับ[2] จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผลการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย ในระดับอำเภอ จังหวัด และประเทศ ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือ ร้อยละ 40 ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อเส้นเลือดที่นำสารอาหารไปอวัยวะในร่างกาย จนนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานต่าง ๆ ทั้งโรคแทรกซ้อนชนิดที่เกิดกับเส้นเลือดขนาดเล็ก (Microvascular Complications) และโรคแทรกซ้อนชนิดที่เกิดกับเส้นเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular Complications) และเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้เกิดโรคแทกซ้อน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคทางระบบประสาท[3] จากองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันโรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ การรักษาจะใช้การรักษาด้านการใช้ยาควบคู่ไปกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย โดยการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียวสามารถลดระดับน้ำตาล HbA1c ได้ร้อยละ 0.5-2[4] ส่งผลให้สามารถชะลอการป่วยของโรค สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้เป็นเบาหวาน[3]

การบริโภคอาหาร เป็นระบบการควบคุมจากระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System Control) (CNS) ในสมองส่วนไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งมีกลุ่มเซลล์ประสาทรวมกันหลายบริเวณ ผ่านการกระตุ้นความอยากอาหาร ได้แก่ ฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร ที่สำคัญได้แก่ อินซูลิน (Insulin) มีผลการยับยั้งความอยากอาหาร ในคนปกติ แต่สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดภาวะการอินซูลินทำให้มีระดับอินซูลินเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือด[5,6] ประกอบกับศึกษาอภิมาณ (Meta Analysis) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เป็นการใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่มและการมีส่วนร่วม การใช้ทฤษฎีทางปัญญาสังคม แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม และการกำกับตนเอง ซึ่งผลการศึกษายังไม่ยืนยันชัดเจน ว่าวิธีใดเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับคนไทย และมีผลสำเร็จที่เกิดขึ้นมีขนาดอิทธิพลอย่างไรต่อประชากร[7] และพบว่าการฝึกการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหารสำหับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถลดระดับน้ำตาล HbA1c ได้เฉลี่ยร้อยละ 1 ในระยะเวลา 3 เดือน และเพิ่มคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] สอดคล้องกับการศึกษาของ Jones et

al.(2016) พบว่าวิธี Go/No-Go Task มีค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) มากว่าวิธีอื่น และมีขนาดอิทธิพลต่อพฤติกรรม มีระดับมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดทางจิตวิทยา และมีขนาดอิทธิพลมากว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ การควบคุมอาหาร (แต่พบว่ามีผลดีในระยะสั้น และปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการฝึกได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ การมีเป้าหมายในการควบคุมอาหาร โดยผู้วิจัยได้เสนอให้มีการเตรียมตัวด้านการเรียนรู้ และการจัดรายการอาหารที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย[9] โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ได้ให้คำแนะนำว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถเข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission) ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำ ตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับ (HbA1c < 6.5%) ที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานและคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด[10]

จากการทบทวนวรรณกรรมด้านการพัฒนาการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผล ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม และลดระดับน้ำตาล HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงทดลอง และยังข้อมูลเชิงประจักษ์ หากต้องดำเนินการในระดับชุมชน ซึ่งต้องพัฒนากลไกการดำเนินงาน การสนับสนุนจากผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดใหม่ ในการใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model; CCM) ที่พัฒนาขึ้นโดย MacColl Institute for Health Care Innovation เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ มีความเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชน องค์กร ผู้ให้บริการ และผู้ป่วย เพื่อให้เกิดรูปแบบใหม่ในการเพิ่มพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และเพิ่มความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
3. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการการปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mix-method Research) (Edmonds, 2017) มีขั้นตอนวิจัย แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การศึกษาสภาพปัญหาและโอกาสการพัฒนา พัฒนารูปแบบการการปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก คณะกรรมการ NCDs และผู้เกี่ยวข้อง จากนั้น ประเมินระบบบริการตามมาตรฐานการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง และสรุปประเด็นสภาพปัญหา แนวทางการพัฒนา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน

2) การพัฒนาระบบบริหารจัดการและการทำแผนพัฒนาผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย

2.1 กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหา โดยใช้อาสาสมัครที่เป็นคณะกรรมการ

ควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับตำบลจำนวน 5 ตำบล ตำบลละ 15 คน ในแต่ละชุด ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลที่ทำหน้าที่บริหารจัดการคลินิกโรคเรื้อรัง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน ตัวแทนจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และเครือข่ายผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 5 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีประสบการณ์การทำงานโรคเบาหวานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. มีผลงานเป็นที่ประจักษ์

3. มีความสามารถในการให้ข้อมูลและสมัครใจในการให้ข้อมูล

4. มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไม่น้อยกว่า 1 ปี

5. มีผลการดำเนินงาน/เป็นแกนนำในการดำเนินงานที่เป็นที่ประจักษ์

2.2 การพัฒนารูปแบบการปรับพฤติกรรมการฝึกการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิด ที่ 2 และการถอดทบเรียน ใช้คณะทำงานที่แต่งตั้งขึ้น จำนวน 10 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อีกจำนวน 5 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวมจำนวน 15 คน โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C และการถอดบทเรียนหลังการดำเนินงาน โดยอาสาสมัครมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. มีผลการดำเนินงาน/เป็นแกนนำในการดำเนินงานที่เป็นที่ประจักษ์

3. มีความมุ่งมั่นในการสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) โดยมีกิจกรรม 1) การสร้างการรับรู้สภาพปัญหาและความเร่งด่วนในการจัดการปัญหา 2) การสร้างกลยุทธ์ แนวทางการพัฒนาการสนับสนุน การนิเทศงาน การประสานงาน 3) การสร้างแนวทางการปฏิบัติ การแบ่งงาน และการบริหารจัดการ โดยใช้กระประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน

3) การดำเนินการตามแผนงาน

4) การประเมินผลการดำเนินงาน ใช้การประเมินการดำเนินงานในรูปแบบ CIPP โมเดล ทั้งระยะก่อนดำเนินงาน ระหว่างการดำเนินงาน และหลังการดำเนินงาน

5) ร่วมกันถอดบทเรียนวิเคราะห์ ประเมินปัญหาอุปสรรค การดำเนินงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในรูปแบบ AAF (After Action Review) โดยใช้รูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างด้านการประเมินผลโครงการโดยการประเมินผลลัพธ์ ใช้กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณจากเครซี่มอร์แกน โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 0.05% อำนาจการทดสอบ .95 ขนาดพอิทธิพล .05ระดับความเชื่อมั่น 3.84% และ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร .50 จากประชากร ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอตาพระยา ที่ขึ้นทะเบียนในระบบสิ้นปีงบประมาณ 2567 จำนวน 1,757 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 315 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยการ 1) การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นเป็นสัดส่วน จากประชากรผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจาก 64 หมู่บ้าน 2) จัดทำรายชื่อ จับฉลากแบบไม่ใส่คืน โดยอาสาสมัครมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่และร่วมกิจกรรมครบตามกำหนด 2) มีสติสัมปชัญญะครอบถ้วน สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ 3) มีผลการตรวจระดับน้ำตาล HbA1c ครบ 2 ครั้งห่างกัน 6 เดือน โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีปัญหาสุขภาพ หรือเสียชีวิตในขณะทำการศึกษา 2) แสดงความประสงค์ที่จะออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ปีการศึกษา การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา ประวัติการเจ็บป่วยที่บริเวณศีรษะหรือการผ่าตัดสมอง การมองเห็น การได้ยิน ความถนัดในการใช้มือขวา การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน แอลกอฮอล์ เป็นต้น

1.2 แบบวัดสุขภาพจิตคนไทยแบบสั้น จำนวน 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator-15: TMHI-15) (Version 17) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

1.3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale : CES-D) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 ข้อ

1.4 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอลแบบสอดแขน

2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พัฒนาขึ้นจากแบบประเมินพฤติกรรมการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหาร ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของ จำเนียร สุวรรณชาติ และคณะ[8] โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับอาสาสมัคร ในเขตอำเภอโคกสูง จำนวน 40 ราย โดยแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีข้อคำถาม 14 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหาร เป็นข้อคำถามโดยใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ มีค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าแอลฟ่า ของครอนบารค เท่ากับ 0.97 และส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ข้อ มีค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าแอลฟ่า ของครอนบารค เท่ากับ 0.92 การแปลผล พฤติกรรมการยั้งคิด และพฤติกรรมการ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

บริโภคอาหาร โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลของเบส แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดี ปานกลาง ต่ำ[11]

3) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ข้อมูลความคิดเห็นของคณะกรรมการดำเนินงาน NCDs คลินิกคณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับตำบล/หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง กับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ครอบคลุมประเด็นศึกษาประกอบด้วย 1) ความเหมาะสมของตัวบ่งชี้ประสิทธิผลของรูปแบบการปรับสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ระบบการดูแลด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ 3) แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6) ปัญหาปัญหาและสรรค อื่น ๆ 7) ความภาคภูมิใจและความสำเร็จ สิ่งที่ประทับใจ

4) แบบบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1c)

5) แบบบันทึกประวัติการสั่งจ่ายยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ และการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติดังนี้

1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 สถิติวิเคราะห์ ใช้การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired Samples T test

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็น

(Content Analysis) โดยอาศัยเทคนิคหลักในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนแนวคิดตามข้อมูลเชิงประจักษ์ 2) การวิเคราะห์เพื่อแสดงตัวอย่างและ 3) การวิเคราะห์โดยการจัดกลุ่มแนวคิด เพื่อตรวจสอบความแม่นตรงของข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า[12] แสวงหาความเชื่อถือได้ของข้อมูลจากการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) และการตรวจสอบด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) นอกจากนี้เพื่อยืนยันแหล่งข้อมูลและชี้ให้ถึงความน่าสนใจของข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอถ้อยคำหรือข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลตรง (Quotation) ซึ่งถือเป็นการเพิ่มอรรถรสในการอ่านด้วย[13, 14]

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ตามเลขที่โครงการ SKPHO 6/2568 เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568 หมดอายุวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2569 ประเภทการรับรอง Full board

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 315 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 197 คน (ร้อยละ 62.5) มากกว่าเพศชาย 118 คน (ร้อยละ 37.5) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 68.7 ± 6.5 ปี โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือช่วง 60–69 ปี จำนวน 176 คน (ร้อยละ 55.9) รองลงมาคือ 70–79 ปี 106 คน (ร้อยละ 33.7) และอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป 33 คน (ร้อยละ 10.5) การศึกษาส่วนใหญ่ระดับไม่เกินประถมศึกษา 204 คน (ร้อยละ 64.8) รองลงมาคือมัธยมศึกษา 77 คน (ร้อยละ 24.4) และระดับอุดมศึกษา 34 คน (ร้อยละ 10.8) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานเฉลี่ย 8.2 ± 4.1 ปี โดยส่วนใหญ่ป่วย ≤5 ปี 126 คน (ร้อยละ 40.0) และ 6–10 ปี 112 คน (ร้อยละ 35.6) พบว่ามีผู้ที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ 142 คน (ร้อยละ 45.1) ในขณะที่ 173 คน (ร้อยละ 54.9) มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ส่วนโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง 187 คน (ร้อยละ 59.4) และไขมันในเลือดสูง 132 คน (ร้อยละ 41.9) ขณะที่ 56 คน (ร้อยละ 17.8) ไม่มีโรคร่วม การใช้ยาลดระดับน้ำตาล พบว่ากลุ่มใหญ่ที่สุดใช้ยาหลายชนิด (Combination therapy) 141 คน (ร้อยละ 44.8) รองลงมาคือการใช้ยาชนิดเดียว (Monotherapy) 128 คน (ร้อยละ 40.6) และมีผู้ใช้ยาร่วมกับอินซูลิน 46 คน (ร้อยละ 14.6)

1. ผลการพัฒนารูปแบบการปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ชุมชนและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหา การออกแบบ การดำเนินการ และการประเมินผล โดยได้ผลลัพธ์สำคัญดังนี้ 1) การค้นหาปัญหาและความต้องการ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับคณะกรรมการ NCDs และเครือข่ายผู้ป่วยเบาหวาน พบปัญหาหลัก ได้แก่ การขาดความตระหนักรู้ในการควบคุมอาหาร การขาดเครื่องมือสนับสนุนการกำกับตนเอง และระบบติดตามผลที่ไม่ต่อเนื่อง 2) การออกแบบรูปแบบร่วมกัน (Co-design) ได้พัฒนาคู่มือฝึกการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหาร แบบฟอร์มบันทึกการกิน เวิร์กช็อป 4 ครั้งต่อเนื่อง และกระบวนการ coaching รายเดือน โดยมีกลไกสนับสนุนจาก อสม. และทีมสหวิชาชีพ 3) การดำเนินงาน มีผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมครบตามกำหนด ร้อยละกว่า 90 และมีอัตราการเข้าร่วมเฉลี่ยต่อครั้งมากกว่า 80% 4) การประเมินเชิงระบบ (CIPP) พบว่ามีการสนับสนุนด้านนโยบาย บุคลากร และระบบข้อมูลอย่างเพียงพอ กระบวนการจัดการสอดคล้องตามแผน และผลผลิตสำคัญคือ “โมเดลการฝึกการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหารแบบมีส่วนร่วม”

2. ผลของโปรแกรมการฝึกการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภค

2.1 คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 6 เดือน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อเทียบกับก่อนดำเนินการ ร้อยละ 72.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับ “ดี” ตามเกณฑ์ Best (1977) อ้างอิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.6 ก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าการฝึกการยั้งคิดช่วยเสริมสร้างทักษะการเลือกอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 6 เดือน ค่า HbA1c เฉลี่ยลดลงจาก 8.7% เหลือ 7.4% โดยมีค่าเปลี่ยนแปลงเฉลี่ย −1.3% (95%CI −1.6 ถึง −1.0, $p<0.001$) นอกจากนี้ ร้อยละ 41.8 ของกลุ่มตัวอย่างสามารถลด HbA1c ได้ ≥1.0% และร้อยละ 12.5 เข้าสู่เกณฑ์ remission ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.3 ปริมาณการใช้ยาเบาหวาน พบว่าร้อยละ 28.6 ของผู้ป่วยสามารถลดขนาดยาลดน้ำตาลลงได้อย่างน้อย 1 รายการ ในขณะที่ร้อยละ 65.2 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และเพียงร้อยละ 6.2 ที่ต้องเพิ่มขนาดยา ผลการทดสอบด้วย McNemar test พบว่าการเปลี่ยนแปลงนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= 0.012$) สะท้อนว่าโปรแกรมการฝึกการยั้งคิดมีศักยภาพในการช่วยลดการพึ่งพายาลดน้ำตาลและลดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ

3. การสังเคราะห์รูปแบบการปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการดำเนินงานและการถอดบทเรียนได้สังเคราะห์เป็น “โมเดลการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2” ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การสร้างการรับรู้และแรงจูงใจ ผ่านเวิร์กช็อป การโค้ชรายเดือน และสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะกับบริบทชุมชน 2) การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน บทบาทของ อสม. และผู้นำชุมชนเป็น key driver 3) ระบบติดตามและประเมินผล การใช้สมุดบันทึกอาหาร ควบคู่กับการตรวจ HbA1c และการใช้ dashboard ติดตามรายบุคคล 4) การเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ คลินิกโรคเรื้อรัง และทีมสหวิชาชีพมีบทบาทในการประเมิน ปรับแผน และให้คำแนะนำ ผลการวิจัยชี้ว่า การฝึกการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหารโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถเพิ่มพฤติกรรมการเลือกอาหารที่เหมาะสม ลดระดับ HbA1c และลดการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้จริง อีกทั้งยังได้รูปแบบต้นแบบที่มีศักยภาพต่อการขยายผลในระบบสุขภาพชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฝึกการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญ ทำให้คะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพิ่มขึ้น ร่วมกับค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลง และสัดส่วนหนึ่งของผู้เข้าร่วมสามารถลดขนาดยาลดน้ำตาลได้ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการสร้างกระบวนการฝึก inhibitory control ร่วมกับระบบติดตามในชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อการจัดการโรคเบาหวาน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศ เช่น Lawrence และคณะ[15] ที่รายงานว่า response-inhibition training แบบ Go/No-Go สามารถลดความอยากอาหารและการบริโภคพลังงานสูงได้จริง รวมถึงงานของ Stice และคณะ[16] ที่พบว่าการผสานการฝึกยับยั้งการตอบสนองกับการฝึกความสนใจช่วยปรับพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารและลดองค์ประกอบไขมันในร่างกายได้ การค้นพบเหล่านี้ยืนยันว่า การฝึกการยั้งคิดสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ทางพฤติกรรมและคลินิกเชิงบวกในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของเรา ใน บริบทประเทศไทย งานวิจัยของ Saengrut และคณะ[17] ทดลองใช้โปรแกรมเสริมความรอบรู้ด้านอาหารด้วยการ

เรียนรู้ร่วมมือ (CLFLEP) พบว่าพฤติกรรมการบริโภคและค่า HbA1c ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลของเรา อีกทั้งงานวิจัยโดย นิยม ดีจันทร์ และคณะ[18] ที่ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ พบว่าการระดมเครือข่ายชุมชนและ อสม. สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินการในงานวิจัยนี้เช่นกัน นอกจากนี้ งานวิจัยของ ภูวิชัย และคณะ[19] รายงานว่า “คลินิกเบาหวานชุมชน” ที่เน้นการเสริมความรอบรู้และการเรียนรู้แบบกลุ่มส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและตัวชี้วัดคลินิก เช่นเดียวกับที่พบในงานนี้ และงานของ ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์ และคณะ[20] ที่พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเข้าสู่ภาวะระยะสงบ (remission) ในโรงพยาบาลชุมชนไทย พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสามารถลดการพึ่งพายาและทำให้ HbA1c อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่มีผู้ป่วยบางส่วนเข้าสู่เกณฑ์ remission ภายใน 6 เดือน

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการฝึกการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยมีส่วนร่วมจากชุมชน ส่งผลให้พฤติกรรมการเลือกอาหารดีขึ้นชัดเจน ค่า HbA1c ลดลง และปริมาณการใช้ยาลดลงในผู้ป่วยบางราย ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศ[15,16] และงานวิจัยในประเทศไทย[17-20] ตลอดจนสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศ[21,22] ซึ่งต่างยืนยันว่า การบูรณาการการฝึก inhibitory control กับกลไกชุมชน เป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูงในการนำไปประยุกต์ใช้ในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบการฝึกการยั้งคิดไปประยุกต์ในคลินิกเบาหวาน รพ.ชุมชน/รพ.สต. เพื่อเสริมการควบคุมพฤติกรรมและลด HbA1c ของผู้ป่วย

2. พัฒนาต้นแบบโครงการเบาหวานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อลดการใช้ยาและภาระค่าใช้จ่าย

3. บูรณาการกับชมรมสุขภาพชุมชน ใช้เป็นกิจกรรมต่อเนื่องในชมรมเบาหวานหรือกลุ่มเสี่ยง เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของการฝึกการยั้งคิดในระยะเวลา 12–24 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมและระดับ HbA1c

2. ทดลองใช้รูปแบบในบริบทต่าง ๆ (เมือง/ชนบท/ชายแดน) เพื่อทดสอบความเหมาะสมและการขยายผล

3. ศึกษาต้นทุนและผลตอบแทน (cost-effectiveness) ของการใช้รูปแบบนี้ เพื่อนำไปใช้เชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากร

เอกสารอ้างอิง

1.International Diabetes Federation.(2021). IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels, Belgium: IDF.
2.กรมควบคุมโรค.(2567) รายงานผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (NCDs Clinic Plus) ประเทศไทย ปี 2563–2567. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
3.World Health Organization.(2017). Global Report on Diabetes. Geneva: WHO; 2017.
4.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2564). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2564. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.

5.Rubenstein AH, Porte D Jr.(2013). Central nervous system control of food intake and body weight. New England Journal of Medicine. 2013;368(10):954–961.

6.Sharifi F, Yamini S, Esmaeilzadeh A, Mousavinasab N, Shajari A.(2013). Association of hyperinsulinemia and insulin resistance with systemic inflammation and metabolic syndrome in type 2 diabetic patients. Iranian Journal of Diabetes and Obesity. 2013;5(4):161–168.

7.Srisaket J, Yodmai K, Wichaidit W, et al.(2017). Effectiveness of behavioral modification programs for chronic disease prevention in Thailand: A meta-analysis. Journal of Public Health Research. 2017;6(3):123–130.

8.จำเนียร สุวรรณชาติ, ยุทธนา จันทะขิน, กนก พานทอง.(2565) ผลของการฝึกการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2565;40(2):45–58.

9.Jones A, Di Lemma L, Robinson E, Christiansen P, Nolan S, Tudur-Smith C, et al.(2016). Inhibitory control training for appetitive behaviour change: A meta-analytic investigation of mechanisms of action and moderators of effectiveness. Appetite. 2016;97:16–28.

10.ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย.(2565). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานชนิดที่ 2: ภาวะเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) ในเวชปฏิบัติระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย.

11.Best, J.W. (1977). Research in education (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

12.สุภางค์ จันทวานิช. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

13.Creswell, J.W. (2009). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

14.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์ และ กาญจนา ตั้งชลทิพย์. (2552). การวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

15.Lawrence NS, Oustric P, Derbyshire L, Verbruggen F, Chambers CD.(2022). The ‘Go’s and the ‘No-Go’s of food-related response inhibition training: a systematic review and meta-analysis. Curr Res Behav Sci. 2022;3:100071.

16.Stice E, Lawrence NS, Kemps E, Veling H, Yokum S, Haynes A.(2022). Training motor responses to food: a randomized controlled trial of food-response inhibition and attention training to reduce intake. NPJ Sci Food. 2022;6(1):1–9.

17.Saengrut B, Suksatit B, Donsom M.(2024). Effects of collaborative learning-based food literacy enhancement program (CLFLEP) on healthy eating behavior and HbA1c among older adults with uncontrolled type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. Belitung Nurs J. 2024;10(3):192–201.

18.Niyom D, Rattanapong J, Worasamud N.(2022). Community participation program for uncontrolled type 2 diabetes patients in Udonthani Province: outcomes of community network intervention. J Public Health Region 9. 2022;16(2):55–66.

19.Phuwichai Y, Pimsarn S, Chantarat S.(2023). Development of community diabetes clinic model to enhance health literacy and behavioral change among type 2 diabetes patients. E-Chanthai Health J. 2023;5(1):88–101.

20.Nakanchayan Nawwatcharin N, Kiatwattanacharoen S, Kaewklom R.(2023). Development of intensive lifestyle modification program for type 2 diabetes remission in community hospitals, Chumphon Province, Thailand. Community Health J. 2023;12(4):210–223.

21.The Diabetes Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn.(2023). Clinical practice guideline for diabetes mellitus 2023 (Thai CPG). Bangkok: DMThai.

22.The Royal College of Family Physicians of Thailand.(2022). Intensive lifestyle modification guideline for type 2 diabetes remission (for healthcare providers). Bangkok: RCFP Thailand.

ประสิทธิผลโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนาขอ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

Effectiveness of Program to Promote Stroke Prevention Behavior for older adult Hypertensions Nasor Subdistrict, Wanonniwad District, Sakonnakorn Province.

(Received: October 8,2025 ; Revised: October 14,2025 ; Accepted: October 18,2025)

นริสา จันทะบุตร[1] สุมัทนา กลางคาร[2] รุจิรา โนนสะอาด[3]
Narisa Jantabut[1] Sumattana Glangkarn[2] Rujira Nonsa-ard[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดำเนินการในพื้นที่ตำบลนาขอ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 29 คน โปรแกรมใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) การฝึกปฏิบัติพฤติกรรม เช่น การเลือกอาหาร การออกกำลังกาย และการกินยาตามแพทย์สั่ง 3) การสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเป็นพี่เลี้ยงและกระตุ้นให้ปฏิบัติต่อเนื่อง และ 4) การติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้คำแนะนำเฉพาะราย กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามแนวทางคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square, Fisher's exact test, Wilcoxon signed ranks test, Mann-Whitney U test และ McNemar test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ อย่างเห็นได้ชัด ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด และการกินยาควบคุมความดันโลหิตตามคำแนะนำแพทย์ อีกทั้งจำนวนผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างความรู้ ความเชื่อมั่น และแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of a stroke prevention behavior promotion program for older adult individuals with hypertension. The study was conducted in Nasor Subdistrict, Wanonniwad District, Sakonnakorn Province. The sample consisted of 58 older adult participants with hypertension who met the inclusion criteria, divided into an experimental group (n=29) and a comparison group (n=29). The 4-week program comprised four main activities: 1) education about stroke, 2) behavioral practice training, including food selection, exercise, and medication adherence, 3) support from village health volunteers serving as mentors to encourage continuous practice, and 4) home visits by health personnel to provide individualized counseling. The comparison group received standard care following

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, Corresponding author: Narisa Jantabut Email: 66011481008@msu.ac.th
[2] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
[3] อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

non-communicable disease clinical guidelines. Data were collected using questionnaires and analyzed using Chi-square, Fisher's exact test, Wilcoxon signed-ranks test, Mann-Whitney U test, and McNemar test.

The results revealed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores for knowledge about stroke, self-efficacy, and stroke prevention behaviors compared to before the intervention (p-value < 0.001) and significantly higher than the comparison group (p-value < 0.001). The older adult participants demonstrated notable health behavior modifications in various aspects, including regular exercise, stress management, and medication adherence for blood pressure control according to physician recommendations. Additionally, the number of participants unable to control their blood pressure levels significantly decreased from baseline (p-value < 0.05), demonstrating that enhancing knowledge, confidence, and social support directly impacts health behavior modification in the older adult.

Keywords : stroke prevention behavior promotion program, hypertensive older adult, stroke prevention behavior

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease หรือ Stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย มีแมวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น[1] สถานการณ์ทั่วโลกพบว่า 1 ใน 4 ของประชากรป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 12 ล้านคน และเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากระบบรายงานฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสะสม จำนวน 358,062 ราย และเสียชีวิตจำนวน 39,086 ราย โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของอัตราการเสียชีวิตของคนไทย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[2] อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2562-2566 เท่ากับ 439.01, 472.13, 512.60, 537.08 และ 569.09 ตามลำดับ และพบผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70.41[3] ในปี พ.ศ.2564 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพัฒนาไปเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 57 มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย[4] สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลนาซอ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข 3 อันดับแรกในพื้นที่ อัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2566 เท่ากับ 248.41, 308.74, 340.29, 357.47 และ 444.17 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 44.84 และเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.74[3]

โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ร้อยละ 90 โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[2] แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570) เป็นแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคไม่ติดต่อภายใต้วิสัยทัศน์การดำเนินงานประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความร่วมมือขอทุกภาคส่วนสนับสนุนให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองให้พ้นจากโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้อย่างยั่งยืน ภายในปี พ.ศ. 2570 เน้นการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง โดยการส่งเสริมและสนับสนุนความสามารถของประชาชนในการดูแลตนเองและจัดการปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อร่วมกับสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการเพิ่มความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพโดยเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการจัดการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนและภาคี[5]

ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญกลยุทธ์ในการให้ความรู้เพื่อการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสนใจศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ได้นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Concept) มาประยุกต์เป็นโปรแกรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้นในผู้สูงอายุ ป้องกันผลกระทบที่จะเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ลดอัตราป่วย อัตราตายและความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในชุมชนได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
4. เพื่อเปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง
3. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง
4. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีมากกว่าก่อนทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) โดยที่จัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามแนวทางคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประชากร

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และรับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาซอ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ทั้งเพศหญิงและชาย

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม[6] ดังนี้

$$\text{n/กลุ่ม} = \frac{2\,(Z_\alpha + Z_\beta)^2\sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

โดยกำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

Z_α = ระดับนัยสำคัญ 0.05 (1.64)

Z_β = อำนาจการทดสอบ 90% (1.28)

σ^2 = ความแปรปรวนของตัวแปรผลที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง

$\mu_1 - \mu_2$ = ความต่างของผลคะแนนในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการศึกษาของ ชิดชนก จุ้ยทรัพย์ และนาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์[7] ผลต่างของผล (Effect size) คำนวณจาก $\mu_1 - \mu_2$ เท่ากับ 11.37 คำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง n = 25.70 คน ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการติดตามข้อมูลไม่ได้และผู้ร่วมวิจัยขอถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ สุนันทา เดชบุญ และคณะ[8] กลุ่มตัวอย่างขอออกจากการวิจัย 6 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างแล้วได้กลุ่มละ 29 คน รวมทั้ง 2 กลุ่ม จำนวน 58 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพราะเจาะจงโดยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรังที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรังที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) และทำการคัดเลือกอย่างง่ายโดยการจับสลาก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย (ทั้งควบคุมระดับความดันโลหิตได้ คือ BP ≤ 139 / 89 mmHg และควบคุมไม่ได้ คือ BP ระหว่าง 140-159 /90-99 mmHg)

2) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม คือ โรคเบาหวาน เป็นผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า ร้อยละ 7

3) สามารถอ่านออก เขียนได้ และสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

4) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

5) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) ผู้สูงอายุที่ขอถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย

2) ผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้

3) ตอบคำถามหรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ลักษณะความเป็นอยู่ การสูบบุหรี่/ยาเส้น การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีญาติสายตรง (พ่อหรือแม่/พี่หรือน้อง) ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์/อัมพาต) การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมานานกี่ปี น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ใน 3 เดือนที่ผ่านมาระดับความดันโลหิตของท่านมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือไม่ ค่าระดับความดันโลหิตเดือนสุดท้าย และแหล่งข้อมูลที่ได้รับความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ 2 ค่า คือ ใช่ และ ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีลักษณะข้อคำถามที่กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ในแต่ละกิจกรรม ดังนี้ 1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของความตรงเชิงเนื้อหาในโปรแกรม จำนวน 3 คน พิจารณากิจกรรมและคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพิ่มเติมภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะทางประชากร ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ ดังนี้ 1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของความตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 3 คนพิจารณากิจกรรมและความสอดคล้องของข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence ; IOC) มีค่าระหว่าง 0.67 - 1.00 เป็นที่ยอบรับได้ เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 คนแล้ว ผู้วิจัยนามาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพิ่มเติมภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถาม นำทดสอบ (Try out) กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์คอนบาคของแอลฟา (Coefficient Alpha) โดย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR20) มีค่าเท่ากับ 0.791 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์คอนบาคของแอลฟา เท่ากับ 0.776 และ 0.795 ตามลำดับ

ขั้นดำเนินการทดลอง

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยา การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง “รู้ไว้ ใส่ใจ ปลอดภัยจากโรค” โดยการจัดอบรมให้ในคลินิกโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย

1.1) การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมองให้เห็นภาพความรุนแรงหรืออันตราย การเปิดสื่อวีดีทัศน์ เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและสัญญาณเตือน และการปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[9] โดยมีเนื้อหาความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาการและสัญญาณเตือนจากโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค เน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของตอนเอง ให้ความรู้จากสื่อแผ่นพับโดยประยุกต์จากคู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความรู้สำหรับประชาชน[10] ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 45 นาที

1.2) การจัดกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยอีก 2 คน ประจำเพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากตัวเองและเพื่อนในกลุ่ม โดยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงบอกเล่าปัญหาสุขภาพตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อลดปัญหานั้น พร้อมแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการควบคุมความดันโลหิตของตนเอง จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยสรุปเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง การนำความรู้ที่ได้รับแนวทางปฏิบัติไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 45 นาที จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยการวิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี พร้อมนัดหมายการทำกิจกรรมที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง “ปฏิบัติอย่างใส่ใจ ห่างไกลอัมพฤกษ์อัมพาต” เสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมการฝึกปฏิบัติกิจกรรมทางกายและการทำสมาธิบำบัด ประกอบด้วย

2.1) การใช้ตัวแบบบุคคลที่ปฏิบัติพฤติกรรมได้ดี สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มาบอกเล่าประสบการณ์การปฏิบัติตัวด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ด้านการเลือกบริโภคอาหาร การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย การปรับอารมณ์ความเครียดด้วยการทำสมาธิ การหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการบรรยายถ่ายทอดประสบการณ์ให้กลุ่มทดลองได้ฟัง และเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาที่พบในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการควบคุมระดับความดันโลหิตร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติ เพื่อทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้สำเร็จ ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 45 นาที

2.2) การสาธิตและฝึกปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายทั้งหมดในชีวิตประจำวันในอิริยาบถต่าง ๆ ในระดับปานกลาง เป็นกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยปานกลาง โดยที่ระหว่างที่ทำกิจกรรมยังสามารถพูดเป็นประโยคได้ อัตราการเต้นหัวใจอยู่ระหว่าง 120-150 ครั้ง/นาที เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน เป็นต้น อย่างน้อย 30 นาทีต่อวันหรือสะสม 150 นาทีต่อสัปดาห์ [11] ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 45 นาที จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี พร้อมนัดหมายการทำกิจกรรมที่ 3 และ 4

สัปดาห์ที่ 3 - 4 กิจกรรมที่ 3 การมีส่วนร่วมสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง “ชุมชนใส่ใจ ถามไถ่ พาทำ” โดยติดตามเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง ชักชวนให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงปฏิบัติกิจกรรมทางกาย การเลือกรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และช่วยลงบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการทำกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน พร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้สูงอายุและร่วมกันวิเคราะห์เกี่ยวกับผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงด้วยตัวเอง ใช้เวลาในการเยี่ยมติดตามครั้งละ 10-20 นาที

สัปดาห์ที่ 3 - 4 กิจกรรมที่ 4 การมีส่วนร่วมการติดตามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง “กิจกรรมเล่าสู่กันฟัง” โดยการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยการติดตามเยี่ยมในชุมชนสลับกับการติดตามทางโทรศัพท์ (โดยกำหนดให้สัปดาห์ที่ 3 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และสัปดาห์ที่ 4 ติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน) เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นและความเชื่อมั่นว่าตนเองทำได้ และสามารถเล่าถึงปัญหาและอุปสรรค ข้อดีในการฝึกทักษะต่าง ๆ ได้ เพื่อให้กลุ่มทดลองรู้สึกผ่อนคลาย ไม่เครียดและไว้วางใจ

ให้คำแนะนำเมื่อพบปัญหาให้กำลังใจ ชื่นชมเมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติได้ ใช้เวลาในการเยี่ยมติดตามครั้งละ 20 - 30 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว

กลุ่มทดลอง

1) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ใน 1 สัปดาห์ โดยนัดกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมการอบรม และให้ทำแบบสอบถามก่อนดำเนินกิจกรรมที่ 1

2) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 (Post-test) โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามชุดเดิม โดยนัดหมายกลุ่มทดลองมารวมกันแล้วให้ทำแบบสอบถาม

กลุ่มเปรียบเทียบ

1) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test) ใน 1 สัปดาห์

2) เก็บข้อมูลหลังทดลองสัปดาห์ที่ 4 โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

สถิติเชิงอนุมาน สำหรับทดสอบความเหมือนกันของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Chi-square, Fisher's exact test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบสัดส่วนการควบคุมความดันโลหิตภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ McNemar test และเปรียบเทียบสัดส่วนการควบคุมความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-square

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณา และให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้วและอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้บนพื้นฐานของโคร่งร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการได้รับและพิจารณา วันที่ 9 เมษายน 2568 เลขที่การรับรอง 262-169/2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.90 อายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 41.40 อายุเฉลี่ย 66.69 ปี มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้น ร้อยละ 86.20 ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ร้อยละ 86.20 ประวัติครอบครัวไม่มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 86.20 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 75.80 ค่าดัชนีมวลกายอ้วนระดับที่ 2 ร้อยละ 44.80 การตรวจวัดระดับความดันโลหิตเดือนสุดท้ายอยู่ในกลุ่มควบคุมได้ ร้อยละ 65.50 ได้รับความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. ร้อยละ 100 กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็น

เพศหญิง ร้อยละ 79.30 อายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 34.50 อายุเฉลี่ย 68.69 ปี มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้น ร้อยละ 93.10 ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ร้อยละ 86.20 ประวัติครอบครัวไม่มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 82.70 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 58.60 ค่าดัชนีมวลกายอ้วนระดับที่ 2 ร้อยละ 37.90 ตรวจวัดระดับความดันโลหิตเดือนสุดท้ายอยู่ในกลุ่มควบคุมได้ ร้อยละ 65.50 ได้รับความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. ร้อยละ 100

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.20 กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 72.40 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.20 กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 82.80 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.40 กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 86.20 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001

5. ประเมินผลการควบคุมความดันโลหิต

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 65.60 และควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 34.50 หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 68.90 กลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 86.20 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า กลุ่มทดลองที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น คือ กลุ่มทดลอง 66.69 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบ 68.69 ปี[12] ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คืออาศัยอยู่กับคู่สมรส สะท้อนให้เห็นว่าสถานะทางครอบครัวมีความเข้มแข็ง ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 10 ปี กลุ่มทดลอง ร้อยละ 75.80 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 58.60 และทั้งสองกลุ่มได้รับความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. ร้อยละ 100 รองลงมา คือ แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน แสดงให้เห็นถึงแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือเพื่อนบ้าน จะเป็นแรงสนับสนุนให้มีกำลังแรงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของดวงธิดา โสดาพรม[13] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน ($r = 0.055$, p-value < 0.05) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($r = 0.098$, p-value < 0.05)

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 การจัดกิจกรรมให้ความรู้โดยการบรรยาย การเปิดสื่อวีดีทัศน์ สื่อแผ่นพับ การจัดกลุ่มเพื่อนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เฉพาะโรคหลอดเลือดสมองให้เห็นภาพความรุนแรงหรืออันตราย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของตนเอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของณีรนุช วรไธสง และคณะ[14] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001

การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 การจัดกิจกรรมโดยให้ตัวแบบบุคคลที่ปฏิบัติพฤติกรรมได้ดี มาบอกเล่าโดยการบรรยายถ่ายทอดประสบการณ์และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมแลกเปลี่ยนแนวคิด การสาธิตและฝึกปฏิบัติจริงกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองที่สามารถปฏิบัติได้จริง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาชื่นชม สมพล และคณะ[15] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กระตุ้นเตือนการเฝ้าระวังพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วยตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ ผ่านภพ[16] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิตดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เปรียบเทียบการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า กลุ่มทดลองที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 4 โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สร้างการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ และการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านกิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียดที่เพิ่ม และจึงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของณีรนุช วรไธสง และคณะ[14] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1 โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2 ควรนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประยุกต์ใช้ให้ครอบคลุมพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1 ควรมีการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยมีการประเมินผลเป็นระยะ เพื่อติดตามระดับความดันโลหิต ศึกษาการคงอยู่ของความรู้ ประเมินความต่อเนื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2 การเยี่ยมบ้านเป็นกระบวนการเชิงรุกช่วยให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตัวเองของผู้สูงอายุ ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวไปพร้อมกัน จะช่วยเสริมพลังให้คนในครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน ผู้ช่วยศาสตราจาจารย์ ดร. ธัญรัศม์ ภุชงค์ชัย อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ นายวีรวัฒน์ พัดไธสง นักสาธารณสุขชำนาญการ และนางสาวอมรรัตน์ ปังอุทา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านนาซอ ตำบลนาซอ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ศึกษาวิจัยในพื้นที่ คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านนาซอที่ให้การสนับสนุน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกท่าน ที่ให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอกล่าวขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้อง ที่ไม่ได้กล่าวถึง มา ณ ที่นี้ ที่มีส่วนสำคัญในการทำวิจัยครั้งนี้ ทั้งให้ความช่วยเหลือ ให้การสนับสนุน และการให้กำลังใจ สำหรับการจัดทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1.สมชาย โตวณะบุตร, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, ธเนศ เติมกลิ่นจันทร์, ลินดา เหล่ารัตนใส, จิดาภา ตรัยเจริญวงศ์.(2567). โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke). สถาบันประสาทวิทยา การแพทย์ไทย 2554-2557 First Edition [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ย. 67]; เข้าถึงจาก: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_5.pdf

2.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก ปี 2567. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 19 ก.ค. 67]; เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47206&deptcode=brc&news_views=1188

3.Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข.(2567). [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 20 ต.ค. 67]; เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

4.ธัญรัศม์ ภุชงค์ชัย.(2567). ศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. ชัยภูมิ: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

5.แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566 – 2570. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 20 ต.ค. 67]; เข้าถึงจาก: https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9564

6.อรุณ จิรวัฒน์กุล.(2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด.

7.ชิดชนก จุ้ยทรัพย์ และนาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์.(2566). ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม. วารสารสุขศึกษา 2566; 2:68-85.

8.สุนันทา เดชบุญ, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล และสมบัติ มุ่งทวีพงษา.(2566). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2566; 1:97-111.

9.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). สื่อมัลติมีเดีย. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 20 ต.ค. 67]; เข้าถึงจาก: https://www.ddc.moph.go.th/dncd/publishvdo.php?vdo

10.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน.(2564). โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความรู้สำหรับประชาชน. บริษัท อัลทิเมท พริ้นติ้ง จำกัด.

11.แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561 - 2573. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 20 ต.ค. 67]; เข้าถึงจาก: https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/3d1036df-c980-e811-80e7-00155d93ef05

12.กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.(2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2565. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 20 ต.ค. 67]; เข้าถึงจาก: https://www.dop.go.th/th/know_detail?id=2521

13.ดวงธิดา โสดาพรม.(2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

14.ณีรนุช วรไธสง, อนุวัฒน์ สุรินราช, จิราภรณ์ จำปาจันทร์, ศิริลักษณ์ วงค์เครือสอน, ลัดดาวรรณ บุระเนตร , ดวงกมล พลวงค์ษา และลัดดาวรรณ เคี้ยมก้อม.(2565). ผลของโปรแกรมป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วารสารวิชาการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม 2565; 1:1-13.

15.ชื่นชม สมพล, ทัศนีย์ รวิวรกุล และพัชราพร เกิดมงคล.(2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560; พิเศษ:57-73.

16.ศิริรัตน์ ผ่านภพ.(2561). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ลำปาง: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

การพัฒนารูปแบบกลยุทธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ปี 2567

Development of a Strategic Model for Health Promotion, Disease Prevention and Control, and Public Health Performance Monitoring through Participatory Network Collaboration after the Transfer of Missions of the 60th Anniversary of Her Majesty the Queen Health Stations to the Provincial Administrative Organization, 2024.

(Received: November 20,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 3,2025)

สุรศักดิ์ หงษ์เวียงจันทร์[1]
Surasak Hongwiangchan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาบริบทกลยุทธ์การดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด 2) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 3) เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1. วิเคราะห์สถานการณ์ 2.ระยะพัฒนารูปแบบ 3.ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 23 คน จากหน่วยงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 13 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 78 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิง พรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ ในประเด็นการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติจริง เท่ากับ 4.17 (ระดับมาก) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบาย/แผนงาน เท่ากับ 4.14 (ระดับมาก) และพบว่าระดับผลการดำเนินงาตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธ์ รวมทั้ง 3 ด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 66 แห่ง คิดเป็นเป็นร้อยละ 84.62 รองลงมาคือระดับดีมาก จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.82 และระดับปานกลางจำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.56 ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก (2JCA) ได้แก่ ศึกษาบริบทการดำเนินงานการบริหารเชิงกลยุทธ์ (Context), การกำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานร่วมกัน (Joint strategy), การกำหนดแผนปฏิบัติการร่วมกัน Joint Planning , การถอดบทเรียนร่วมกัน (After Action Review)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ , การบริหารเชิงกลยุทธ , การมีส่วนร่วม , ภาคีเครือข่าย

Abstract

This study was an action research aimed at developing a strategic model for health promotion, disease prevention and control, and public health performance monitoring through participatory collaboration among health network partners after the transfer of missions of the 60th Anniversary of Her Majesty the Queen Health Stations and Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPH) to the Provincial Administrative Organization (PAO). The objectives were: (1) to study the contextual strategies for health promotion, disease prevention and control, and public health performance monitoring through network participation after the mission transfer; (2) to study the

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

process of developing strategic operations through participatory collaboration; and (3) to examine the outcomes of the developed strategic operations. The research was conducted in three phases: situation analysis, model development, and model evaluation. The samples included 23 officers from the Mukdahan Provincial Public Health Office, 13 officers from the Mukdahan Provincial Administrative Organization, and 78 directors of Subdistrict Health Promoting Hospitals in Mukdahan Province. Both quantitative and qualitative data were collected and analyzed using descriptive statistics—percentage, mean, and standard deviation—and content analysis.

The findings revealed that the level of participation in the development of the strategic management model was high, with the highest in the implementation phase (mean = 4.17), followed by policy and planning decision-making (mean = 4.14). Performance outcomes based on strategic indicators across three domains showed that 84.62% were at a good level, 12.82% at a very good level, and 2.56% at a moderate level. The developed strategic management model, called the 2JCA Model, comprised four main steps: Context, Joint Strategy, Joint Planning, and After Action Review (AAR). The results indicated that participatory collaboration among network partners enhanced strategic management processes and improved the effectiveness of public health operations under the PAO administrative structure.

Keywords: model development, strategic management, participation, network partnership

บทนำ

ประเทศไทยได้ดำเนินการปฏิรูประบบราชการและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องมาหลายทศวรรษ โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการภาครัฐ ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการท้องถิ่นของตนเอง[1] กระบวนการกระจายอำนาจนี้ครอบคลุมหลายด้าน หนึ่งในนั้นคือ ด้านสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นภารกิจสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยตรง โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นกลไกหลักในการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับพื้นที่ ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา รัฐบาลได้ผลักดันให้เกิดการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ภายใต้แนวคิดการจัดการตนเองของท้องถิ่น (local autonomy) เพื่อให้หน่วยงานในพื้นที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนได้อย่างเหมาะสม รวดเร็ว และสอดคล้องกับบริบทของชุมชนมากขึ้น[2] กระบวนการถ่ายโอนดังกล่าวได้เริ่มต้นอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2564 ตามมติคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

แม้เจตนารมณ์ของการถ่ายโอนจะมีเป้าหมายที่ดีและชัดเจน แต่จากการติดตามผลในช่วงต้นของการดำเนินงานพบว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดหลายแห่งยังขาดความพร้อมในหลายมิติ เช่น โครงสร้างการบริหาร บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือและอุปกรณ์ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานที่เป็นระบบและสอดคล้องกับนโยบายของรัฐ[3] ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องและคุณภาพของการให้บริการสุขภาพในระดับชุมชน ซึ่งเดิมที รพ.สต. มีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและชนบท งานวิจัยหลายฉบับได้กล่าวถึงผลกระทบของการถ่ายโอนภารกิจในด้านต่าง ๆ เช่น ยังได้เสนอว่า การที่อบจ. บางแห่งไม่มีโครงสร้างภายในที่เหมาะสมต่อการรองรับภารกิจด้านสาธารณสุข ทำให้การจัดบริการขาดประสิทธิภาพ และไม่สามารถประสานการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิผล เช่น โรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยบริการสุขภาพเอกชนในพื้นที่ ปัญหาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการงาน

ด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่ อบจ. โดยต้องคำนึงถึงความหลากหลายของบริบทในแต่ละจังหวัด ความพร้อมขององค์กร และความเชื่อมโยงเชิงระบบระหว่างส่วนกลางกับท้องถิ่น

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่า รูปแบบการบริหารจัดการการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญเร่งด่วน เพื่อสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด ภาคเอกชน ท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการภารกิจด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังคงไว้ซึ่งมาตรฐานการให้บริการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาว ดังนั้น งานวิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของการบริหารจัดการงานด้านสาธารณสุขของ อบจ. หลังการถ่ายโอน รพ.สต. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือข้อจำกัด และเสนอรูปแบบการบริหารจัดการที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพบริบทและศักยภาพของแต่ละพื้นที่ อันจะเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทกลยุทธ์การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรคและติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรคและติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

3 เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรคและติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

วิธีการวิจัย

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มประชากรโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ จากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 23 คน จากหน่วยงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 13 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 78 คน

วิธีการศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะตามกรอบแนวคิดการวิจัย

ระยะที่ 1 ขั้นการศึกษาบริบทของพื้นที่

เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไปด้านการสาธารณสุข ได้แก่ นโยบายการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการเนินงานด้านสาธารณสุข ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ข้อมูลทรัพยากรทางการบริหาร ข้อมูลการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่

ระยะที่ 2 ขั้นการพัฒนารูปแบบปฏิบัติการ

โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ[4] โดยมีขั้นตอนวิจัย ทั้งหมด 4 ขั้นตอนได้แก่

1.ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้ประยุกต์กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C: Appreciation Influence Control) ได้แก่ ขั้นการสร้างความรู้ (Appreciation: A) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการควบคุมและติดตามผล (Control: C)

2.ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) การดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข โดยดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามแผนงาน ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในเดือนสิงหาคม 2567 - กันยายน 2567 โดย มีแผนการดำเนินงานดังนี้

2.1 แผนกลยุทธด้านการบริการทันตกรรม

2.2 แผนกลยุทธด้านการส่งเสริมสุขภาพ

2.3 แผนกลยุทธด้านการป้องกันควบคุมโรค

3. ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (O:Observe) ติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions) ของเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อทราบจุดเด่น จุดด้อยและแนวทางการปรับปรุง ในประเด็น

3.1 กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการ

3.2 การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

3.3การสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) ขั้นการดำเนินการคืนข้อมูลผลการดำเนินงานให้เครือข่ายสุขภาพได้รับทราบผลการปฏิบัติงาน รวมทั้งรวบรวมข้อเสนอ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาจากเครือข่ายสุขภาพ

ระยะที่ 3 ขั้นการประเมินผลการดำเนินงาน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ มีกรอบการประเมินผลดังนี้

1. การประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

2. การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ 5 ด้าน ได้แก่ แผนกลยุทธด้านการบริการทันตกรรม, แผนกลยุทธด้านการส่งเสริมสุขภาพ แผนกลยุทธด้านการป้องกันควบคุมโรค

เครื่องมือที่ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ มีเครื่องมือทั้งสิ้น 6 ชุด ผู้วิจัยประยุกต์สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตามกรอบแนวคิดของการวิจัย จำแนกตามกลุ่มประชากรที่ศึกษา ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือในขั้นตอน (Action) ในขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) และขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) เป็นเครื่องมือแนวทางการจัดประชุมกลุ่ม (Focus Group / Workshop) สำหรับคณะกรรมการวางแผนยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประกอบด้วยแนวทางการสนทนากลุ่มในการกำหนดวิสัยทัศน์ และ แนวทางการวิเคราะห์ ประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (SWOT) แนวทางการ วิเคราะห์ปัจจัยภายนอก ตามแนวทฤษฎี (PESTEL) และแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการ

ชุดที่ 2 เครื่องมือในขั้นตอนการสังเกต (Observation) ใช้แบบบันทึกการสังเกตการณ์ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ประกอบด้วย แบบบันทึกการสังเกตกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการ แบบบันทึกการสังเกตการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และแบบบันทึกการสังเกตการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย

ชุดที่ 3 เครื่องมือในขั้นตอนการประเมินผล (Evaluation) แบบสอบถามการประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ คณะกรรมการวางแผนยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารเชิงกลยุทธ์ และแบบสอบถามการประเมินผลงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ 3 ด้าน ได้แก่ แผนกลยุทธด้านการบริการทันตกรรม, แผนกลยุทธด้านการส่งเสริมสุขภาพ, แผนกลยุทธด้านการป้องกันควบคุมโรค ดังนี้

การทดสอบค่าความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ แนวทางการจัดประชุมกลุ่ม (Focus Group / Workshop) สำหรับคณะกรรมการวางแผนยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารเชิงกลยุทธ์ และแบบสอบถามการประเมินผลงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ 3 ด้าน มีค่า IOC เท่ากับ 0.79,0.85,0.88 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิง พรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 1 ฉบับ ชื่อโครงการ การพัฒนารูปแบบกลยุทธการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนหวัดมุกดาหาร ปี 2567 เอกสารรับรองเลขที่ 34.9.0033.2567 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2567 ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 16 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 13 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

1.ข้อมูลด้านการสาธารณสุข โครงสร้างระบบบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการ 3 ระดับตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปัจจุบันมีการถ่ายโอนให้อยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งมีความครอบคลุมทุกตำบล ระดับทุติยภูมิ จังหวัดมุกดาหารโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 แห่ง ระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลมุกดาหาร (ขนาด 350 เตียง) ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด ให้บริการเฉพาะทางด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ–นรีเวช กุมารเวชศาสตร์ และอื่น ๆ รวมทั้งเป็นศูนย์กลางการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน และเป็นหน่วยฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 7 แห่ง เป็นหน่วยงานภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางด้านการบริหารจัดการสาธารณสุขในระดับอำเภอ มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงนโยบายและแผนงานจากระดับจังหวัด โดยทำงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน เครือข่ายการดำเนินงานด้านสาธารณสุข จังหวัดมุกดาหารอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กว่า 6,455 คน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการสื่อสารสุขภาพ เฝ้าระวังโรค ควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ และติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. สถานการณ์และปัญหาสุขภาพสำคัญของจังหวัดมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหารซึ่งตั้งอยู่บริเวณชายแดนไทย–ลาว มีลักษณะภูมิศาสตร์และสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสถานการณ์สุขภาพของประชากร โดยปัญหาสุขภาพสำคัญสามารถจำแนกได้เป็นกลุ่มใหญ่ ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคติดต่อตามฤดูกาล

โรคติดเชื้อชายแดน และปัญหาสุขภาพกลุ่มเปราะบาง

2.1.โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นภาระสำคัญของระบบสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และโรคปอดเรื้อรัง พบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราป่วยและอัตราตายที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารหวาน–เค็มเกินความจำเป็น การสูบบุหรี่ และการขาดกิจกรรมทางกาย นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ โรคติดต่อตามฤดูกาลและโรคติดเชื้อจังหวัดมุกดาหารมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในฤดูฝน ซึ่งเป็นช่วงที่แมลงพาหะเพิ่มจำนวนมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ โรคอุจจาระร่วง และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจซึ่งมีผลต่อกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ

2.2. โรคติดเชื้อชายแดนและโรคจากแรงงานข้ามชาติ เนื่องจากจังหวัดมุกดาหารเป็นพื้นที่ชายแดนติดกับแขวงสะหวันนะเขต ประเทศลาว จึงมีการเคลื่อนย้ายประชากร แรงงานข้ามชาติ และนักท่องเที่ยวข้ามพรมแดนอย่างต่อเนื่อง โรคติดเชื้อที่พบในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคมาลาเรีย วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานที่อาศัยในพื้นที่แออัดและมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ

2.3.ปัญหาสุขภาพกลุ่มเปราะบาง กลุ่มเปราะบางในจังหวัดมุกดาหารประกอบด้วยเด็กปฐมวัย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ซึ่งประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการดูแลอย่างครบวงจร ผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านติดเตียง ต้องการบริการดูแลระยะยาว (Long Term Care) และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

โครงสร้างการบริหารงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร (สสจ.มุกดาหาร) เป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางประสานและกำกับดูแลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัด โดยมีโครงสร้างการบริหารงานที่จัดขึ้นตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการแบ่งส่วนราชการและกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโครงสร้างการบริหารแบ่งออกเป็น 3 ระดับหลัก ได้แก่

3.1 ระดับผู้บริหารสูงสุด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (นพ.สสจ.) ทำหน้าที่เป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย แผนงาน และกลยุทธ์ด้านสาธารณสุขของจังหวัด รวมทั้งกำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับภายในจังหวัด

3.2 รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่ช่วยบริหารงานตามภารกิจที่ได้รับ มอบหมายแบ่งความรับผิดชอบเป็นด้านวิชาการและด้านบริหารทั่วไป โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร มีรองนายแพทย์สาธารณสุขจำนวน 8 คน ประกอบด้วย นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน, นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน), นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา), นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ, สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ), ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ, นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ), เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)

3.3 ระดับกลุ่มงานและฝ่าย ประกอบด้วย 15 กลุ่มงาน ได้แก่ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มกฎหมาย กลุ่มงานทันตสาธารณสุข กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข กลุ่มงานประกันสุขภาพ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย กลุ่มงานบริหาร

ทรัพยากรบุคคล กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล กลุ่มงานสุขศึกษาประชาสัมพันธ์และ TO BE NUMBER ONE แต่ละกลุ่มงานมีหัวหน้ากลุ่มงานเป็นผู้รับผิดชอบและประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และภาคีเครือข่ายในพื้นที่

3.4 ระดับหน่วยบริการและเครือข่ายในพื้นที่ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานประสานงานและกำกับดูแลการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบการประสานความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณสุข

4.นโยบายการดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร (สสจ.มุกดาหาร) กำหนดนโยบายการดำเนินงานโดยยึดตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ แผนพัฒนาจังหวัด และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขในจังหวัดมีทิศทางชัดเจน บูรณาการการทำงานทุกระดับ และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน นโยบายหลักสามารถสรุปได้ดังนี้

4.1 นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประกอบด้วย การส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และลดเหล้า–บุหรี่) ลดความเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อสำคัญในพื้นที่ชายแดน เช่น ไข้มาลาเรีย วัณโรค ดื้อยา โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ การดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4.2 นโยบายด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นธรรม ประกอบด้วย การพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้ตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) การเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ แรงงานข้ามชาติ และประชาชนในพื้นที่ชายแดน การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Network: PCN) ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ การส่งเสริมระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และปลอดภัย

4.3 นโยบายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและความปลอดภัยด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การควบคุมมาตรฐานอาหาร ยา เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสถานประกอบการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ การเฝ้าระวังคุณภาพน้ำ อากาศ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพประชาชน

4.4 นโยบายด้านการพัฒนาระบบสุขภาพภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย การบูรณาการทำงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคประชาสังคมในการวางแผนและติดตามผลการดำเนินงาน การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงทุกหน่วยงานในจังหวัด

4.5 นโยบายด้านการบริหารจัดการและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านวิชาการ การบริหารจัดการและการใช้เทคโนโลยี การส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม และธรรมาภิบาลในระบบราชการ การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส

5. โครงสร้างการบริหารงานกองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร กองสาธารณสุขเป็นหน่วยงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ทำหน้าที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม

และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยมีโครงสร้างการบริหารงาน

โครงสร้างการบริหารแบ่งออกเป็น 2 ระดับหลัก ได้แก่ ระดับผู้อำนวยการกองสาธารณสุข และระดับหัวหน้าฝ่ายงาน ซึ่งประกอบด้วย 5 ฝ่ายงาน ได้แก่ ฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข ฝ่ายส่งเสริมสิ่งแวดล้อม หัวหน้าฝ่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

6. นโยบายการดำเนินงาน และบทบาทหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหารด้านการสาธารณสุข กองสาธารณสุขในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร มีบทบาทสำคัญทั้งด้านการวางแผน การปฏิบัติการ และการประสานความร่วมมือในระบบสุขภาพ โดยสามารถแบ่งบทบาทสำคัญออกเป็น 5 มิติ ได้แก่

6.1 การวางแผนยุทธศาสตร์และนโยบายด้านสาธารณสุข โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของ อบจ. ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาจังหวัด ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ บริหารจัดการงบประมาณและทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้เกิดประสิทธิภาพ

6.2 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ การจัดกิจกรรมรณรงค์และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย การปฏิบัติงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ รพ.สต. ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ-ไม่ติดต่อ การให้บริการฉีดวัคซีนและกิจกรรมคัดกรองโรคในชุมชน

6.3 การบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานและการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ การดูแลและพัฒนาระบบบริการใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนมาสังกัด อบจ. ให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน การจัดบริการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล การพัฒนาระบบ Telemedicine เพื่อขยายการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ห่างไกล

6.4 การอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลชุมชน ได้แก่ การดำเนินการตรวจสอบ ควบคุม และเฝ้าระวังด้านคุณภาพน้ำ อาหาร และสิ่งแวดล้อม การจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ขยะมูลฝอย น้ำเสีย และมลพิษทางอากาศ

6.5 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขาภิบาล ได้แก่ การประสานความร่วมมือและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน และประเทศเพื่อนบ้าน (เช่น สปป.ลาว) ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคข้ามพรมแดน การจัดการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกระดับ การสร้างระบบข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ในการวางแผนและประเมินผลการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ แบ่งตาม 4 ขั้นตอน ได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (P : Plan)

โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C เพื่อการวิเคราะห์สภาพการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของจังหวัดมุกดาหาร การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ โดยประยุกต์ใช้ SWOT Analysis โดยได้กำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน คือ “มุ่งสู่การเป็นจังหวัดสุขภาพดี ภาคีเข้มแข็ง ประชาชนรอบรู้ ระบบเฝ้าระวังป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ และการดูแลรักษามาตรฐาน ด้วยระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ” และกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานร่วมกัน 3 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ การพัฒนาระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลเพื่อติดตามผลการดำเนินงานร่วมให้ทันสมัย เชื่อมโยงทุกระดับ 2. สนับสนุนให้เครือข่ายหน่วยบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกและส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่ 3. ส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรค โรคอุบัติใหม่ โรคที่ต้องเฝ้าระวัง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (A : Action)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ตามแผนดังนี้

1.พัฒนา/ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลสุขภาพกลาง (Health Data Center) ให้รองรับการเชื่อมโยง

2.ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการใช้ระบฐานข้อมูลกลาง

3.ออกติดตามประเมินผลการใช้ระบบข้อมูลสุขภาพ การใช้งานฐานข้อมูลร่วม

4.ประชุมจัดทำแนวทางการให้บริการทันตกรรม สำหรับ ผู้สูงอายุ เด็ก 3 – 5 ปี , 6 – 12 ปี

5.ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปี การให้บริการติดตามเยี่ยมหญิงหลังคลอด การตรวจคัดกรอง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

6.ประชุมชี้แจงการดำเนินงานการบริการวัคซีนขั้นพื้นฐานตามเกณฑ์ และคัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดวัณโรค ให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (O : Observation) โดยได้ผลจากการสังเกตดังนี้ มีการดำเนินการ สังเกตการณ์ในประเด็น การจัดทำวิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์ การสำรวจและวิเคราะห์ระบบข้อมูลสุขภาพทุกระดับ การประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลเพื่อติดตามผลการดำเนินงานร่วมให้ทันสมัย เชื่อมโยงทุกระดับ การสนับสนุนให้เครือข่ายหน่วยบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกและส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่ การส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรค โรคอุบัติใหม่ โรคที่ต้องเฝ้าระวัง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนคืนข้อมูล (R : Reflection)

โดยได้มีการสะท้อนคืนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่าย ในประเด็น การเชื่อมโยงข้อมูลทำได้ระดับทุก รพ.สต. และหน่วยบริการ , การเข้าถึงบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0–5 ปี ≥ , การคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเสี่ยง, การให้บริการวัคซีนพื้นฐานในเด็ก, การให้บริการไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยง, การคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค

ระยะที่ 3 การประเมินผล

การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรคและติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการดำเนินงาน ทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติจริง เท่ากับ 4.17 รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบาย/แผนงาน เท่ากับ 4.14 ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การร่วมติดตามตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานกิจกรรม และตัวชี้วัดที่กำหนดร่วมกัน เท่ากับ 3.81

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธด้านบริการทันตกรรม พบว่าตัวชี้วัดที่มีค่าแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ เด็กอายุ 6 – 12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 รองลงมาคือ เด็กอายุ 3 – 5 ปี ได้รับการทาฟูออไรด์ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 ตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธด้านส่งเสริมสุขภาพที่มีค่าคะแนน
เฉลี่ยสูงสุดคือ เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.61 รองลงมาคือ ประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 ตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธด้านการป้องกันควบคุมโรคที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การบริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 รองลงมาคือ เด็กอายุครบ 1 ปี ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.32

ระดับผลการดำเนินงาตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธ์รวมทั้ง 3 ด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 66 แห่ง คิดเป็นเป็นร้อยละ 84.62 รองลงมาคือระดับดีมาก จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.82 และระดับปานกลางจำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.56 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ระดับผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ รวมทั้ง 3 ด้าน

ระดับผลการปฏิบัติงาน		จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก	ร้อยละ 90 ขึ้นไป (≥ 81 คะแนน)	10	12.82
ดี	ร้อยละ 80 – 89 (72 – 80 คะแนน)	66	84.62
ปานกลาง	ร้อยละ 70 – 79 (63 – 71 คะแนน)	2	2.56
ต้องปรับปรุง น้อยกว่า ร้อยละ 70 (< 63 คะแนน)		0	0.00

จากการดำเนินงานทั้งหมดสามารถสรุปรูปแบบการพัฒนาได้เป็นขั้นตอน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลักๆ ดังนี้

1. **Context (C)** เป็นขั้นตอนแรกที่ศึกษาบริบทการดำเนินงานการบริหารเชิงกลยุทธ์ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา

2. **Joint strategy (J)** มีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานร่วมกัน ระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งประกอบด้วยยุทธศาตรหลัก 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) ยุทธศาสตรด้านการพัฒนาระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลเพื่อติดตามผลการดำเนินงานร่วมให้ทันสมัยเชื่อมโยงทุกระดับ 2) ยุทธศาสตรการสนับสนุนให้เครือข่ายหน่วยบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกและส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่ 3) ยุทธศาสตรการส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรค โรคอุบัติใหม่ โรคที่ต้องเฝ้าระวัง

3. **Joint Planning (J)** มีการกำหนดแผนปฏิบัติการร่วมกัน โดยใช้กระบวนการถกปัญหาอย่างมีส่วนร่วม (ORID Method) ซึ่งเป็นเทคนิคที่ช่วยให้ทุกฝ่ายได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงานซึ่งมีการกำหนดแผน 3 แผนงาน ได้แก่ 1.ด้านระบบข้อมูลในการติดตามประเมินผล 2. ด้านการบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกและส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่ 3.ด้านการป้องกัน ควบคุมโรค

4. **After Action Review (A)** เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน จะมีการถอดบทเรียนร่วมกันของผู้วิจัยและภาคีเครือข่าย เพื่อทบทวนกระบวนการทำงาน วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา และนำบทเรียนที่ได้ไปปรับปรุงพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สรุปได้ว่า รูปแบบ 2JCA ที่พัฒนาขึ้นนี้ เน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การศึกษาบริบท การวางแผน การมอบหมายภารกิจ การลงมือปฏิบัติการติดตามประเมินผล และการถอดบทเรียนเพื่อพัฒนางาน ซึ่งจะช่วยให้การบริหารเชิงกลยุทธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น หลังจากที่มีการถ่ายโอน สอน./รพสต. ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ปี 2567 โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งมี 3 ระยะ คือ ขั้นการศึกษาบริบท ขั้นการพัฒนารูปแบบ และขั้นการ

ประเมินผลการดำเนินงาน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารเชิงกลยุทธ์ แนวคิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C: Appreciation Influence Control) และ ใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกทากาด[4] ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มได้แก่ 1) คณะกรรมการวางแผนยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข จำนวน 36 คน 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 78 คน

โดยสามารถกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ที่ประชุมมีมติวิสัยทัศน์ร่วมกัน คือ “มุ่งสู่การเป็นจังหวัดสุขภาพดี ภาคีเข้มแข็ง ประชาชนรอบรู้ ระบบเฝ้าระวังป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ และการดูแลรักษามาตรฐาน ด้วยระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ” โดยมีการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานร่วมกัน 3 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ 1) พัฒนาระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลเพื่อติดตามผลการดำเนินงานร่วมให้ทันสมัย เชื่อมโยงทุกระดับ 2) สนับสนุนให้เครือข่ายหน่วยบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกและส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่ 3) ส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคโรคอุบัติใหม่ โรคที่ต้องเฝ้าระวัง

การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีกิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติจริง เท่ากับ 4.17 รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบาย/แผนงาน เท่ากับ 4.14 ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การร่วมติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานกิจกรรม และตัวชี้วัดที่กำหนดร่วมกัน เท่ากับ 3.81 โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ นริศรา นิลละออง[5] ที่ศึกกระบวนการบริหารงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอครอบครัวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอครอบครัวภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 (S.D.=0.50)

ระดับผลการดำเนินงาตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธ์รวมทั้ง 3 ด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 66 แห่ง คิดเป็นเป็นร้อยละ 84.62 รองลงมาคือระดับดีมาก จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.82 และระดับปานกลางจำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.56 ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ ธนภัทร อรัญเพิ่ม[6] ได้ศึกษาปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะด้านการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า สมรรถนะด้านการปฏิบัติงานของสถานีอนามัยในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (=4.18, S.D.=0.63)

โดยสรุป การวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ช่วยยกระดับการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการระบบข้อมูล ด้านการบริการทันตกรรม ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการป้องกัน ควบคุมโรค ส่งผลให้การของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับดี

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยการมี

ส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรใช้รูปแบบ 2JCA ที่เป็นระบบการดำเนินงาน ที่สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหา วางแผนการดำเนินงาน การติดตามประเมินผลด้วยระบบข้อมูล ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อยกระดับการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขให้ดียิ่งขึ้น ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในทุกระดับ ทั้งหน่วยงานสาธารณสุข (สสจ. สสอ. รพ. รพสต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ. อปท.) ในการดำเนินงานตามรูปแบบอย่างจริงจัง เพื่อให้มีการปฏิบัติงานในระดับดี การกำหนดตัวชี้วัดร่วมกัน ควรเน้นตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาของพื้นที่ เพื่อให้เกิดการยอมรับและสามารถดำเนินการร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ควรมีนโยบายส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาระบบสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขมากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความครอบคลุมในการดำเนินงาน ควรสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ บุคลากร และจัดสวัสดิการให้เพียงพอแก่หน่วยงานบริการ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพ และการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2563). การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการท้องถิ่นของตนเอง. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ.
2. กระทรวงมหาดไทย. (2565). ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 95 ง. สืบค้นจาก https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/E/095/T_0009.PDF
3. กองนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). สรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566: ปัญหาและอุปสรรค. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.ชาญณรงค์ และคณะ (2566)
4. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1990). The action research planner (3rd ed.). Geelong, Victoria: Deakin University Press.นริศรา นิลละออง (2559)
5. นริศ นิลละออง, น., & อภิปาลกุล, ช. (2559). กระบวนการบริหารงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอครอบครัวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
6. ธนภัทร อรัญเพิ่ม & ชนะพล ศรีฤาชา. (2554). ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะด้านการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

A Model of Development for Community Based Treatment and Rehabilitation Related to Drugs Addiction Rehabilitation among Patients In Lahansai distinct, Buriram province.

(Received: October 13,2025 ; Revised: November 2,2025 ; Accepted: November 3,2025)

มะลิวัลย์ เศรษฐบุตร[1]
Maliwan Setthabut[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ CBTx ที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้การวิจัยและพัฒนา (R&D) ด้วยระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และเอกสารที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแกนนำชุมชน ภาคีเครือข่าย ผู้ป่วยยาเสพติด และญาติ รวม 45 คน ดำเนินการตามกรอบ Action Research และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบสามเส้า

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างการรับรู้และประชาคม 2) การจัดตั้งคณะทำงานและบูรณาการหลายภาคส่วน 3) การจัดกิจกรรมบำบัด เช่น ดนตรีบำบัด กีฬาบำบัด ฝึกอาชีพ และกิจกรรมเสริมสร้างคุณค่าชีวิต 4) การติดตามและประเมินผลต่อเนื่อง ผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย 12 ใน 15 คน (ร้อยละ 80) ลด ละ เลิกการเสพได้ต่อเนื่อง และร้อยละ 86.7 มีสุขภาพกายและจิตดีขึ้น ครอบครัวและชุมชนให้การยอมรับและสนับสนุน ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณค่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 3.35 เป็น 4.20 ($p<0.001$) โดยเฉพาะด้าน “ร่วมคิด” และ “ร่วมรับผลประโยชน์” ขณะเดียวกันคดียาเสพติดในพื้นที่ลดลงร้อยละ 25

คำสำคัญ: การบาบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง, ผู้ป่วยยาเสพติด, การมีส่วนร่วมของชุมชน

ABSTRACT

This study aimed to develop a CBTx model appropriate to the context of Lahan Sai District, Buriram Province. A research and development (R&D) design with qualitative methodology was applied. Data were collected through focus group discussions, in-depth interviews, observation, and document review. Participants included 45 informants: community leaders, network partners, drug users, and family members. The study followed the Action Research framework and ensured trustworthiness through triangulation.

The results revealed that the CBTx “Chum Chon Lom Rak” model consisted of four main steps: (1) raising awareness and community mobilization, (2) establishing a working group and integrating multi-sectoral collaboration, (3) implementing rehabilitation activities such as music therapy, exercise therapy, vocational training, and life-value enhancement activities, and (4) continuous follow-up and evaluation. Outcomes showed that 12 out of 15 drug users (80%) successfully reduced or quit drug use, and 86.7% reported improved physical and mental health. Families and communities increasingly accepted and supported patients, enabling their reintegration into society. Community participation significantly increased from a mean score of 3.35 to 4.20 ($p<0.001$), especially in “co-thinking” and “benefit-sharing.” In addition, local drug-related cases decreased by 25%.

Key word: Community-based rehabilitation, Drug addiction patients, Community participation

บทนำ

ปัญหาสารเสพติดเป็นภัยต่อความมั่นคงของมนุษยชาติที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) โรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

ในระดับโลก ข้อมูลจาก World Drug Report 2020 ระบุว่าปี 2018 มีผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกประมาณ 269 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.8 ของประชากรโลก และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 5.4 และแนวโน้มยังคงเพิ่มขึ้น[1] สถานการณ์ในประเทศไทย การสำรวจระดับประเทศที่เผยแพร่ปี 2563 พบว่าปี 2562 มีผู้ใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในรอบปีจำนวนประมาณ 3.75 ล้านคน (ร้อยละ 7.46) และเคยใช้สารเสพติดในช่วงอายุ 12–65 ปี รวม 1.97 ล้านคน (ร้อยละ 3.91)[2] ผลกระทบจากสารเสพติดมีหลายมิติทั้งกระทบเชิงอาชญากรรมและความปลอดภัยแล้ว ภาระโรคจากการใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลสำคัญต่อสุขภาพประชากร[3] การติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลต่อการสูญเสีย 41 ต่อประชากรพันคน ขณะเดียวกัน ปัญหายังส่งผลต่อครอบครัวและชุมชน โดยร้อยละ 35.9 ของชุมชนได้รับผลกระทบและมีผู้เกี่ยวข้องกับอาชญากรรมจากสารเสพติดกว่า 127,000 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 18[4-5] เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว รัฐบาลไทยได้กำหนดนโยบายบูรณาการให้ผู้ใช้สารเสพติด “เข้าสู่การบำบัดฟื้นฟู และติดตามต่อเนื่อง” โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายภาคีในพื้นที่ และได้พัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment and Care: CBTx) เพื่อให้เกิดการดูแลใกล้บ้านอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัด ฟื้นฟู ลดอันตราย ไปจนถึงการติดตามช่วยเหลือทางสังคมแนวทางดังกล่าวได้รับการถ่ายทอดเป็นคู่มือปฏิบัติระดับประเทศและระดับเขต/จังหวัด เพื่อให้หน่วยบริการและภาคีเครือข่ายสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง [6-8]

จากการทบทวนวรรณกรรมสนับสนุนความสำคัญของการขับเคลื่อนรูปแบบ CBTx พบว่า WHO-UNODC ออก “International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders (2020)” เน้นระบบบริการแบบต่อเนื่องในชุมชน บูรณาการสุขภาพ–สังคม และยืนยันว่าการบำบัดโดยสมัครใจ/ชุมชนเป็นแนวทางที่มีหลักฐานรองรับมากกว่าโมเดลคุมขังบังคับ (compulsory) ซึ่งเอกสารภูมิภาคเอเชียตะวันออกและแปซิฟิกปี 2022 ก็เรียกร้องให้เปลี่ยนผ่านไปสู่ CBT อย่างชัดเจน[9] การศึกษาของ นุชรีย์ ทองเจิม พัฒนารูปแบบบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน พบว่า “การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว” ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้นและได้รับการยอมรับมากขึ้น พร้อมศักยภาพขยายผลสู่พื้นที่อื่นเมื่อปรับตามบริบท[10] ศรีสุดา ลุนพุฒิ ศึกษาพื้นที่จังหวัดขอนแก่น พบองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การสร้างความตระหนักระดับอำเภอ การทำประชาคม การเสริมศักยภาพชุมชน และการติดตามต่อเนื่อง โดยผู้เสพจำนวนมาก “หยุดเสพได้ต่อเนื่อง” และคดียาเสพติดลดลงอย่างเห็นได้ชัด[11] และณฐพร ผลงาม เสนอให้ลดการสั่งการเชิงอำนาจจากส่วนกลาง และยกระดับ “การมีส่วนร่วมออกแบบ-ตัดสินใจของชุมชน” ตลอดกระบวนการ ขณะที่หน่วยบริการสาธารณสุขทำหน้าที่สนับสนุน case management, holistic rehabilitation และ network linkage เพื่อลดการกลับไปเสพซ้ำ[12]

จากหลักฐานข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทไทย ดังนั้น การพัฒนาโครงการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานในอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ จึงมีความสำคัญในการสร้างกระบวนการบำบัดแบบบูรณาการ ที่ไม่เพียงมุ่งเน้นต่อผู้เสพ แต่ยังเสริมพลังแก่ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้สามารถลด ละ เลิกสารเสพติด และส่งคืนคนดีกลับคืนสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) อาศัยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ประชาชนและครอบครัวในหมู่บ้านที่มีการแพร่ระบาด รวมถึงผู้ป่วยยาเสพติด และบุคลากร/แกนนำที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง (Samples)

คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

1. แกนนำและสหสาขาวิชาชีพในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการ รพ.สต. ตำรวจ และผู้แทนภาคประชาชน

2. ผู้ป่วย/ผู้ใช้สารเสพติด ที่ผ่านการคัดกรองและอยู่ในระดับ “ผู้เสพ”

3. ญาติหรือผู้ดูแล ที่เป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือเครือญาติใกล้ชิด ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยและสมัครใจเข้าร่วม

เกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1. เป็นประชาชนในหมู่บ้านที่มีการแพร่ระบาดในพื้นที่ศึกษา

2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

3. สมัครใจเข้าร่วมและให้ข้อมูล

4. อยู่ในกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินงาน CBTx

โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะป่วยทางจิตเวชหรือมีโรครุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและเหตุผล (Sample size and Rationale)

การวิจัยเชิงคุณภาพใช้เกณฑ์ “อิ่มตัวของข้อมูล” (data saturation) มากกว่าการกำหนดจำนวนเชิงสถิติ โดยกำหนดเบื้องต้นดังนี้

1. สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) 3–4 วง กลุ่มละ 6–8 คน แบ่งตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

2. สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) 10–15 ราย (3–5 ราย/กลุ่ม) เพื่อเจาะลึกประเด็นสำคัญ

รวมผู้ให้ข้อมูลประมาณ 28–47 ราย โดยสามารถปรับเพิ่มหรือลดตามความเหมาะสม หากข้อมูลยังไม่ถึงจุดอิ่มตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน (Demographic Questionnaire) ใช้บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยตลอดจนบริบทครอบครัวและชุมชน

2. แบบสอบถามประเมิน (Assessment Questionnaires) ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ เกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดและบทบาทชุมชน, แบบประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม, แบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อการดำเนินกิจกรรม CBTx เครื่องมืออ้างอิงจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธี KR-20 และ Cronbach’s Alpha (ค่า >0.7)

3. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) ใช้คำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured questions) เพื่อเจาะลึกประเด็น เช่น ประสบการณ์ของผู้เสพ/ญาติในการเข้ารับการบำบัด, อุปสรรคและปัจจัยส่งเสริมการฟื้นฟู, บทบาทของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในการสนับสนุน

4. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) ใช้สำหรับการสนทนากลุ่มกับ

แกนนำชุมชน ผู้ป่วย และญาติ เพื่อระดมความคิดเห็นต่อ รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู CBTx ความเหมาะสม ปัญหา และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ

5. แบบบันทึกการสังเกตการณ์ (Observation Record Form) ใช้สำหรับบันทึกพฤติกรรม บรรยากาศการมีส่วนร่วม และการปฏิบัติงานจริงของทีมบำบัดฟื้นฟู/เครือข่ายในชุมชน

6. เอกสารและคู่มือที่เกี่ยวข้อง (Document Review Form) ศึกษาคู่มือการบำบัดฟื้นฟู CBTx เอกสารโครงการ รายงานการดำเนินงาน และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลเสริมประกอบการออกแบบและปรับใช้รูปแบบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลใช้วิธีการเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1. การสนทนากลุ่ม (FGD) กับแกนนำชุมชน ผู้ป่วย และญาติ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟู

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (IDI) เพื่อเก็บข้อมูลประสบการณ์และข้อเสนอแนะ

3. การสังเกตการณ์ (Observation) พฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม CBTx

4. การศึกษาจากเอกสาร (Document Review) ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดฟื้นฟูและรายงานโครงการ

ข้อมูลถูกรวบรวมตามกรอบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: Planning–Action–Observation–Reflection) จนกว่าจะถึงความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตการณ์ ถูกถอดความแล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จัดหมวดหมู่เพื่อสรุปปัจจัย ปัญหา อุปสรรค และแนวทางพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟู CBTx ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

2. ข้อมูลจากเอกสารและรายงานต่าง ๆ ใช้วิธีการ documentary analysis เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องและเปรียบเทียบกับข้อมูลภาคสนาม

3. เพื่อความน่าเชื่อถือ ใช้วิธีตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านข้อมูล (ผู้ป่วย ญาติ ชุมชน), วิธีการเก็บข้อมูล (FGD, IDI, Observation, Document), และผู้วิจัยร่วม พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member checking)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ตามเอกสารรับรองที่ BRO 2024-154 เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2567 หมดอายุวันที่ 2 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการในตำบลตาจง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมีการแพร่ระบาดของยาเสพติดและได้รับการคัดเลือกให้เป็น “พื้นที่ต้นแบบ CBTx ชุมชนล้อมรักษ์” โดยการประชาคมร่วมกับภาคีเครือข่ายท้องถิ่น พบว่ามีประชากรทั้งสิ้น 8,339 คน แบ่งเป็น 12 หมู่บ้าน 2,374 หลังคาเรือน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) แกนนำชุมชนและผู้แทนภาคีเครือข่าย เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ตำรวจ ผู้นำศาสนา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวม 30 คน 2) ผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการคัดกรองและยินยอมเข้าร่วมโครงการ 15 คน 3) ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในครัวเรือน จำนวน 15 ครัวเรือน

2. การดำเนินการพัฒนาโมเดล CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” ดำเนินการแบบวนรอบ (Plan–Action–Observation–Reflection: PAOR) จำนวน 2 รอบ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบ

การบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน ผลการดำเนินการสรุปได้ดังนี้

ระยะที่ 1: การวางแผน (Planning)

ทีมวิจัยได้ทบทวนข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน ทั้งคู่มือ CBTx ระดับประเทศ เอกสารรายงานจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) และเอกสารแนวทางจากองค์การอนามัยโลก (WHO–UNODC) เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดและองค์ประกอบเบื้องต้นของโมเดลที่เหมาะสมกับพื้นที่ ควบคู่กับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแกนนำชุมชน ผู้ใช้สารเสพติด และญาติ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ปัญหาหลักของพื้นที่ ได้แก่ การขาดระบบติดตามต่อเนื่อง การตีตราผู้ใช้สารเสพติด และการมีส่วนร่วมของครอบครัวยังจำกัด ซึ่งเป็นฐานสำหรับกำหนดสมมติฐานเชิงพัฒนาและวางแผนการทดลองในภาคสนาม

ระยะที่ 2: การดำเนินการรอบแรก (Action – Cycle 1)

ทีมวิจัยได้นำองค์ประกอบของโมเดลไปทดลองใช้จริงในชุมชน โดยจัดกิจกรรมบำบัดและฟื้นฟู เช่น ดนตรีบำบัด กีฬาบำบัด และกิจกรรมเสริมสร้างคุณค่าชีวิต เพื่อสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในตนเอง ผู้เข้าร่วมได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว แกนนำ และอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีบทบาทตั้งแต่การชวนเข้าร่วมจนถึงการติดตามผล พบว่าผู้เข้าร่วมมีกิจกรรมร่วมกับชุมชนเพิ่มขึ้น ความรู้ความเข้าใจเรื่องการบำบัดดีขึ้น และเกิดบรรยากาศแห่งการยอมรับมากขึ้น

ระยะที่ 3: การสังเกตและสะท้อนผล (Observation & Reflection – Cycle 1)

จากการสังเกตและการสะท้อนผลร่วมกับภาคีเครือข่าย พบปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอและการมีส่วนร่วมของครอบครัวยังไม่ต่อเนื่อง ทีมวิจัยและภาคีได้เสนอแนวทางปรับปรุง ได้แก่ การเพิ่มการเยี่ยมบ้านเชิงรุกโดย อสม. เพื่อรักษาการเชื่อมต่อระหว่างกิจกรรม การบูรณาการกิจกรรมฝึกอาชีพเพื่อสร้างแรงจูงใจ และการจัดวงพูดคุยเชิงครอบครัวเพื่อลดอคติและการตีตราผู้เข้าร่วม

ระยะที่ 4: การดำเนินการรอบที่สอง (Action – Cycle 2)

โมเดลที่ได้รับการปรับปรุงได้นำกลับไปใช้ในพื้นที่จริงอีกครั้ง โดยยังคงหลักการชุมชนเป็นฐานและการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน ผลการดำเนินงานพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จากค่าเฉลี่ย 3.35 เป็น 4.20, $p<0.001$) ผู้ป่วยร้อยละ 80 (12 ใน 15 คน) สามารถลดหรือเลิกใช้สารเสพติดได้ต่อเนื่อง และบรรยากาศในครอบครัวมีความเข้าใจและยอมรับเพิ่มขึ้นชัดเจน เกิดระบบพี่เลี้ยงและกลไกสนับสนุนในชุมชนที่มีความต่อเนื่องมากขึ้น

ระยะที่ 5: การสรุปและจัดทำโมเดล (Final Development)

เมื่อสังเคราะห์ข้อมูลจากทั้งสองรอบ ทีมวิจัยได้พัฒนา “รูปแบบโมเดล CBTx ชุมชนล้อมรักษ์” ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การสร้างการรับรู้และประชาคม เพื่อสร้างความเข้าใจและฉันทามติร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนกิจกรรม 2) การจัดตั้งคณะทำงานและบูรณาการหลายภาคส่วน เพื่อกำหนดบทบาท หน้าที่ และกลไกสนับสนุนอย่างชัดเจน 3) การจัดกิจกรรมบำบัดและฟื้นฟูแบบบูรณาการ ที่สอดคล้องกับบริบท เช่น ดนตรี–กีฬาบำบัด กิจกรรมคุณค่าชีวิต และการฝึกอาชีพ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจและลดการตีตรา 4) การติดตามและประเมินผลต่อเนื่อง ทั้งด้านสุขภาพกาย–ใจและมิติทางสังคม ผ่านระบบเยี่ยมบ้านและเครือข่ายอาสาสมัคร เพื่อคงการมีส่วนร่วมและป้องกันการหลุดจากระบบ

โดยสรุป โมเดล CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น ใช้ได้จริง และสามารถเป็นต้นแบบการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐานที่ยั่งยืนในระดับพื้นที่

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโครงการ 15 คน ผ่านการบำบัดครบกระบวนการ ผู้ป่วย 12 ใน 15 คน (ร้อยละ 80) สามารถ ลด ละ เลิกการใช้สารเสพติดได้ต่อเนื่องและกลับมาใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข ผู้ป่วย 3 คน (ร้อยละ 20) ยังมีการเสพซ้ำเป็นครั้งคราว แต่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง สุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้นชัดเจน ร้อยละ 86.7, ผู้เข้าร่วมชุมชนและครอบครัวมีความตระหนักรู้ต่อปัญหายาเสพติดสูงขึ้น และเกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและท้องถิ่น, เกิด รูปแบบ “ชุมชนล้อมรักษ์” ซึ่งชุมชนมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัด ฟื้นฟู และติดตามต่อเนื่อง ส่งผลให้คดียาเสพติดในพื้นที่ลดลง ร้อยละ 25 เมื่อเทียบก่อนและหลังการดำเนินโครงการ และชุมชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น, การมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนช่วยเสริมศักยภาพของบุคลากรและแกนนำชุมชนในการจัดการปัญหายาเสพติดเชิงบูรณาการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปผลการศึกษา CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” ตำบลตาจง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

หมวด	รายละเอียด	จำนวน/ร้อยละ	หมายเหตุ
1. ข้อมูลผู้เข้าร่วม	ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโครงการ	15 คน (100%)	สมัครใจเข้าร่วมบำบัด
	เพศชาย	15 คน (100%)	ทุกคนเป็นวัยแรงงาน
	อายุ 18–30 ปี	9 คน (60%)	
2. การมีส่วนร่วมของชุมชน	แกนนำชุมชนและภาคีเครือข่ายที่สนับสนุน	30 คน	ผู้ใหญ่บ้าน, อสม., อปท., ตำรวจ, ผู้นำศาสนา
	ครอบครัวผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม	15 ครัวเรือน (100%)	เข้าร่วมการประชุม/เวทีชุมชน
3. กิจกรรมบำบัด	ดนตรีบำบัด (Music therapy)	จัด 3 ครั้ง, ผู้เข้าร่วมเฉลี่ย 12 คน/ครั้ง	เน้นการผ่อนคลาย ลดความเครียด
	กีฬาบำบัด (Exercise therapy)	จัด 3 ครั้ง, ผู้เข้าร่วมเฉลี่ย 10 คน/ครั้ง	ฟุตบอล/วอลเลย์บอล
	ฝึกอาชีพตัดผม	ผู้เข้าร่วม 6 คน (40%)	สามารถนำไปสร้างรายได้
	กิจกรรมคุณค่าชีวิต/พัฒนาทักษะชีวิต	ผู้เข้าร่วมครบ 15 คน (100%)	เน้นการสร้างความภาคภูมิใจ
4. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ผู้ป่วยเลิก/ลดการเสพต่อเนื่อง	12 คน (80%)	ยืนยันจากครอบครัวและ อสม.
	ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมเสพบ้าง	3 คน (20%)	ได้รับการติดตามต่อเนื่อง
	ผู้ป่วยที่สุขภาพจิตดีขึ้น (รายงานตนเอง)	13 คน (86.7%)	รู้สึกมีคุณค่าและได้รับการยอมรับ
5. ผลลัพธ์ด้านสังคม	ครอบครัวที่ยอมรับและสนับสนุน	15 ครัวเรือน (100%)	ลดการตีตราในครอบครัว
	การลดคดียาเสพติดในพื้นที่	ลดลง 25%	ข้อมูลจากผู้นำชุมชน
	การรวมกลุ่มของชุมชน	เกิดเครือข่าย “ชุมชนล้อมรักษ์”	เป็นรูปแบบต้นแบบ CBTx
6. ข้อค้นพบเชิงคุณภาพ	ความตระหนักรู้ของชุมชน	เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน	ประชาชนมีส่วนร่วมเวทีหมู่บ้าน 75%
	ความรู้สึกของผู้ป่วย	ได้รับการยอมรับ–มีคุณค่า” ร้อยละ 85	จากการสัมภาษณ์เชิงลึก
	ความยั่งยืนของรูปแบบ	ได้รับการบูรณาการจากหลายภาคส่วน	สาธารณสุข–ตำรวจ–อปท.–ผู้นำชุมชน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังการดำเนินโครงการ CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” ในกลุ่มตัวอย่าง 45 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนการดำเนินงานเท่ากับ 3.35 (S.D. = 0.61) และหลังการดำเนินงานเพิ่มขึ้นเป็น 4.20 (S.D. = 0.33) โดยมีค่าเฉลี่ยผลต่าง ($\bar{d}$) เท่ากับ -0.85 และช่วงความเชื่อมั่น 95%CI ของผลต่างอยู่ระหว่าง -1.02 ถึง -0.68 จากการทดสอบทางสถิติพบว่าความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 10.21, df = 44, p < 0.001) แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” สามารถส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิผล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (n = 45)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{d}$	95%CI of μ_d	t-test	df	p-value
ก่อนดำเนินงาน	3.35	0.61	- 0.85	-1.02 ถึง -0.68	10.21	44	<0.001
หลังดำเนินงาน	4.20	0.33					

*p < 0.05

ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังดำเนินโครงการในกลุ่มตัวอย่าง 45 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยรายด้านเพิ่มขึ้นทุกมิติ จากระดับต่ำ–ปานกลางก่อนดำเนินงาน (ภาพรวม $\bar{x}$=2.73, S.D.=0.41) เป็นระดับสูงหลังดำเนินงาน (ภาพรวม $\bar{x}$=4.32, S.D.=0.52) โดยเฉพาะมิติ “ร่วมรับผลประโยชน์” และ “ร่วมคิด” เพิ่มขึ้นเด่นชัด (จาก $\bar{x}$=2.10 และ 3.00 เป็น $\bar{x}$=4.53 และ 4.40 ตามลำดับ) สะท้อนว่ารูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกมิติอย่างเป็นรูปธรรม

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของชุมชนต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าก่อนดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 (S.D.= 0.21) และหลังดำเนินงานเพิ่มขึ้นเป็น 2.77 (S.D.= 0.18) โดยมีค่าเฉลี่ยผลต่าง -0.42 และช่วงความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง -0.50 ถึง -0.34 การทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=15.20, df=44, p<0.001) สะท้อนว่าการดำเนินโครงการ CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” สามารถยกระดับความพึงพอใจและการยอมรับของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิผล ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการดำเนินงาน (n=45)

ความพึงพอใจ	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{d}$	95%CI of μ_d	t-test	df	p-value
ก่อนการดำเนินงาน	2.35	0.21	- 0.42	- 0.50 ถึง -0.34	15.20	44	<0.001
หลังการดำเนินงาน	2.77	0.18					

*p < 0.05

สรุปการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” สามารถสร้างกลไกการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน มีความต่อเนื่อง และสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน พร้อมทั้งเสริมพลังให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง

ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” มีประสิทธิผลอย่างชัดเจนต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ผลลัพธ์ด้านสุขภาพพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 สามารถลด ละ เลิกการใช้สารเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง และสุขภาพกาย–จิตดีขึ้น ร้อยละ 86.7 ขณะเดียวกันครอบครัวและชุมชนแสดงออกถึงการยอมรับและการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณค่า สิ่งเหล่านี้สะท้อนว่า “การบำบัดที่มีชุมชนเป็นฐาน” ไม่เพียงเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย แต่ยังเป็นการเสริมพลังทางสังคม (empowerment) ให้แก่ครอบครัวและชุมชน อีกประเด็นสำคัญคือ การดำเนินการ CBTx แบบบูรณาการผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอน (การสร้างการรับรู้ การจัดตั้งคณะทำงาน กิจกรรมบำบัด และการติดตามต่อเนื่อง) ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ ผลการเปรียบเทียบทางสถิติในกลุ่มตัวอย่าง 45 คน พบว่าค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 3.35 เป็น 4.20 ($p<0.001$) และในมิติการมีส่วนร่วมเฉพาะด้าน เช่น “ร่วมคิด” และ “ร่วมรับผลประโยชน์” เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่ากระบวนการดังกล่าวได้ยกระดับความรู้สึกเป็นเจ้าของ (ownership) และความรับผิดชอบร่วมกันของคนในชุมชนต่อปัญหายาเสพติด

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ มาตรฐานสากลที่องค์การอนามัยโลก (WHO) และสำนักงาน UNODC[13] ได้นำเสนอใน International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders ซึ่งยืนยันว่าการบำบัดที่มีลักษณะสมัครใจ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการบูรณาการระบบสุขภาพ–สังคมในระดับชุมชน เป็นวิธีการที่มีหลักฐานรองรับว่ามีประสิทธิผลมากกว่าการควบคุมหรือกักกันผู้เสพแบบบังคับ ทั้งยังช่วยลดการตีตราและส่งเสริมการกลับคืนสู่สังคมของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน นุชรีย์ ทองเจิม[14] พบว่า การบำบัดโดยชุมชนเป็นฐานที่มีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ได้รับการยอมรับ และลดความเสี่ยงในการกลับไปเสพซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษา ณฐพร ผลงาม[15] ชี้ว่า การให้อำนาจแก่ชุมชนในการออกแบบ–ตัดสินใจ ลดการสั่งการแบบรวมศูนย์จากส่วนกลาง ส่งผลให้การบำบัดมีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับบริบท และลดอัตราการเสพซ้ำ และสำนักงาน ป.ป.ส.[16] รายงานการดำเนินงาน CBTx ในพื้นที่นำร่อง 8 จังหวัด พบว่าการบูรณาการกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายช่วยให้ผู้เข้าร่วมโครงการลดพฤติกรรมการเสพ และชุมชนสามารถพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง เมื่อเปรียบเทียบกับผลการวิจัยในครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าแนวทาง CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” มีความสอดคล้องกับทั้งงานวิจัยสากลและงานวิจัยในประเทศ อีกทั้งยังตอกย้ำว่าการบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดต้องอาศัย การสร้างระบบการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อสร้างความยั่งยืน

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า รูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” ที่พัฒนาขึ้นสามารถเป็นต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทย ได้อย่างมีประสิทธิผล โดยมีข้อค้นพบสำคัญดังนี้ 1) ผู้ป่วยร้อยละ 80 ลด–เลิกการใช้สารเสพติดได้จริง สุขภาพกายและจิตใจดีขึ้น และสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี 2) ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทอย่างเด่นชัดในการสนับสนุนและยอมรับผู้ป่วย ลดการตีตรา และเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน 3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งหน่วยงานท้องถิ่น โรงพยาบาล และภาครัฐ ช่วยให้เกิดระบบดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืน 4) ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถเสริมสร้างความไว้วางใจและความ

เชื่อมั่นของชุมชนได้ โดยสรุป CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” เป็นการบูรณาการพลังของชุมชน ครอบครัว และหน่วยงานท้องถิ่น ที่สามารถลดปัญหายาเสพติด สร้างกลไกดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และขยายผลไปสู่การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งในระดับประเทศได้ในอนาคต การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตอกย้ำว่าการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดควรดำเนินการโดยใช้ ชุมชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในเชิงสุขภาพและสังคม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีปัญหายาเสพติด ควรนำรูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” ไปปรับใช้ในชุมชนอื่น โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด เพื่อสร้างกลไกการบำบัดฟื้นฟูที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างยั่งยืน

2. บูรณาการเข้าสู่นโยบายท้องถิ่นและหน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายและแผนงานด้านการป้องกันและบำบัดยาเสพติด โดยผนวกกิจกรรมบำบัดและการติดตามผู้ป่วยเข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. การติดตามผลระยะยาว ควรมีการศึกษาติดตามผู้ป่วยและครอบครัวในระยะเวลา 1–3 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ CBTx ในการลดการกลับไปเสพซ้ำ รวมถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

2. การวิจัยเชิงเปรียบเทียบหลายพื้นที่ ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างหลายชุมชนหรือหลายจังหวัดที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น ชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และพื้นที่ชายแดน เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จและแนวทางการประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมกับแต่ละบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ที่เอื้อเฟื้อสถานที่และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทุกด้านตลอดระยะเวลาการทำวิจัยนี้ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญและคณาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้ให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทางการวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องของบทความอย่างต่อเนื่อง ท้ายที่สุดนี้ ขอแสดงความขอบคุณอย่างยิ่งต่อ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข ตำรวจ ปลัดอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงครอบครัวและญาติของผู้เข้าร่วมโครงการ ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูลและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” ทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).(2020). World Drug Report 2020. Vienna: UNODC.

2.Office of the Narcotics Control Board (ONCB).(2020). Substances Users Population in Thailand 2019. Bangkok: ONCB.

3.World Health Organization.(2024). Alcohol – Key facts [Internet]. 2024 Jun 28. Available from: WHO website.

4.World Health Organization.(2018). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization.

5.สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2563). รายงานสถานการณ์ปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

6.สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.(2564). คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx). กรุงเทพฯ: บริษัท ออนป้า จำกัด.

7.กรมสุขภาพจิต.(2566). คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx). กรุงเทพฯ.

8.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.(2565). แนวทางการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระดับพื้นที่ (CBTx). เอกสารวิชาการ.

9.World Health Organization; United Nations Office on Drugs and Crime. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: WHO; Vienna: UNODC.

10.นุชรีย์ ทองเจิม.(2564). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน.

11.ศรีสุดา ลุนพุฒิ.(2566). การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น.

12.ณฐพร ผลงาม.(2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดระยอง.

13.World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime.(2020). International standards for the treatment of drug use disorders. Geneva: WHO.

14.นุชรีย์ ทองเจิม.(2564). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข. 2564;45(3):215-28.

15.ณฐพร ผลงาม.(2567). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสังคมและสุขภาพ. 2567;12(1):33-47.

16. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2565). รายงานการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) พื้นที่นำร่อง 8 จังหวัด. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบากของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

Development of a Nursing Care Model for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Experiencing Dyspnea in a Community Hospital.

(Received: October 16,2025 ; Revised: October 18,2025 ; Accepted: November 1,2025)

ตวิษา อนุภัย[1] ทรงสมร สวนจันทร์[1] ผกาพรรณ สายโสภา[2]
Tavisa Anuphai[1] Songsamorn Suanchan[1] Phakapan Saisopa[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบากให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และเพื่อประเมินผลของรูปแบบดังกล่าวต่อระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วย การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน โดยมีกระบวนการวิจัยเชิงพัฒนา 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และความต้องการในการดูแลผู้ป่วย ระยะที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการดูแล และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบากซึ่งมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน คัดเลือกด้วยวิธีการเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าและความสมัครใจ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การประเมินอาการและวางแผนการดูแลรายบุคคล 2) การดูแลทางกายและการจัดการอาการหายใจลำบาก เช่น การฝึกหายใจแบบ Pursed-lip breathing การจัดท่าลดหอบ และการออกกำลังกายเบา 3) การให้ความรู้และสนับสนุนด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และ 4) การติดตามและประเมินผลต่อเนื่องโดยใช้การเยี่ยมบ้านและแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale: mMRC) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีอาการหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ย mMRC ก่อนทดลอง 2.33 ± 0.68 หลังทดลอง 1.20 ± 0.55; $p < 0.001$) คุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (คะแนนรวม SGRQ ก่อนทดลอง 58.4 ± 12.5 หลังทดลอง 42.1 ± 10.8; $p < 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับสูง ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการดูแล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ภาวะหายใจลำบาก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to develop a care model for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) experiencing dyspnea that is appropriate to the context of a community hospital and to evaluate its effects on the severity of dyspnea, quality of life, and patient satisfaction. A mixed-methods design with a three-phase developmental process was employed. Phase 1 involved assessing the current situation and identifying care needs of COPD patients with dyspnea. Phase 2 focused on developing and validating the appropriateness of the care model. Phase 3 implemented and evaluated the model's effectiveness. The study sample comprised 60 COPD patients with dyspnea who attended a chronic disease clinic in a community hospital. Participants were purposively selected based on inclusion criteria and willingness to participate and were equally divided into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The experimental group received care according to the developed model for eight weeks. The model consisted of four main components: 1) assessment

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
Corresponding Author: Songsamorn Suanchan E-mail address: songsamorn.s@hotmail.com

and individualized care planning; 2) physical care and dyspnea management, including pursed-lip breathing, dyspnea-relief positioning, and light exercise; 3) patient and family education with psychosocial support; and 4) continuous follow-up and evaluation through home visits and questionnaires. Research instruments included the Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC), the St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), and a patient satisfaction questionnaire.

The results revealed that after receiving the intervention, the experimental group showed a statistically significant reduction in dyspnea severity (mean mMRC score: pretest 2.33 ± 0.68, posttest 1.20 ± 0.55; $p < 0.001$), significantly improved quality of life (SGRQ total score: pretest 58.4 ± 12.5, posttest 42.1 ± 10.8; $p < 0.001$), and a high level of satisfaction with care, while no significant differences were observed in the control group. The findings suggest that the developed care model effectively reduces dyspnea severity and enhances quality of life among COPD patients, making it suitable for application in community hospital settings.

Keywords: Care model development, Chronic obstructive pulmonary disease, Dyspnea

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความสำคัญในระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) จัดให้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลก รองจากโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง[1] รายงานสถิติการเกิดโรคของทั่วโลก (Global Burden of Disease: GBD) ระบุว่า ในปี 2021 มีผู้ป่วย COPD ทั่วโลกประมาณ 213 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตกว่า 3.7 ล้านคน คิดเป็นอัตราตายเฉลี่ย 45 รายต่อประชากร 100,000 คน[2] แนวโน้มจากรายงาน Global Burden of Disease: GBD ปี 2024 แสดงว่า แม้อัตราตายเมื่อปรับตามอายุจะลดลงเล็กน้อย แต่จำนวนผู้ป่วยรวมยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ที่เคยสูบบุหรี่[3] นอกจากนี้ ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก โดยเฉพาะประเทศจีน อินเดีย และประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย เป็นพื้นที่ที่มีภาระโรคสูงที่สุด[4]

ในประเทศไทย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเจ็บป่วย และเสียชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป จากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ที่ประมาณร้อยละ 5–6 ของประชากรไทยทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ[5] จากการสำรวจในปี 2566 พบอัตราความชุกของ COPD ในประชากรวัยผู้ใหญ่เฉลี่ย 8–12 % โดยเฉพาะในกลุ่มเกษตรกร และผู้สูงอายุที่มีประวัติสูบบุหรี่[6] ข้อมูลจากระบบบริการสุขภาพยังระบุว่า โรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ[7] แนวโน้มดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลแบบองค์รวม และมาตรการป้องกันในระดับปฐมภูมิ เพื่อชะลอการดำเนินของโรค และลดภาระทางเศรษฐกิจ และสังคมในระยะยาว[8]

ภาวะหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อย และรุนแรงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดจากการอุดกั้นของหลอดลม และการแลกเปลี่ยนก๊าซที่บกพร่องในปอด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการใช้พลังงานในการหายใจเพิ่มขึ้นจนเกิดความเหนื่อยล้า และจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน[5] อาการดังกล่าวไม่เพียงกระทบต่อร่างกาย แต่ยังส่งผลต่อสภาพจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องใช้แนวทางการพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและจัดการอาการได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในบริบทของโรงพยาบาลระดับชุมชนยังคงเผชิญข้อจำกัดหลายประการ ทั้งในด้านบุคลากรทางสุขภาพที่มีจำนวนจำกัด การขาดแนวทางการดูแลที่เป็นระบบและต่อเนื่องระหว่างช่วงรักษาในโรงพยาบาล และการ

กลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ตลอดจนการขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย[6] ปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งกลับมารักษาซ้ำจากภาวะกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation of COPD: AECOPD) ภายในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งเพิ่มภาระค่าใช้จ่าย และภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบากโดยบูรณาการองค์ความรู้ทางการพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย การสนับสนุนทางจิตใจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการได้ด้วยตนเองในระยะยาว ซึ่งผลลัพธ์ของงานวิจัยนี้คาดว่าจะเป็นแนวทางต้นแบบที่สามารถประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ ภายใต้ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบากในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบากที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นต่อระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วย
4. เพื่อสังเคราะห์แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบากให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลอื่นในระดับปฐมภูมิหรือชุมชน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน โดยมีกระบวนการวิจัยเชิงพัฒนา 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และความต้องการในการดูแลผู้ป่วย ระยะที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการดูแล และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) ที่มีภาวะหายใจลำบาก และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งและบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และความต้องการในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรทางสุขภาพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบาก จำนวนรวมประมาณ 20–30 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสภาพปัญหา ความต้องการ และแนวทางการดูแลที่เหมาะสม และระยะที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบาก ซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ตามเกณฑ์ GOLD stage I–III)
2. มีภาวะหายใจลำบากระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (ตามคะแนน Modified Borg Scale หรือ mMRC ≤ 3)
3. สามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ประเภทหลักได้แก่ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและสภาพปัญหา เครื่องมือสำหรับพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย และเครื่องมือสำหรับประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแล โดยการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์ตามงานวิจัยของ กัลยรัตน์ สังข์มรรทร และคณะ[9] ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและสภาพปัญหา ใช้ใน ระยะที่ 1 ของการวิจัยได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ) ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และการใช้ยา

1.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ และผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบาก เนื้อหาครอบคลุม 3 ด้าน คือ การดูแลทางการแพทย์และพยาบาล การจัดการอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิต และการสนับสนุนทางจิตสังคมและครอบครัว

2. เครื่องมือสำหรับพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ใช้ในระยะที่ 2 ตอนต้นเพื่อสร้างต้นแบบ (Prototype) ของรูปแบบการดูแล

2.1 แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Expert Evaluation Form) ใช้เพื่อประเมินความเหมาะสม ครอบคลุม และความเป็นไปได้ขององค์ประกอบในรูปแบบการดูแล กลุ่มผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการด้านสาธารณสุขอย่างน้อย 5–7 คน

3. เครื่องมือสำหรับประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแล ใช้ในระยะที่ 2 ตอนท้าย เพื่อวัดผลลัพธ์ของการดูแลที่พัฒนา

3.1 แบบประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ใช้แบบประเมิน Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC) ซึ่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0–4 คะแนน (0 = ไม่หอบ, 4 = หอบมากจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้)

3.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้แบบสอบถาม St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) ซึ่งวัดใน 3 ด้าน ได้แก่ อาการ (Symptoms) กิจกรรม (Activity) ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน (Impacts) และคะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึงคุณภาพชีวิตต่ำลง

3.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแล พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านกระบวนการดูแล ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ และด้านผลลัพธ์ของการดูแล

คุณภาพของเครื่องมือ การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และเป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้วิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) แล้วคัดเลือกแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามมากกว่า 0.86

วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก ตามลำดับขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบการดูแล ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มี

ภาวะหายใจลำบาก เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งจากมุมมองของผู้ป่วย และบุคลากรทางสุขภาพ ขั้นตอนการดำเนินงานได้แก่

1. ศึกษาเอกสาร งานวิจัย และแนวทางเวชปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เช่น แนวทางของ GOLD 2023 และ WHO) เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย

2. ประสานงานกับผู้บริหารโรงพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย/คลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปประเด็นสำคัญด้านปัญหาและความต้องการ

4. สรุปผลการศึกษาเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบาก เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ขั้นตอนการดำเนินงานได้แก่

1. นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่อกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบการดูแล โดยอ้างอิงกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem และแนวทางการจัดการอาการ (Symptom Management Model)

2. จัดประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Focus Group Discussion) จำนวน 5–7 คน ประกอบด้วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักสาธารณสุข เพื่อร่วมกันตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ

3. ปรับปรุง และพัฒนารูปแบบให้สมบูรณ์ โดยประกอบด้วย แนวทางการประเมินอาการหายใจลำบากแผนการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care Plan) คู่มือการดูแล และคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว แผนการติดตามเยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ติดตามอาการ ส่งแบบประเมินให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และปรับปรุงรูปแบบขั้นสุดท้ายก่อนการทดลองใช้

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบการดูแล เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น รูปแบบการทดลองเป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบ pretest–posttest control group design ขั้นตอนการดำเนินงานได้แก่ คัดเลือกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบากตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยสุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางปกติของโรงพยาบาล เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้เครื่องมือวัดดังนี้

1. แบบประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก (mMRC)

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (SGRQ)

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

4. ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เช่น การฝึกหายใจช้าและลึก (Pursed-lip Breathing), การจัดท่านั่งลดหอบ, การออกกำลังกายเบา, การให้คำแนะนำในการใช้ยา และการติดตามเยี่ยมบ้าน

5. เก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง (Post-test) ด้วยเครื่องมือชุดเดิม

6. วิเคราะห์ผลโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน–หลังการทดลองของแต่ละกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ระยะที่ 4 การสังเคราะห์ ขั้นตอนการดำเนินงานได้แก่

สังเคราะห์ผลการวิจัยเพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น ข้อมูลเชิงคุณภาพ และ ข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้กับข้อมูลที่เก็บได้จาก แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้กับข้อมูลจาก แบบสอบถามเชิงตัวเลข (Questionnaire) และแบบประเมินหลังการทดลอง (Pre-test/Post-test)

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ร้อยละ (%) เพื่อสรุปลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ ระดับความรุนแรงของอาการ

2.2 การเปรียบเทียบผลก่อน–หลัง (Within-group) ใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงอาการหายใจลำบาก (mMRC) และคุณภาพชีวิต (SGRQ) ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับรูปแบบการดูแล

2.3 การเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่ม (Between-group) ใช้ Independent t-test เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ใช้ Chi-square test สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ เช่น ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย

2.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพิ่มเติม (Optional) ใช้ Pearson's correlation coefficient เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากกับคุณภาพชีวิต และใช้ Multiple Regression Analysis หากต้องการตรวจสอบปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหรือความพึงพอใจ

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่รับรอง BRO 2023-116 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โ

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ผลการศึกษาสถานการณ์และความต้องการในการดูแลผู้ป่วย 2) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย และ 3) ผลการทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และความต้องการในการดูแลผู้ป่วย COPD จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณของผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากในชีวิตประจำวันโดยมีค่า mMRC score เฉลี่ย 2.3 ± 0.7 ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยายังไม่เพียงพอ บุคลากรทางสุขภาพรายงานปัญหาในการจัดการอาการหายใจลำบาก เช่น ขาดแนวทางมาตรฐานในการฝึกหายใจและกิจกรรมฟื้นฟู ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การดูแลแบบองค์รวม การติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และคำแนะนำที่เข้าใจง่าย

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย จากการสังเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 1 และความเห็นผู้เชี่ยวชาญ พบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นครอบคลุม 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

2.1 การประเมินอาการและวางแผนการดูแลส่วนบุคคล (Individualized Assessment & Care Planning): ใช้ mMRC และ SGRQ ประเมินอาการและคุณภาพชีวิต

2.2 การดูแลทางกายและการจัดการอาการหายใจลำบาก (Physical Care & Symptom Management): ฝึกหายใจแบบ Pursed-lip breathing จัดท่าทางเพื่อลดหอบ และส่งเสริมการออกกำลังกายเบา

2.3 การให้ความรู้และสนับสนุนจิตสังคม (Patient Education & Psychosocial Support): ให้ความรู้เรื่องโรค การใช้ยา การปฏิบัติตน และสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

2.4 การติดตามและประเมินผล (Follow-up & Evaluation): โทรติดตามอาการ เยี่ยมบ้านหรือคลินิก และปรับแผนการดูแลตามความเหมาะสม

3. ผลการทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล การทดลองใช้รูปแบบการดูแลกับกลุ่มตัวอย่าง 60

คน (กลุ่มทดลอง 30 คน, กลุ่มควบคุม 30 คน) เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า

3.1 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < 0.001$)

3.2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (SGRQ Total Score ลดลง, $p < 0.001$)

3.3 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลสรุปดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วย COPD ที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิผล ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 สถานการณ์และความต้องการในการดูแลผู้ป่วย COPD (n = 60)

ตัวชี้วัด	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	สรุป
mMRC Score (mean ± SD)	2.3 ± 0.7	2.2 ± 0.6	ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการหายใจลำบากระดับปานกลาง
ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค (ร้อยละ)	40	42	ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจไม่เพียงพอ
การใช้ยาอย่างเหมาะสม (ร้อยละ)	35	38	การใช้ยายังไม่เพียงพอ
ความต้องการการดูแลแบบองค์รวม (ร้อยละ)	90	88	ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการดูแลแบบครบวงจร
ความต้องการคำแนะนำเข้าใจง่าย (ร้อยละ)	85	83	ผู้ป่วยต้องการคำแนะนำที่เข้าใจง่าย
ความต้องการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ)	80	78	ผู้ป่วยและบุคลากรต้องการการติดตามผลต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 ผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย COPD (Pre- vs Post-intervention)

ตัวชี้วัด	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	p-value
mMRC Score (Pre)	2.3 ± 0.7	2.2 ± 0.6	–
mMRC Score (Post)	1.5 ± 0.6	2.1 ± 0.5	<0.001
SGRQ Total Score (Pre)	56.8 ± 8.5	55.9 ± 9.0	–
SGRQ Total Score (Post)	42.3 ± 7.2	54.8 ± 8.7	<0.001
ความพึงพอใจต่อการดูแล (ร้อยละ)	93	70	<0.01

หมายเหตุ: mMRC = Modified Medical Research Council Dyspnea Scale; SGRQ = St. George's Respiratory Questionnaire

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่มีภาวะหายใจลำบากในครั้งนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ การบริหารจัดการทางการพยาบาล การพยาบาลตามมาตรฐาน 7 Aspects of Care และการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ รูปแบบการดูแลนี้มีโครงสร้างที่ชัดเจน และการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะรับเข้ารักษา และระหว่างอยู่โรงพยาบาล ซึ่งได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.3, SD = 0.6)

ความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน โดยอาศัยกระบวนการวิจัย และพัฒนา[9] ควบคู่กับกระบวนการควบคุมคุณภาพ[10] ทำให้เกิดความร่วมมือของทีมสห

สาขาวิชาชีพในการกำหนดแนวทางการดูแลร่วมกัน และร่วมรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ลดการใช้บริการสุขภาพ ผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีอาการกำเริบลดลง ไม่มีการกลับมาพ่นยาขยายหลอดลมที่ห้องฉุกเฉิน และไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28–30 วันหลังจำหน่าย รวมถึงไม่มีผู้เสียชีวิต สมรรถภาพปอดหลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย = 64.3, SD = 8.7) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง (ค่าเฉลี่ย = 59.3, SD = 7.7, $p < 0.001$) และดีกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย = 57.9, SD = 9.8, $p = 0.036$) นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับ COPD เพิ่มขึ้นจาก 15.6 เป็น 18.5 ($p < 0.001$) หลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การจัดการตนเอง และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมคู่มือปฏิบัติงานและแนวทางการดูแลที่ชัดเจน พยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วยกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.9, SD = 0.6) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลตา โพธิ์สว่าง และคณะ[11] ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ประกอบด้วย 3 กลวิธีหลัก ได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Care Planning) รูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล (Patient and Caregiver Education) และการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care and Follow-up) การประเมินผลการใช้รูปแบบพบว่า ความรู้ของผู้ป่วย และผู้ดูแล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังใช้รูปแบบ ($t = 16.34$, $p < 0.01$) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อประเมินหลังจำหน่าย 1 เดือน ($t = 3.5$, $p < 0.05$) และ 3 เดือน ($t = 4.5$, $p < 0.01$) ความพึงพอใจของผู้ป่วย และผู้ดูแล อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 98.0 การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ไม่พบผู้ป่วยเว้นแต่มีผู้เข้ารับบริการฉุกเฉิน 1 ราย

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตาม มาตรฐาน 7 Aspects of Care[11] มีผลลัพธ์การดูแลที่ต่อเนื่อง ปลอดภัย และลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ เกษมสุข และคณะ[12] ที่พบว่าการใช้ 7 Aspects of Care ร่วมกับกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกมดลูก ทำให้วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลง (3.7 vs 4.0 วัน, $p = 0.001$) และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันต่ำกว่ากลุ่มควบคุม การศึกษาของ Hurley, Gerkin, Fahey และ Robbins[13] ซึ่งเป็น Meta-analysis จากงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม 12 เรื่อง พบว่า 9 เรื่องสนับสนุนว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วย COPD สามารถลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ลินนภัสร์ ธนะวงค์ และคณะ[14] ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ กลุ่มดังกล่าวยังใช้บริการสุขภาพน้อยลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่า การส่งเสริมการจัดการตนเอง (self-management) มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วย ลดการพึ่งพาบริการสุขภาพ และสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง การจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเอง ส่งผลให้สามารถควบคุมอาการ ลดภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการกลับเข้ารักษาโรงพยาบาลซ้ำได้อย่างมีประสิทธิผล อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย อาจไม่สะท้อนผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยหญิงครบถ้วน ระยะเวลาการเก็บข้อมูลค่อนข้างสั้น ทำให้ประเมินประสิทธิผลระยะยาวได้จำกัด และการ

ติดตามผลในระยะยาวมากขึ้นจะช่วยเพิ่มความแม่นยำและความเชื่อถือของผลลัพธ์ และอาจเปิดโอกาสในการปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับประชากรที่หลากหลายมากขึ้น

สรุป การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วย COPD ที่มีภาวะหายใจลำบาก สามารถลดอาการหายใจลำบาก ปรับปรุงคุณภาพชีวิต และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย

รูปแบบการดูแลสอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะยาว สามารถปรับใช้กับโรงพยาบาลหรือชุมชนอื่น ๆ และเป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบายและงานวิจัยในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

โรงพยาบาลควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย COPD ที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก โดยจัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับเทคนิคการดูแล การฝึกหายใจ การจัดท่าทางเพื่อลดอาการหอบ และการติดตามอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแล ตลอดจนให้คำแนะนำที่เข้าใจง่ายเกี่ยวกับการใช้ยาและกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โรงพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย COPD ให้ชัดเจนและต่อเนื่อง พร้อมสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยหายใจ การติดตามอาการทางโทรศัพท์หรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อเพิ่มประสิทธิผลและความยั่งยืนของการดูแล

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรมีการติดตามผลในระยะยาว (6–12 เดือน) เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการดูแล และศึกษาการปรับใช้รูปแบบนี้ในโรงพยาบาลหลายแห่งและประชากรขนาดใหญ่ เพื่อเพิ่มความทั่วไปของผลลัพธ์ นอกจากนี้ควรพัฒนาสื่อการเรียนรู้หรือเทคโนโลยีช่วยติดตามอาการ เช่น แอปพลิเคชันหรือระบบ telemonitoring เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.(2024). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Key facts [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Oct 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)

2.GBD 2021 Chronic Respiratory Diseases Collaborators.(2021). Global, regional, and national burden of chronic obstructive pulmonary disease, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Front Med (Lausanne). 2025;12:1564878.

3.Wang H, et al.(2021). Global, regional, and national burden trends of chronic obstructive pulmonary disease, 1990–2021. BMC Med. 2024;22(1):540.

4.Zhang Y, et al.(2025). Disease burden and trends of COPD in the Asia-Pacific Region: 1990–2021. Biomed Environ Sci. 2025;38(2):145–156.

5.Phasuk A, et al.(2023). Prevalence and risk factors of chronic obstructive pulmonary disease among agriculturists in a rural community, Central Thailand. Asia Pac J Public Health. 2023;35(4):412–420.

6.สิรวิชญ์ ศรีคำภา, สุทธีพร มูลศาสตร์ และกฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา.(2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2565;38(1):197-212.

7.อารีรัตน์ จิตต์นุ่ม และมงคล สุริเมือง.(2567). ลักษณะของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน แผนกอายุรกรรมในโรงพยาบาลทั่วไป. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2567;16(2):1-14.

8.WeForum.(2025). Healthcare systems must act now to reduce the global burden of COPD. World Economic Forum; 2025 September 22 [Internet]. Available from: https://www.weforum.org/stories/2024/11/healthcare-reduce-global-burden-copd

9.กัลยรัตน์ สังข์มรรทร, ศศิธร กระจายกลาง, เพ็ญจันทร์ วันแสน.(2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2564;36(2):327-42.

10.เกียรติพงษ์ อุดมธนะธีระ.(2561). วงจรการควบคุมคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.iok2u.com/index.php/article/innovation/240-pdca-cycle-deming-cycle

11.นวลตา โพธิ์สว่าง, สุดใจ ศรีสงค์, เพชราภรณ์ สุพร.(2558). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2558;33(1):50–62.

12.เสาวลักษณ์ เกษมสุข, วีนารัตน์ กันจีน๊ะ, ดารณี ศิริบุตร.(2562). การเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ภายหลังการใช้ระบบการดูแลแบบ 7 Aspects of care ในผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกมดลูก. เชียงรายเวชสาร. 2562;11(1):85–91.

13.Hurley J, Gerkin RD, Fahy B, Robbins RA.(2012). Meta-analysis of self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Southwest J Pulm Crit Care. 2012;4:194–202.

14.ลินนภัสร์ ธนะวงค์, พิกุล นันทชัยพันธ์, ประทุม สร้อยวงค์.(2559). ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการใช้บริการสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร. 2559;43(2):45–56.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน เขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

Factors effecting to behavior of liver fluke disease prevention among the people in Mae Tao Sub-district, Mae Sot District, Tak Province.

(Received: November 20,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 3,2025)

พุฒิพงศ์ มากมาย[1]
Phutthipong Makmai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน ประชากรคือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี เขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 2,344 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel จำนวน 385 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน ทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.867 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน ประกอบด้วย การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (P-value<0.001) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย (P-value=0.001) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (P-value=0.004) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (P-value=0.004) ทำนายได้ร้อยละ 14.4 (R^2 =0.144)

คำสำคัญ : พยาธิใบไม้ในตับ, พฤติกรรมป้องกันโรค, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

This Cross-sectional descriptive research aimed to study factor effecting to behavior of liver fluke disease prevention among people. Population in this study consisted of 2,344 people age between 25-259 year in Mae Tao Sub-district, Mae Sot District, Tak Province in fiscal year 2023, and the sample size calculating used Daniel formula for 385 cases, and systematic random sampling was determining for collecting data. Data collected by questionnaires composed of 3 parts including, characteristics, health literacy and behavior of liver fluke disease prevention. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by cronbach's coefficient alpha about 0.867. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis.

An association analyzed found that, health literacy was associated with behavior of liver fluke disease prevention among people with statistic significant (P-value<0.001). Prediction model analyzed reported that overall selected factors accounted for 14.4 (R^2 =0.144) of the variance behavior of liver fluke disease prevention including; media literacy skill (P-value<0.001) self-management skill (P-value=0.001) access akill (P-value=0.004) communication skill (P-value=0.004), respectively.

Keyword: Liver fluke, Prevention disease, Health literacy

[1] วท.ด.คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยเกิดจากการติดเชื้อ Opisthorchis viverrini ซึ่งเป็นโรคที่องค์การอนามัยโลกจัดให้อยู่ในบัญชีโรคของคนยากจนที่ถูกละเลย องค์กรนานาชาติมะเร็งจัดพยาธิใบไม้ตับอยู่ในกลุ่มพยาธิก่อมะเร็งประเภทที่ 1 (Group 1, carcinogenic to human) เนื่องด้วยพยาธิใบไม้ตับทำให้เกิดพยาธิสภาพในตับและท่อน้ำดี การอักเสบเรื้อรังหรือการติดเชื้อซ้ำบ่อยๆ นำไปสู่โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma; CCA) การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ประชากรไทย ประมาณ 6 ล้านคนหรือร้อยละ 10 ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ[1]

ตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นตำบลที่อยู่ห่างไกล ส่วนใหญ่ก็เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ประชาชนกลุ่มนี้จะยังมีกิจกรรม วัฒนธรรมและประเพณีท้องถิ่น รวมทั้งวัฒนธรรมการรับประทานอาหารที่ปรุงมาจากปลากลุ่มวงศ์ปลาตะเพียนที่ปรุงไม่สุก เช่น ลาบปลา ก้อยปลา ปลาส้ม ปลาจ่อม จากสถิติอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรในอำเภอแม่สอด ระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 2.55, 5.10 และ 5.67 ตามลำดับ ปัจจัยและสาเหตุหลักของการติดเชื้อหนอนพยาธิคือ พฤติกรรมการบริโภคปลาร้าดิบ ลาบหรือก้อย ปลาดิบหรือสุกๆดิบ ในการบริโภคปลาปรุงไม่สุกของประชาชนพบกระจายอยู่ทั่วไปและเป็นเรื่องปกติ เนื่องจากความเข้าใจเรื่องรสชาติว่าถ้าปรุงสุก ความหวานหรือรสชาติเปลี่ยนไป ดังนั้นประชาชนจึงนิยมที่จะรับประทานก้อยปลาและปลาส้มที่ปรุงไม่สุก ร่วมกับความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเรื่องการฆ่าพยาธิจากการใช้เครื่องปรุงรส เช่น การดื่มเหล้าไปพร้อมกับการกินก้อยปลา ไม่เพียงแต่วัฒนธรรมการกินเท่านั้น พบว่ายังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อพยาธิด้วย (ธิดารัตน์ บุญมาศม, 2559) ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อ คือ การรับประทานอาหารที่ปรุงจากปลาวงศ์ปลาตะเพียนแบบดิบ เช่น ปลาร้าดิบ ก้อยปลาดิบ และปลาส้มดิบ เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับตัวอ่อนระยะติดต่อที่อยู่ในปลา เมื่อได้รับตัวอ่อนเข้าไปในร่างกาย ตัวอ่อนจะเจริญเป็นตัวเต็มวัยอาศัยในท่อทางเดินน้ำดีในตับได้นานกว่า 20 ปี ปลาวงศ์ปลาตะเพียนที่นิยมบริโภค และมีรายงานว่าเป็นโฮสต์ตัวกลางที่ 2 ของพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ปลาสร้อยขาว (Henicorhynchus siamensis) ปลากระสูบ (Hampala sp.) และปลาแก้มช้ำ (Puntius orphoides)[2] แม้ว่าในปัจจุบันจะมียารักษาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ แต่ประชากรกลุ่มเสี่ยงในหลายๆ พื้นที่ไม่ได้รับการตรวจรักษาการติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอรวมถึงผู้ติดเชื้อมีการขับถ่ายที่ไม่ถูกสุขอนามัยในบางครั้งทำให้ไข่พยาธิมีโอกาสกระจายลงสู่แหล่งน้ำรอบๆ ชุมชน

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน[3,4] เป็นปัจจัยที่สำคัญในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่ถูกต้อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ[5] ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน เขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งมีประชาชนในพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยว การป้องกันตนเองและสุขลักษณะในการบริโภคอาหาร จึงทำให้เกิดโรคหนอนพยาธิในพื้นที่ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาประชาชนให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวการป้องกันตนเองและสุขลักษณะในการบริโภคอาหาร ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีและสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานทั้งระดับกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค และหน่วยงานในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนเขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชาชนอายุระหว่าง 25-59 ปี เขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 จำนวน 2,344 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาคือ ประชาชนที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตตำบลแม่ตาวและอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปเกณฑ์การคัดออกคือผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนอายุระหว่าง 20-60 ปี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel[6] กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 385 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยผู้วิจัยทอดแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่ออ่านและตอบข้อคำถามด้วยตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของประชาชน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ญาติสายตรงป่วยเป็นโรคมะเร็ง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W[7] แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน ประกอบด้วย การปรุงและกินอาหาร การถ่ายอุจจาระ การล้างมือ ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W[7] แบ่งเป็น 3 ระดับคือ การปฏิบัติระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหานำแบบสอบถามพบว่าค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในช่วง0.67-1.00 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.867

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment correlation coefficient และ Stepwise Multiple Regression Analysis

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก เอกสารรับรองเลขที่ NTC888-0092 ลงวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ.2567

ผลการศึกษา

ประชาชนเขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (69.31%) รองลงมาคือเพศชาย (30.69%) อายุระหว่าง 25–35 ปี (42.06%) ($\bar{X}$=29.10, S.D.=5.871, Min=25, Max=59) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (64.02%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (41.48%) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา (37.66%) มีผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีเพียง ร้อยละ 5.10 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (66.33%) สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (63.71%) ($\bar{X}$=5,837.43, S.D.=5.351.96, Min=0, Max=40,000) มีประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคมะเร็ง (7.50%) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ภาพรวมมีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง (50.26%) ($\bar{X}$=2.49, S.D.=0.511) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนเขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก (n=385)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**190**	**50.26**	**186**	**49.21**	**2**	**0.53**	**2.49**	**0.511**
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	291	76.98	81	21.43	6	1.59	2.75	0.466
2. ความรู้ความเข้าใจ	171	45.24	207	54.76	-	-	2.45	0.498
3. การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	234	61.90	135	35.71	9	2.38	2.59	0.537
4. การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	224	59.26	147	38.89	7	1.85	2.57	0.531
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	114	30.16	244	64.55	20	5.29	2.24	0.541
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	230	60.85	144	38.10	4	1.06	2.59	0.512

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนเขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ประกอบด้วย การปรุงและกินอาหาร การถ่ายอุจจาระ การล้างมือ พบว่า ภาพรวมประชาชนมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ อยู่ในระดับปานกลาง (79.37%) ($\bar{X}$=2.03, S.D.=0.453) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนเขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก (n=385)

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. การปรุงและกินอาหาร	45	11.90	318	84.13	15	3.97	2.07	0.390
2. การถ่ายอุจจาระ	121	32.01	241	63.76	16	4.23	2.27	0.534
3. การล้างมือ	69	18.25	192	50.79	117	30.95	1.87	0.690

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนเขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก (n=385)

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ภาพรวม	**45**	**11.90**	**300**	**79.37**	**33**	**8.73**	**2.03**	**0.453**

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนเขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (r=0.275, P-value<0.001) ความรู้ความเข้าใจ (r=0.206 P-value<0.001) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (r=0.270, P-value<0.001) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย (r=0.311, P-value<0.001) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (r=0.507, P-value<0.001) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (r=0.181, P-value<0.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนเขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอดจังหวัดตาก

ตัวแปรต้น	พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**0.355**	**<0.001**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
- การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.275	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ความรู้ความเข้าใจ	0.206	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	0.270	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	0.331	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.507	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อ	0.181	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนเขตตำบลแม่ตาว พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน ได้ร้อยละ 14.4 (R^2 =0.144) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (P-value<0.001) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย (P-value=0.001) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (P-value=0.004) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (P-value=0.004) (ตารางที่ 4) โดยเขียนเป็นสมการทำนายได้ ดังนี้ Y (พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ) = 0.959+ [0.200*การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ] + [0.137*การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย] + [0.145*การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ] + [0.055*การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ]

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายผลพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนเขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	P-value
1. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.200	0.049	0.200	4.121	<0.001
2. การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	0.137	0.042	0.159	3.271	0.001
3. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.145	0.050	0.136	2.913	0.004
4. การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	0.055	0.019	0.131	2.880	0.004
Constant	0.959	0.178	-	5.390	<0.001

ค่าคงที่ = 0.959, F =17.460, P-value<0.001, R = 0.380, R^2 = 0.144

สรุปและอภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนเขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ประกอบด้วย การปรุงและกินอาหาร การถ่ายอุจจาระ การล้างมือ ภาพรวมประชาชนมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ อยู่ในระดับปานกลาง (79.37%) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จันทิมา มาตชายเคน และคณะ[8] พบว่า ประชาชนตำบลสามผง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับระดับสูง ร้อยละ 87.30 ซึ่งพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดคือ การกินอาหาร เช่นการรับประทานปลาร้าดิบ แจ่วบองปลาร้าดิบ และส้มปลาน้อยดิบ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญในการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี[9] จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่ศึกษาสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนเขตตำบลแม่ตาว ได้ร้อยละ 14.4 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายผลได้ ประกอบด้วย การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.26) ประชาชนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับได้ถูกต้อง เนื่องจาก 1 ใน 3 ของประชาชนในตำบลแม่ตาว จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 37.66) จึงส่งผลให้ภาพรวมของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในระดับสูง ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนีกร กุญแจทอง และคณะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.60)[4] ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนเขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก (r=0.355, P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ตามแนวคิดของนัทบีม[5] กล่าวว่า 1) ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง 2) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมินใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต 3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ แสดงว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลสุขภาพ เนื่องจากมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสารที่ดี การรู้เท่าทัน

สื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรค และสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดีมีการสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ในทางกลับกันบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพได้มากกว่าและมักจะเกิดการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่แย่กว่า[5] ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ รัชนีกร กุญแจทอง และคณะ[4] ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการได้รับการบริการสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสารและด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (r=0.242, 0.204, 0.200, 0.134 และ 0.125 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบในงานวิจัยนี้ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.37 ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีมาตรการหรือกิจกรรม เช่น การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ และการอบรมโดยเน้นกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งนำไปสู่การลดอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยผสมผสานให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน มีการติดตามผลการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2561). แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางและประเด็นการวิจัยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี; 24-26 กรกฎาคม 2561 โรงแรมพลูแมน ขอนแก่นราชา ออคิด. ขอนแก่น. Cascap khon kean university.
2. กุลธิดา โพลรัตน์, ชนิกา วรสิษฐ์, ไพบูล สิทธิถาวร. (2560). การตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลต้นแบบโดยการตรวจปัสสาวะ. จุลสารศูนย์ประสานงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี; 2(6): 14.
3. อรณิชา โชติกาวานิชกุล, พรรณรัตน์ เป็นสุข, ศศิรัศมิ์ นาชัยฤทธิวงศ์, เบญจมาศ อุนรัตน์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 17(1): 35-44.
4. รัชนีกร กุญแจทอง, สุมาลี จันทลักษณ์, ศุจินันท์ ตรีเดช, สมจิตร พันธุโพธิ์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. วารสารควบคุมโรค; 47(เพิ่มเติมที่ 2): 1191-1202.
5. Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21th century. Health Promotion Intenational 2000; 15(3): 259-267.
6. Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9thed). New York: John Wiley & Sons.
7. Best, John W. (1977).Research is Evaluation. (3rded). Englewod cliffs: N.J. Prentice Hall.
8. จันทิมา มาตชายเคน, กรกวรรษ ดารุนิกร. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลสามผง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี; 21(2): 9-21.
9. คำพล แสงแก้ว, อรนาถ วัฒนวงษ์. (2565). ความชุกโรคหนอนพยาธิในประชาชนและโฮสต์กึ่งกลางในสิ่งแวดล้อมบริเวณพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำแม่สอดตอนบน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก; 9(1): มกราคม – เมษายน 2565.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การรับรู้ภาวะและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Perception of disease status and behavior of hypertensive patients.

(Received: November 20,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 3,2025)

เมธี สุทธศิลป์[1] สิริวิมล เกิดศรี[1] อาทิตย์ เข็มทอง[2]
Mathee Sootthasil[1] Siriwimon Koedsri[1] Artit Khemthong[2]

บทคัดย่อ

วิจัยนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 4 บ้านลานสอ วังประจบ อำเภอเมือง จังหวัดตาก ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านลานสอ รวบรวม จำนวน 120 คน วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะโรคของผู้ป่วยวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงความดันโลหิตสูง พฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงสำรวจศึกษาภาคตัดขวางจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 4 บ้านลานสอ ตำบลวังประจบอำเภอเมือง จังหวัดตาก ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานสอ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และไคสแควร์นวน (Frequency)

ผลการดำเนินการพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีผู้ป่วยอายุ 60–69 ปี มีจำนวน 87 คน คิดเป็น ร้อยละ 72.50 จากการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีระดับความรู้ที่ถูกต้อง ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ค่าเฉลี่ยในการตอบแบบสอบถามเท่ากับ ($\bar{X}$=39.07,S.D=0.001*) ส่วนการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค ค่าเฉลี่ยในการตอบแบบสอบถามเท่ากับ ($\bar{X}$=27.33,S.D=0.001*) พฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยในการตอบแบบสอบถามเท่ากับ ($\bar{X}$=29.35,S.D=0.001*)

คำสำคัญ: พฤติกรรม, การรับรู้ภาวะโรค, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Abstract

This study was conducted among a sample of 120 hypertensive patients from Village No. 4, Ban Lan So, Wang Prachop Subdistrict, Mueang District, Tak Province, receiving treatment at Ban Lan So Subdistrict Health Promoting Hospital. The objective was to examine patients' perception of their disease status, their behavior, and the relationship between their perception and behavior. Method: A cross-sectional study was conducted among a sample of hypertensive patients from Village No. 4, Ban Lan So, Wang Prachop Subdistrict, Mueang District, Tak Province, receiving treatment at Ban Lan So Subdistrict Health Promoting Hospital. The instrument used was a questionnaire. Statistical data were analyzed using percentages, means, and chi-squared (Frequency).

Results revealed that 87 patients (72.50%) were aged 60–69 years. The majority of the sample had a high level of knowledge regarding perceived risk of complications. The mean score of the questionnaire was ($\bar{X}$=39.07, SD=0.001*). The mean score of the questionnaire was ($\bar{X}$=39.07, SD=0.001*). The mean score of the questionnaire regarding perceived severity of disease was ($\bar{X}$=39.07, SD=0.001*). ($\bar{X}$=27.33,S.D=0.001*) Consumption behavior of hypertensive patients. The mean of the questionnaire response was equal to ($\bar{X}$=29.35,S.D=0.001*).

Keywords: Behavior, Disease Perception, Hypertensive Patients

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรเป็นจำนวนมาก กำลังประสบปัญหาต่างๆ จากการเปลี่ยนแปลงโลกาภิวัตน์ ได้แก่ การเกิดความเครียดจากภาวะสังคม เศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อม ขาดการออกกำลังกาย รวมถึงแบบแผนการรับประทานอาหารที่

[1]อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
[2] อาจารย์ ภาควิชาพลานามัย สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

เปลี่ยนไป จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคต่างๆตามมา เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูงเป็นต้น ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่พบบ่อยในสังคมปัจจุบัน โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากร โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า เมื่อเทียบกับปี 1990 แต่เพิ่มขึ้นในภูมิภาคเอเชีย โดยเฉพาะในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกของ WHO (จาก 24% เป็น 28% รวมถึงประเทศต่างๆ เช่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ จีน สาธารณรัฐเกาหลี ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย เวียดนาม และญี่ปุ่น) และในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ของ WHO (จาก 29% เป็น 32% รวมถึงประเทศต่างๆ เช่น อินเดีย เนปาล อินโดนีเซีย และไทย) จำนวนผู้ใหญ่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกของ WHO เพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าในปี 2019 เมื่อเทียบกับปี 1990 โดยตัวเลขเพิ่มขึ้นจาก 144 ล้านคนเป็น 346 ล้านคน [1]

ในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน และมักไม่แสดง อาการในระยะเริ่มต้นแต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ และยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการ สำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จาก ฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 2 แสนคน ส่วนในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากโรคความดัน โลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 507,104 คน[2]

ในจังหวัดตากมีประชากรทั้งหมดประมาณ 540,000 คน แบ่งออกเป็น 9 อำเภอ รวมกลุ่มประชากรทุกช่วงอายุ ณ ปัจจุบัน มียอดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยรวม จำนวน 93,197 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมืองตาก จำนวน 22,542 คน อำเภอบ้านตาก จำนวน 11,230 คน อำเภอสามเงา จำนวน 7,872 คน อำเภอแม่ระมาด จำนวน 8,172 คน อำเภอท่าสองยาง จำนวน 4,438 คน อำเภอแม่สอด จำนวน 23,034 คน อำเภอพบพระ จำนวน 7,738 คน อำเภออุ้มผาง จำนวน 2,729 คน อำเภอวังเจ้า จำนวน 5,442 คน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงรวม ทั้งหมด 980 คน[3] โดยประชากรกลุ่มป่วยโรค ความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มว่ากลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีช่วงอายุที่น้อยลง

ในหมู่บ้านลานสอ หมู่ 4 ต.วังประจบ อ.เมือง จ.ตาก มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3 ปีย้อนหลัง (ตั้งแต่ปี พ.ศ.2566 - พ.ศ. 2568) จำนวน 175 คน และมี แนวโน้ม ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี จากผลการสำรวจพฤติกรรมสมาชิกในครอบครัวส่วนมากชอบ รับประทานอาหารประเภทเค็ม เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนยังมีการรับรู้ภาวะโรคและพฤติกรรมในการบริโภค อาหารที่แตกต่างกัน จากการลงปฏิบัติงานในพื้นที่ดังกล่าว จึงสนใจที่จะทำการวิจัยถึงการรับรู้ภาวะโรคและ พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ด้านการบริโภคอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีภาวะสุขภาพที่ดีในระยะยาวไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2. ความรู้ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

วิธีการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง(Survey research by Cross-sectional study) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่รักษาอยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานสอ หมู่ 4 ตำบลวังประจบ อำเภอเมือง จังหวัดตาก จำนวน 175 คน โดยใช้สูตรของ Daniel เพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย กำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ได้เท่ากับจำนวน 120 เกณฑ์คัดเข้า 1.เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศหญิงและชายได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 2.มาติดตามตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานสอเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน เกณฑ์คัดออก 1.ไม่สมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย 2.เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่นๆ การรักษาที่ได้รับในขณะนี้ รวมทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูงไม่มีผลต่อโรคไตวาย ถ้าระดับความดันโลหิตสูง มากเป็นเวลานานๆอาจทำให้เป็นโรคอัมพาตได้ ความอ้วนไม่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูงมากๆเป็นเวลานานๆจะทำให้เส้นเลือดในสมองแตกได้ โรคความดันโลหิตสูงสามารถรักษาให้หายขาดได้ อาการของโรค การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายเป็นประจำ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคของอาหารและเครื่องดื่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ครอบคลุมทั้งอาหารที่ควรบริโภคและไม่ควรบริโภคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงการ ออกกำลังกาย การทานยา การสูบบุหรี่ การใช้เครื่องดื่มชา กาแฟ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบหาค่าความเที่ยงตรง (Validity)และการทดสอบหาค่าความ เชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม เพื่อนำมาปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความชัดเจนและเหมาะสม ดังนี้ การทดสอบหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) เพื่อต้องการพิสูจน์ ตรวจสอบความเหมาะสมและถูกต้องขององค์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงสาเหตุ คือ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 10 ข้อ และ แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 16 ข้อการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ, การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยการวัดความเชื่อมั่น หรือ ความสอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้วยการน าแบบสอบถามที่ได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82[4]

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามผู้ป่วยที่ มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานสอ หมู่ 4 ตำบล วังประจบ อำเภอเมือง จังหวัด

ตาก จำนวน 120 คน รวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือน มิถุนายน – ตุลาคม พ.ศ.2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปซึ่งใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง นำมาแจกแจงความถี่โดยนำเสนอในรูปตารางแสดงจำนวนร้อยละ

2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันนำมาคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ไคสแควร์นวน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวิเคราะห์ทางสถิติโดยการทดสอบ ไคสแควร์นวน (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NTC888 – 0105 วันที่รับรองวันที่ 20 เดือน ธันวาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 57.50 และเพศชาย 51 คน คิดเป็นร้อยละ 42.50 อายุมากสุดคือช่วง อายุ 60 – 69 ปี มีจำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 72.50 (X = 11.93, SD = 0.018) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธและส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นคู่ที่แต่งงานแล้ว จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 69.20 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 72.50 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม 51 คิดเป็นร้อยละ 42.50 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน คือ ต่ำกว่า 9,000 บาท 76 คน คิดเป็นร้อยละ 63.30 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงโรคเดียว 78 คน คิดเป็นร้อยละ 65.00 มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวน คือ 1 ปี จำนวน 15 คน คิด เป็นร้อยละ 15.00 รับประทานยามากกว่า 1 ชนิด จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 47.50

การรับรู้ภาวะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพและระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ในส่วนอายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัวอื่นๆ การรักษาที่ได้รับ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการวิเคราะห์ไคสแควร์ (n=120)

ประเด็น	X^2	P - Value
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	29.35	0.001*
แรงสนับสนุนทางสังคม	27.33	0.001*
การดูแลตนเองและป้องกันความเสี่ยงไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน	39.07	0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองและป้องกันความเสี่ยงไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การรับรู้ภาวะโรคความดันโลหิตสูงจากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และคำนึงถึงประโยชน์ของการรักษา และการปฏิบัติตัวในด้านการบริโภคอาหารที่ควรบริโภคและอาหารที่ไม่ควรบริโภค ได้แก่ การใช้น้ำปลา เกลือ ผงชูรส ในการปรุงอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง[5] ที่พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันและรักษาโรค ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการ ซึ่งจากผลการศึกษาการรับรู้ภาวะโรคโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างนั้น มีการรับรู้ภาวะโรคได้อย่างถูกต้อง ในเรื่องการรับรู้ถึงภาวะโรคในด้านต่างๆ ทั้งโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของการเกิดโรค อุปสรรคในการปฏิบัติตัวและแรงจูงใจในด้านต่าง ๆ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความ ดันโลหิตสูงในด้านต่าง ๆ จากแพทย์และพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ มีการรับรู้ภาวะโรคในด้านต่างๆ ได้ค่อนข้างถูกต้อง แต่ผู้ป่วยก็ยังไม่สามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะในด้านของการบริโภคอาหาร เพราะยังมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องอยู่ การรับรู้ต่อภาวะโรคนั้นเป็นปัจจัยที่มีส่วนกำหนดแนวโน้มของการกระทำหรือกระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ภาวะสุขภาพของตนดีขึ้น โดยเมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหรือสุขภาพที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ที่เป็นจริงบุคคลนั้นก็จะให้คุณค่ากับภาวะสุขภาพของตน เกิดการตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพออกไป

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการบริโภคอาหารในระดับไม่ดี โดยพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีการบริโภคอาหารที่ไม่ควรบริโภคสูง ในเรื่องการใช้น้ำปลาในการปรุงรสอาหาร ใช้เกลือในการปรุงรสอาหาร และการรับประทานข้าวเหนียวเป็นประจำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ[6] ประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญต่อการพัฒนาความคิดและการตัดสินใจที่ดีของผู้ป่วย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางโดยมีการบริโภคเครื่องดื่มที่ไม่ควรบริโภคอยู่ในระดับสูง บริโภคอาหารไขมันและเครื่องปรุงรสอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมในการเลือกบริโภคอาหารที่ไม่ ถูกต้องอยู่ โดยเฉพาะการใช้น้ำปลาและเกลือในการใส่อาหารเป็นประจำ ซึ่งเป็นผลทำให้ระดับความโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ เนื่องจากโซเดียมจะทำให้มีการคั่งของน้ำในร่างกายมากขึ้น ปริมาณของเลือดเพิ่มขึ้นส่งผลให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้นด้วย จึงทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น[7] การลดหรือจำกัดโซเดียมจะมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถ้าไม่มีการควบคุมอาหารที่ดี อาจทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้นได้ มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและมีระยะเวลาการเป็นโรคมานาน มีประสบการณ์เกิดขึ้นกับตนเอง เมื่อรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม อาหารมัน อาหารที่มีรสหวานหรืออาหารที่โคเลสเตอรอลสูง ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นทันที และมีอาการปวดศีรษะและอาการมึนศีรษะ

ความสัมพันธ์ระหว่างการการรับรู้ภาวะโรคกับพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง พบว่าการรับรู้ภาวะโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะโรคที่ถูกต้อง ก็จะมีการพฤติกรรมที่ถูกต้องด้วย สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง[8] ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพดีและถูกต้องมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีด้วยอธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรคก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องด้วย กล่าวคือ ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคว่าการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มหรืออาหารที่มีไขมันสูง มีผลให้การดำเนินของโรครุนแรงขึ้น และมีอันตรายต่อสุขภาพ ก็จะส่งผลให้

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรืองดการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มและอาหารที่มีไขมันสูง

ข้อเสนอแนะ

เป็นข้อมูลสำคัญที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดความรู้ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองและการป้องกันความเสี่ยงไม่ให้เกิดโรคภาวะแทรกซ้อนทางใตดังนั้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจึงควรมีการเจาะเลือดประจำปีเพื่อดูภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายและควรมีการติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นระยะเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงจากการแทรกซ้อนที่รุนแรงจากของโรคอื่นๆได้

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2561).ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลกปี 2561. [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก http://www.thaincd.com/ 2016/news/hot- news detail.phpid

2.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2561). โรคความดันโลหิตสูง (Hypertention). [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/ diseasedetail.php?d=52

3.ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC.(2561). จำนวนประชากรในจังหวัดตาก. [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก https://hdc.moph.go.th/center/public/kpi

4.ลัดดาวัลย์ เพชรโรจน์ และอัจฉรา ชานิประศาสน์.(2545). ระเบียบวิธีวิจัย. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี การพิมพ์; 2545

5 . Becker, M. H. (1974). The health belief modeland sick role behavior. Health education monographs,2(4), 409-419.

6.จิราภรณ์ อริยสิทธิ์.(2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์; 2566;20(3): 117-123.

7. Bryne K.,(1989) . Shaking the salt habit. Medical Self Care, 50,33-37

8.วิชาญ แป้นทอง.(2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. พุทธชินราชเวชสาร. 2564;38(2):247-255

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะเปลี่ยนผ่าน โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

Effectiveness of a Caregiver capabilty Promotion Program In the Transitional Stroke Period, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: November 20,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 3,2025)

สุกัลยา คำประพัฒน์[1] วีณา อิศราวกูร ณ อยุธยา[2] ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล[2]
Sukanlaya kumparpat[1] Veena Isarankur Na Ayudthaya[2] Thidarat Lertwittayakul[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Rresearch) แบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการการส่งเสริมความสามรถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูล แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การขึ้นลงเตียง การล้างหน้า แปลงฟัน หวีผม การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน การแต่งตัว การขับถ่ายอุจจาระ และการขับถ่ายปัสสาวะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)โปรแกรมการส่งเสริมความสามรถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื่องการรับประทานอาหาร การขึ้นลงเตียง การล้างหน้า แปลงฟัน หวีผม การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน การแต่งตัว การขับถ่ายอุจจาระ และการขับถ่ายปัสสาวะเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย ในระยะเปลี่ยนผ่าน

Abstract

This study was quasi-experimental research using a one-group pretest-posttest design. The objective was to examine the effectiveness of a capacity-building program for caregivers of stroke patients during the transitional period at Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Provincet the sample consisted of 30 caregivers of stroke patients. Data were collected using a general demographic questionnaire and a caregiver competency assessment specifically designed for caring for stroke patients during the transitional period. Data analysis was performed using descriptive statistics (frequency and percentage) and a paired t-test.

The results showed that the post-test mean score (mean = 14.02) was higher than the pre-test mean score (mean = 10.66), indicating that the caregivers' abilities significantly improved after participating in the program. The difference was statistically significant (p-value < 0.05

Keywords: Stroke, Caregivers, Transitional Care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึง ภาวะความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับระบบประสาทอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง มีสาเหตุจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดในสมองที่ส่งผลให้สมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกทำให้เลือดไม่สามารถนำออกซิเจนและ

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

[2] รองศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและการจัดการสุขภาพคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย Corresponding Author Email: sukanlayas1@gmail.com

สารอาหารไปเลี้ยงสมองได้ ส่งผลให้เซลล์สมองในบริเวณนั้นเสียหายหรือตาย นำไปสู่การสูญเสียความสามารถทางร่างกายหรือสมองอย่างเฉียบพลัน อาการอาจเริ่มต้นอย่างฉับพลันหรือค่อยเป็นค่อยไป และมีความรุนแรงตั้งแต่ชั่วคราวจนถึงถาวรหากไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีอาจส่งผลถึงขั้นเสียชีวิตได้[1] แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Infraction หรือ Ischemic stroke) สาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือด และผนังหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) รวมทั้งจากลิ่มเลือดอุดกั้น (Thrombosis) และ 2) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) สาเหตุจากเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) รวมทั้งภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น subarachnoid (Subarachnoid hemorrhagic, SHA) ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านความจำ การมองเห็น กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวและการรับสัมผัสผิดปกติ รวมถึงมีปัญหาในการพูดและทำความเข้าใจภาษา สภาพเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ นำไปสู่ความรู้สึกหงุดหงิด ซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล และสูญเสียคุณค่าในตนเอง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล และอาจก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจในระยะยาว[2,3]

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการดูแลต่อเนื่องที่ออกแบบมาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยในช่วงที่ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านระหว่างสถานที่หรือระดับการดูแล เช่น การจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับบ้าน หรือจากโรงพยาบาลไปสถานบริการระยะยาว โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิต และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการประสานการดูแล ซึ่งจะติดตามผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล จนถึงระยะหลังกลับบ้าน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง มีแผนการดูแลที่ชัดเจน และสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยผ่านการโค้ชโดยบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการกลับเข้ารักษาซ้ำที่ไม่จำเป็น เป็นบริการที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสภาพแวดล้อม โดยออกแบบเพื่อรับรองความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพและป้องกันผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ กระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับบทบาท ความสามารถ และแบบแผนพฤติกรรมของบุคคล หากบุคคลมีความรู้ความสามารถ ทั้งในด้านทักษะ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบทบาทที่เหมาะสมต่อการจัดการกับสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นได้ จะมีผลให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์[4] โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากบุคคลในครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย สร้างความมั่นใจในการดูแล ลดภาวะเครียดของผู้ดูแล และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอย่างยั่งยืน ทั้งยังเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพในระดับโรงพยาบาลและชุมชนอีกด้วย

จากที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดนั้นผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาโรคหลอดเลือดในสมอง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาในเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในในระยะเปลี่ยนผ่าน ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท1 โรงพยาบาลขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ขงผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาโรคหลอดเลือดในสมอง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท1 โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อที่จะได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยไป

พัฒนากระบวนการเตรียมความพร้อมและให้ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หลังจากประสบกับโรคและการได้กลับมาใช้ชีวิตได้อย่างอิสระและคล่องแคล่ว โดยผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเอง ทำงาน และทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยมีความสุข รู้สึกพอใจกับชีวิต และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่า รวมถึงการลดภาระของครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน ก่อนและหลังการทดลอง ของโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research One Group Pre-Post Test Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ปี 2568 แบบผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ปี 2568 แบบผู้ป่วยใน1 พฤษภาคม ถึง 31 เดือนกรกฎาคม 2568 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เป็นบุคคลที่สามารถอ่านออกเขียนได้ และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

1. ในระยะหลังการรักษา ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อห้าม ที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก หายใจหอบเหนื่อยมาก

2. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาทุกอย่าง เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทรมาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส โรคประจำตัวของผู้ป่วย และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. แบบวัดความสามารถผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน ผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาของพัชราภรณ์ สิรินธรานนท์[5] มีจำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 18 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัด คือ ไม่สามารถบอกวิธีการดูแล และไม่สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ได้ 0 คะแนน สามารถบอกวิธีการดูแล และสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอได้บางส่วน ได้ 1 คะแนน และสามารถบอกวิธีการดูแลและสามารถปฏิบัติการ

ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องได้ 2 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบวัดความสามารถผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำวิเคราะห์หาค่า Cronbarch's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.79 , 0.82 , 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ

จัดทำหนังสือขออนุญาตต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอทำการวิจัยในโรงพยาบาลขอนแก่น

จัดทำโครงร่างวิจัยเพื่อขอจริยธรรมในมนุษย์ และเมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรม ในมนุษย์แล้ว จัดทำหนังสือขออนุญาตต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอทำการวิจัย

ระยะก่อนทดลอง

คัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่ตึกศัลยกรรมระบบประสาท1 โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2568 ถึง เดือนกรกฎาคม 2568 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนนำโปรแกรมมาใช้

ระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการตามโปรแกรมการสงเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย

ระยะประเมินผลการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูล คือ เมื่อสิ้นสุดการทดลองในระยะเวลาการวิจัยที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระยะเวลารอคอย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired T-Test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired T-Test

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย และได้รับการเห็นชอบเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ.2567 เลขที่ CASHE 670036 และผ่าน ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่นโครงการวิจัยเลขที่ KEF68020 รับรองวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ.2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีอายุเฉลี่ย 42 ปี (อายุต่ำสุด 31 ปี สูงสุด 52 ปี) มีระดับการศึกษาระดับ มัธยม ศึกษา จำนวน 22 คนคิดเป็นร้อยละ 73.33 มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 9 คนคิดเป็นร้อยละ 30.00 มีรายได้ระหว่าง 5,001–10,000 บาท จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีสถานภาพสมรส สมรส จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 เคยมีประสบการณ์ดูแล จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษา: ประกันสุขภาพ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีโรคร่วม จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างความสามารถ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองในระยะเปลี่ยนผ่าน โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังทดลอง ผลการวิเคราะห์ความสามารถ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน พบว่า ในภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value <0.05) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ 5. การอาบน้ำ ข้อที่ 8 การขับถ่ายอุจจาระ และข้อที่ 9 การขับถ่ายปัสสาวะ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value <0.05) ส่วนข้อที่ 1. การรับประทานอาหาร 2. การขึ้นลงเตียง 3. ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 4. การเข้าห้องน้ำ 6. การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน และข้อที่ 7. การแต่งตัวไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ (p – value <0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (n= 30)

พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	mean	SD	mean	SD		
1. การรับประทานอาหาร	10.49	0.45	13.41	0.58	5.72	0.13
2. การขึ้นลงเตียง	10.58	0.47	13.86	0.46	7.34	0.07
3. ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม	10.84	0.50	14.19	0.39	7.98	0.25
4. การเข้าห้องน้ำ	10.76	0.45	13.32	0.34	6.22	0.15
5. การอาบน้ำ	10.62	0.51	14.58	0.50	6.94	0.04*
6. การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน	10.80	0.44	13.68	0.47	6.11	0.11
7. การแต่งตัว	10.66	0.48	13.94	0.42	7.46	0.18
8. การขับถ่ายอุจจาระ	10.76	0.46	14.62	0.40	7.03	0.03*
9. การขับถ่ายปัสสาวะ	10.61	0.47	14.58	0.47	5.72	0.03*
ภาพรวม	10.66	0.47	14.02	0.44	6.24	0.04*

สรุปและอภิปรายผล

ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน ที่ประกอบไปด้วยการส่งเสริมความรู้ และผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการฝึกทักษะแบบรายกลุ่ม 3-5 คน ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับวิทยากรและผู้ดูแลคนอื่น ๆ และการได้ทบทวนความรู้จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) และสามารถนำไปใช้ได้จริงในสถานการณ์การดูแล[6] สอดคล้องกับงานวิจัยของ จารุวรรณ และคณะ[7] พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยเพิ่มความสามารถและลดความเครียดของผู้ดูแลได้อย่างชัดเจน

สมมุติฐาน กล่าวว่าความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังทดลองแตกต่างกัน

ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน พบว่า ก่อนและหลังทดลองแตกต่างกัน อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านช่วยเพิ่มพูนทั้งด้านความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ดูแล การจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ เช่น การให้

ความรู้ การฝึกทักษะการดูแลจริง และการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของจารุวรรณ และคณะ[7] ที่พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีบางข้อที่ไม่แตกต่างกันนั้น อธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านนั้นอาจไม่เพียงพอในการส่งเสริมผู้ดูแลให้เกิดการความรู้และทักษะได้อย่างครอบคลุม ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาซึ่งระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (health literacy) ช่วยเสริมสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์ ทำให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ทำให้เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูและมีแรงจูงใจในการช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติได้มากกว่า อาจกล่าวได้ว่า ระดับการศึกษามีผลต่อความสามารถในการเข้าใจ คิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และปฏิบัติ ดังนั้นผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมนี้จึงมีความแตกต่างกันในบางข้อและไม่แตกต่างกันในบางข้อ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้การคัดกรองคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงฉุกเฉิน (ESI) กับพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกให้ครบทุกคนอย่างต่อเนื่องทุกปี

2. จากการศึกษาพบว่ามีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นส่วนน้อย ควรเสนอผู้บริหารให้มีการสนับสนุนส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมเพิ่มมากขึ้น

3. จากการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยนอกร่วมกับการส่งเสริมความรู้สำหรับพยาบาลวิชาชีพทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนัก และมีความมั่นใจในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรมีการนิเทศติดตามประเมินผลโปรแกรมการคัดกรองแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องและนำมาพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ควรมีการนำโปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยนอกไปใช้ในแผนกอื่นๆในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลในการสังเกตการคัดกรองผู้ป่วยเป็นระยะเวลาสั้น ควรเพิ่มการสังเกตการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น

2. มีการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยนอก เช่น มีการจัดทำคู่มือการคัดกรอง และเกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วย ประสานขั้นตอนการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย และการจำแนกผู้ป่วยระหว่างแผนกฉุกเฉินและผู้ป่วยนอก มีการจัดทำเครื่องมือ นวัตกรรมที่ใช้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเช่น ป้ายสีบอกประเภท

3. ควรมีการนำระบบสารสนเทศมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองเช่น ตู้คีออสลงทะเบียนและตรวจสอบสิทธิด้วยตนเอง เครื่องวัดความดันสอดแขนพร้อมระบบเชื่อมต่อฐานข้อมูลโดยอัตโนมัติ ระบบคิวออนไลน์ นัดออนไลน์ เป็นต้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วยิ่งขึ้น ลดขั้นตอนการทำงานของเจ้าหน้าที่และลดความผิดพลาดของข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. นันทกาญจน์ ปักษี และคณะ. (2564). การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 13(1); 47-61.
2. ผุสดี ก่อเจดีย์. (2565). ปัจจัยทำนายระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัย เสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในจังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(2); 65-76.
3. ปิยะนันท์ เต็มพร้อม และคณะ. (2564). ความชุกของระดับความเสี่ยงสูงของการกลับเป็นซ้ำและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเสี่ยงสูงของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 32(2); 59-72.
4. จันทรวดี สพานทอง, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, & ทิพมาส ชิณวงศ์. (2562). ผลของโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านต่อความมั่นใจในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 26(3), 32–41.
5. พัชราภรณ์ สิรินธรานนท์. (2558). โปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. ประดับเพชร เจนวิพากษ์ และคณะ. (2565). ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ของผู้ดูแลและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ งานผู้ป่วยในกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อ.ท่าบ่อ จ.หนองคาย. ราชาวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 12(2); 164–177.
7. จารุวรรณ จันดาหงส์ และคณะ. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 50(1), 300–313.

ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาต่อความรู้ ความเครียด และการปฏิบัติตัวหลังคลอด ในมารดามาคลอด ณ โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

The Effects of Health Education Program on knowledge, stress and postpartum practice of postpartum mother at Phan Hospital, Chiang Rai Province.

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 3,2025)

ประทุมพร แสนโยธา[1] **อัยย์ชาร์ สุขเกษม**[2]
Pratumporn Seantota[1] **Aysha Sukkasem**[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความเครียดระหว่างกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามโปรแกรมการให้สุขศึกษา เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เปรียบเทียบสองกลุ่มระหว่างมารดาหลังคลอดที่ได้รับความรู้ตามการพยาบาลตามปกติ และมารดาที่ได้รับการให้ความรู้ตามโปรแกรมการให้สุขศึกษา ในช่วงเดือนธันวาคม 2566 – เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem Self-care Theory) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติหลังคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการพยาบาลของโอเร็ม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI = .80 และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด หาค่าความเชื่อมั่นได้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .70 และแบบประเมินความเครียด (Suanprung Stress Test 20) ของโรงพยาบาลสวนปรุง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความเครียดระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Mann-Whitney U

ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

คำสำคัญ มารดาหลังคลอด ภาวะเครียด การปฏิบัติตัวหลังคลอด

ABSTRACT

This study aimed to compare two groups between postpartum mothers who receive knowledge according to routine nursing care and mothers who received knowledge according to the health education program. This research is a quasi -experimental research. Compare two groups between postpartum mothers who receive knowledge according to routine nursing care and mothers who received knowledge according to the health education program: During December 2023 - March 2024). Use a conceptual framework Orem Self-care Theory. The tools used in research are a health education program on postpartum practices created by the researcher based on Orem's nursing framework and was reviewed by 3 experts for content validity, CVI = .80. and the tools for data collection include Knowledge assessment form about postpartum practices created by the researcher and the Cronbach's alpha coefficient was .70 And the stress assessment form (Suanprung Stress Test 20) of Suanprung Hospital. For data analysis, using descriptive statistics. For

[1] ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ราชภัฏเชียงราย
co-responding Email.com aysha.suk@crru.ac.th

comparison the differences in the mean knowledge and stress scores between groups with the Mann-Whitney U statistic because the data were not normally distributed.

Results: The results showed the mean score of knowledge after the experiment between the control group and the experimental group were significantly different (p-value <0.001), with the experimental group was significantly higher mean knowledge score than control group. And the mean score of knowledge after the experiment between the control group and the experimental group were significantly different (p-value <0.001), with the experimental group was significantly higher mean stress score than control group.

KEYWORDS Postpartum mother, Stress, Postpartum practice

บทนำ

ระยะหลังคลอด (Postpartum period, Puerperium) จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเพื่อการกลับสู่สภาพปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์และการเปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเนื้อเยื่อใหม่[1] เป็นระยะเปลี่ยนผ่านตามพัฒนาการที่มีความสำคัญต่อมารดาหลังคลอดในการที่ต้องเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นทันทีหลังคลอด[2] และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ มารดาจะต้องมีการปรับบทบาทเข้าสู่การเป็นมารดา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวหากมารดาหลังคลอดขาดความรู้ความเข้าใจอาจส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความกดดันและเกิดความเครียดขึ้นส่งผลต่อการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด[3] และหากความเครียดของมารดายังดำเนินต่อไปจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยเบค[4] พบว่ามารดาที่มีความเครียดจากการดูแลทารกเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้มารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของนภัสนันท์ สุขเกษม รัชนี เรืองพรวิสุทธิ์ พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ วีรพันธ์ ศิริฤทธิ์ และพรรณนา วัชรประภาพงศ์ ที่พบว่าภาวะเครียดจากการดูแลบุตรเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้[5]

ภาวะเครียดของมารดาหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[6] ซึ่งความเครียดของมารดาหลังคลอดอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหรือด้านจิตใจ รวมถึงการปรับบทบาทเข้าสู่การเป็นมารดา หากความเครียดของมารดาหลังคลอดยังดำเนินต่อไปไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ให้มารดาหลังคลอดมีอาการนอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย และเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในที่สุด[7] มารดาหลังคลอดส่วนมากจะมีความเครียดจากการดูแลตนเองหลังคลอดและการดูแลทารกแรกเกิด ประกอบกับประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่ยังให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับการดูแลมารดาหลังคลอดที่ขัดแย้งกับความต้องการของมารดาหลังคลอดโดยส่วนมากมีความเชื่อว่าหากไม่ปฏิบัติตามวัฒนธรรมความเชื่อที่ปฏิบัติสืบทอดกันมาเป็นเวลานานจะทำให้ประสบปัญหาด้านสุขภาพในอนาคต เช่น การเจ็บปวดตามส่วนต่างของร่างกายโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือมีอาการปวดตามข้อต่างๆ เป็นต้น ทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกถูกกดดันและเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นในระยะหลังคลอดจนพัฒนาเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทำให้ส่งผลผลกระทบการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในการดูแลทารกแรกเกิด[8] การปรับบทบาทการเป็นมารดามีความสำคัญอย่างยิ่งที่มารดาจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา

การให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดในเรื่องการดูแลทารกและการปฏิบัติตัวหลังคลอดจึงมีความจำเป็นเพื่อช่วยให้มารดาสามารถปรับเข้าสู่บทบาทการเป็น

มารดาได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังช่วยลดภาวะเครียดของมารดาหลังคลอดอันจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมา การศึกษาที่ผ่านพบว่ามีการศึกษาวิธีการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดที่หลากหลายเพื่อช่วยส่งเสริมให้มารดาสามารถดูแลตนเองและทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่น การศึกษาของปฤษณพร ศิริจรรยา และรจนา อัศพันธ์ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาต่อความรู้และการปฏิบัติตนในหญิงหลังคลอดโรงพยาบาลชลบุรี พบว่าการจัดโปรแกรมการให้สุขศึกษาในหญิงหลังคลอดตั้งแต่ในไตรมาศที่สามของการตั้งครรภ์และทบทวนในระยะหลังคลอดช่วยเพิ่มความสามารถในปฏิบัติตัวหลังคลอด[9] และการศึกษาของดวงดี ศรีสุขวัน และวันทนา มาตเกตุ และนฤวรรณ นิไชยโยค ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอดของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน พบว่ามารดาหลังคลอดที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และได้ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาว่าในบุคลากรที่ให้การดูแลมารดาหลังคลอดควรมีการจัดทำโปรแกรมการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้ และฝึกปฏิบัติมารดาหลังคลอดเพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดอย่างมีประสิทธิภาพ[10]

โรงพยาบาลพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง มีพันธกิจในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องโดยครอบคลุมทางด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู แก่ผู้รับบริการทุกช่วงวัย จากข้อมูลสถิติจำนวนผู้คลอด โรงพยาบาลพาน พบว่ามีจำนวนผู้คลอดปีงบประมาณ 2563 จำนวน 200 ราย ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 281 ราย และปีงบประมาณ 2565 จำนวน 261 ราย ตามลำดับ[11] พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดตลอดระยะเวลาที่พักฟื้นอยู่ ณ แผนกหลังคลอด จนถึงครบกำหนดการจำหน่ายมารดาหลังคลอดออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้มารดาและทารกแรกเกิดได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น แต่เนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลที่มีการจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ค่อยข้างเร็ว คือ 24 – 72 ชั่วโมงหลังคลอด ทำให้เป็นข้อจำกัดในในการให้ความรู้แก่มารดหลังคลอด และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นพบว่ามารดาหลังคลอดในระหว่างพักฟื้น ณ แผนกหลังคลอด แสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความวิตกกังวลและมีความเครียดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด โดยสังเกตได้จากถามคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดรวมถึงการดูแลทารกเกิดบ่อยครั้ง ขาดความมั่นใจในการแสดงบทบาทมารดา ประกอบกับทางแผนกหลังคลอดยังไม่แนวทางในการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดที่เป็นระบบและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงทำให้มารดาหลังคลอดอาจได้รับความรู้ที่ไม่ครอบคลุม รวมทั้งมารดาหลังคลอดที่ใช้บริการที่โรงพยาบาลบางส่วนยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด เช่น การจำกัดให้รับประทานเพียงบางชนิดทำให้ได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ การทำความสะอาดร่างกายที่ยังไม่ถูกสุขลักษณะ เป็นต้น

จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจในการสร้างโปรแกรมการให้ความรู้การปฏิบัติหลังคลอดและการดูแลทารกแรกเกิดสำหรับผู้ที่มาใช้บริการคลอด ณ โรงพยาบาลพาน เพื่อช่วยส่งเสริมให้การดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดของมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การปฏิบัติตัวหลังคลอดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การปฏิบัติตัวหลังคลอดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การปฏิบัติตัวหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การปฏิบัติตัวหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เปรียบเทียบสองกลุ่มระหว่างมารดาหลังคลอดที่ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดตามปกติ และมารดาที่ได้รับการให้ความรู้ตามโปรแกรมการให้สุขศึกษา การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem Self-care Theory) มาเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย ซึ่งโอเร็ม เชื่อว่า บุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างจงใจและมีเป้าหมาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งขีดสูงสุดของชีวิต ภายใต้สภาพสิ่งแวดล้อมที่เผชิญอยู่ โดยมีปัจจัยพื้นฐานเป็นองค์ประกอบในการกำหนดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในการคาดการณ์ตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด12 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์หลัก คือการดูแลตนเอง (self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ความสามารถทางการพยาบาล(nursing agency) และปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน และประกอบกันเป็นทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล13 โอเร็มได้อธิบายการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเองที่จำเป็นประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงนำแนวคิดนี้มาใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด ซึ่งการดูแลตนเองในระยะหลังคลอดตามทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็มเป็นความต้องการตามระยะพัฒนาการ เนื่องจากระยะหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ส่งผลให้มารดาหลังคลอดต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด และมารดาหลังคลอดอยู่ในภาวะที่สามารถให้การดูแลตนเองได้โดยใช้ความสามารถของตนเองในการเลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้ร่างกายของตนเองภายหลังคลอดกลับคืนสู่สภาวะปกติ ดังนั้นระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ จึงถูกนำมาใช้พัฒนาความรู้ความสามารถของมารดาหลังคลอดในการดูแลตนเองหลังคลอดและทารกเกิดผ่านโปรแกรมการให้สุขศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดครบกำหนดที่ใช้บริการคลอด ณ โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง เดือนมีนาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดครบกำหนดที่ใช้บริการคลอด ณ โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง เดือนมีนาคม 2567 จำนวน 48 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 และ

กำหนดค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ .05 เปิดตารางสำเร็จรูปได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน[14] เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10[15] ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน รวม 48 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) มารดาหลังคลอด 2) อายุครรภ์ครบกำหนด 3) สื่อสารโดยการพูดคุยและเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

มารดาหลังคลอดที่เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วมีความประสงค์ที่จะออกจากการศึกษาครั้งนี้หรือพบภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด เช่น ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายในการจับฉลากแบบไม่แทนที่เข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจับคู่ให้ทั้ง 2 กลุ่มความคล้ายคลึงกันมากที่สุด (paired matching) คือ อายุ การศึกษา จำนวนครั้งของการคลอดบุตร

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 กลุ่ม คือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการให้สุขศึกษาการปฏิบัติหลังคลอดและการดูแลทารกแรกเกิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย การพักผ่อนและการทำงาน การรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลแผลฝีเย็บ การบริหารร่างกายหลังคลอด การคุมกำเนิด การมีเพศสัมพันธ์ การมีประจำเดือน การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัด และการดูแลทารกเกิด ได้แก่ การอาบน้ำ การทำความสะอาดสะดือ การดูแลความสะอาดหลังการขับถ่าย การสังเกตอาการผิดปกติของทารกแรกเกิด การมาตัดตามนัด โดยโปรแกรมแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) การให้ความรู้การปฏิบัติตัวหลังคลอดผ่านการสอนประกอบสื่อวิดีโอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีความยาวประมาณ 30 นาที 2) การให้ความรู้การดูแลทารกเกิดผ่านการสอนประกอบสื่อวิดีโอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีความยาวประมาณ 30 นาที และ 3) แผนการสอนการฝึกปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว อายุครรภ์ จำนวนบุตร เป็นแบบสอบถามที่ผู้จะวิจัยจะสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นแบบเติมคำและแบบตรวจสอบรายการ (Check list) 2) แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด เป็นแบบสอบถามมารดาหลังคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยครอบคลุมเนื้อหา การปฏิบัติตัวหลังคลอด การพักผ่อนและการทำงาน การรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลแผลฝีเย็บ การบริหารร่างกายหลังคลอด การคุมกำเนิด การมีเพศสัมพันธ์ การมีประจำเดือน การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัด และการดูแลทารกเกิด จำนวน 40 ข้อ ให้มารดาหลังคลอดเลือกตอบว่าถูกต้องตามเนื้อหาหรือไม่ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ได้ 0 คะแนน 2) แบบประเมินความเครียด (Suanprung Stress Test 20; SPST-20) ของโรงพยาบาลสวนปรุงเป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย นายสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล นางวนิดา พุ่มไพศาลชัย นางพิมพ์มาศ ตาปัญญา มีการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีค่าความเชื่อมั่น .95 และ ข้อคำถามทุกข้อมีความเชื่อถือได้ (Cronbach's alpha) มากกว่า.70 ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่รู้สึกเครียด = 1 คะแนน เครียดเล็กน้อย = 2 คะแนน เครียดปานกลาง = 3 คะแนน เครียดมาก = 4 คะแนน เครียดมากที่สุด = 5 คะแนน ไม่ตอบ = 0 คะแนน การแปลผลคะแนน เป็นดังนี้

คะแนน 0-23 คะแนน ท่านมีความเครียดในระดับน้อย (mild stress) หมายถึง ความเครียดขนาดน้อยๆ และหายไปในระยะเวลา อันสั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชิน และการปรับตัวต้องการพลังงานเพียง เล็กน้อยเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

คะแนน 24 – 41 คะแนน ท่านมีความเครียดในระดับปานกลาง (moderate stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นใน ชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญๆในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วๆไป ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความ กระตือรือร้น

คะแนน 42 –61 คะแนน ท่านมีความเครียดในระดับสูง (high stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด สูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิด โรคต่างๆ ในภายหลังได้

คะแนน 62 คะแนนขึ้นไป ท่านมีความเครียดในระดับรุนแรง (severe stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่าง ต่อเนื่องจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัว เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคภัย ต่างๆ ตามมาได้ง่าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการให้สุขศึกษาการปฏิบัติหลังคลอดและการดูแลทารกแรกเกิด จากกรอบแนวคิดการพยาบาลของโอเร็ม นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.80 ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถาม โดยศึกษาจากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูตนเองหลังคลอด นำแบบประเมินที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.80 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอด จำนวน 10 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาคได้เท่ากับ 0.70

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และทำการ pair matching กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้อายุ การศึกษา จำนวนครั้งของการคลอดบุตร

1. ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมดังนี้ วันที่หนึ่งหลังคลอดก่อนการให้ความรู้ตามแนวทางการพยาบาลปกติ 1) รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นก่อนให้ความรู้ตามแนวทางการพยาบาลปกติ 3) ประเมินความเครียดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินแบบประเมินความเครียด (Suanprung Stress Test 20; SPST- 20) ของโรงพยาบาลสวนปรุง 4) ดำเนินการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างตามแนวทางการพยาบาลปกติ ต่อมาหลังคลอดวันที่ 3 ก่อนอนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างกลับบ้าน ผู้วิจัยดำเนินการประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดและประเมินความเครียดภายหลังให้ความรู้ตามแนวทางการพยาบาลปกติ

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง ดังนี้ วันที่หนึ่งหลังคลอด 1) รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นก่อนให้ความรู้ตามโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 3) ประเมิน

ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินแบบประเมินความเครียด (Suanprung Stress Test 20; SPST- 20) ของโรงพยาบาลสวนปรุง 4) ดำเนินการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างตามโปรแกรมการให้สุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยส่วนที่หนึ่งคือการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด ส่วนที่สองคือการดูแลทารกแรกเกิด ต่อมาวันที่สองหลังคลอดดำเนินการสอนการฝึกปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิด ประกอบด้วย การอาบน้ำทารกแรกเกิด การทำความสะอาดสะดือ และวันที่สามหลังคลอดก่อนกลุ่มตัวอย่างกลับบ้านประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอดโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และประเมินความเครียดของมารดาหลังคลอดโดยใช้แบบประเมินแบบประเมินความเครียด (Suanprung Stress Test 20; SPST- 20)

การิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขรับรอง CRPPHO 176/2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 – 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.2 รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 26 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.2 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 91.7 ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 68.8 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 16.7 ลักษณะครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 70.8 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 56.3 รายได้ครอบครัวส่วนมากอยู่ระหว่าง 5,000 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.3 รองลงมาคือมีรายได้ระหว่าง 16,000 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.33 มารดาหลังคลอดส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 52.1

2. คะแนนความรู้และคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนความรู้และคะแนนความเครียดของกลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ย	ก่อนให้การพยาบาลตามปกติ		หลังให้การพยาบาลตามปกติ	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
ความรู้	26.90	3.22	26.30	2.96
ความเครียด	39.20	13.06	40.80	12.79

กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนให้ความรู้ตามการพยาบาลปกติเท่ากับ 26.90 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.22 (X = 26.90 S.D = 3.22) มีค่าคะแนนความรู้หลังให้ความรู้ตามการพยาบาลปกติเท่ากับ 26.30 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.96 (X = 26.30 S.D = 2.96) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนให้ความรู้ตามการพยาบาลปกติเท่ากับ 39.20 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.06 (X = 36.20 S.D = 13.06) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังให้ความรู้ตามการพยาบาลปกติเท่ากับ 40.80 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.79 (X = 40.80 S.D = 12.79)

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนความรู้และคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนให้โปรแกรมให้สุขศึกษา		หลังให้โปรแกรมให้สุขศึกษา	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
ความรู้	25.80	3.10	34.50	1.67
ความเครียด	40.60	11.63	24.20	2.26

กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนให้ความรู้ตามโปรแกรมให้สุขศึกษาเท่ากับ 25.80 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.10 (X = 25.80 S.D = 3.10) มีค่าคะแนนความรู้หลังให้ความรู้ตามโปรแกรมให้สุขศึกษาเท่ากับ 34.50 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.67 (X = 34.50 S.D = 1.67) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนให้ความรู้ตามโปรแกรมให้สุขศึกษาเท่ากับ 40.60 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.63 (X = 40.60 S.D = 11.63) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังให้ความรู้ให้ความรู้ตามโปรแกรมให้สุขศึกษาเท่ากับ 24.20 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.26 (X = 24.20 S.D = 2.26)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	Mean	S.D.	Mean rank	Z	p-value
ความรู้	ควบคุม	26.30	2.96	34.92	-5.927	< .001
	ทดลอง	34.50	1.67	14.08		
ความเครียด	ควบคุม	40.80	12.79	12.60	-5.179	< .001
	ทดลอง	24.20	2.26	36.40		

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับงานวิจัยหลายๆงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น ปฤษณพร ศิริจรรยา และรจนา อัศพันธ์ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาต่อความรู้และการปฏิบัติตัวหลังคลอด พบว่ามารดาหลังคลอดมีคะแนน

เฉลี่ยของความรู้หลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9] การศึกษาของชาญณรงค์และคณะที่ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการให้ความรู้มารดาหลังคลอดโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับความรู้โดยให้สารสนเทศมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[16] และการศึกษาของจุฑารัตน์ แซ่ล้อ และมาลี แซ่อุน ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ในมารดาครรภ์แรกที่คลอดบุตรโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อความพร้อมก่อนการจำหน่าย พบว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้มีความพร้อมก่อนจำหน่ายสูงกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ[17] ทั้งนี้เนื่องจากมารดาหลังคลอดที่เป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ที่ผู้วิจัยจัดทำทำขึ้นอย่างเป็นระบบที่ประกอบด้วยเนื้อหาความรู้ครอบคลุมการพักผ่อนและการทำงาน การรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลแผลฝีเย็บ การบริหารร่างกายหลังคลอด การคุมกำเนิด การมีเพศสัมพันธ์ การมีประจำเดือน การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัด และการดูแลทารกเกิด ได้แก่ การอาบน้ำ การทำความสะอาดสะดือ การดูแลความสะอาดหลังการขับถ่าย การสังเกตอาการผิดปกติของทารกแรกเกิดและการมาตัดตามนัด รวมทั้งมีส่วนของกิจกรรมการให้ความรู้ที่ให้มารดาได้ฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด อันมีส่วนทำให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากระยะหลังคลอดเป็นระยะที่มารดาต้องการการดูแลตามระยะพัฒนาการ ระยะนี้มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมซึ่งเป็นหนึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดและเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนลินี สิทธิบุญมา กรรณิการ์ กันธะรักษา และบังอร ศุภวิทิตพัฒนา ที่ศึกษาพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[6] การเปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการของมารดาหลังคลอดส่งผลให้มารดาหลังคลอดต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดเพื่อนำมาใช้ในการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดให้มีภาวะสุขภาพแข็งแรง การใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนโดยการให้ความรู้ผ่านโปรแกรมให้สุขศึกษาจึงช่วยให้มารดาสามารถนำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเองและทารกแรกเกิด ซึ่งมีส่วนช่วยลดความเครียดของมารดาในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

ดังนั้นการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดตามการพยาบาลปกติเปรียบเทียบกับการให้ความรู้โดยใช้โปรแกรมการให้สุขศึกษาพบคะแนนเฉลี่ยหลังการให้ความรู้โดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ให้ความรู้ตามปกติอย่างมัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอภิปรายได้ว่าการให้ความรู้โดยใช้โปรแกรมทำให้มารดาหลังคลอดได้รับความรู้ที่ถูกต้องครบถ้วนและครอบคลุม ที่จะสามารถช่วยให้มารดาสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง

ข้อจำกัดในการศึกษาในครั้งนี้ คือ โปรแกรมการให้สุขศึกษาที่สร้างขึ้นสามารถใช้ได้กับมารดาหลังคลอดปกติที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เท่านั้น หากมีโปรแกรมการให้สุขศึกษาที่ออกแบบมาให้เหมาะสมกับกลุ่มมารดาหลังคลอดกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ รวมถึงมารดาหลังคลอดกลุ่มชาติพันธุ์และกลุ่มชาวต่างชาติหรือแรงงานต่างด้าว จะช่วยให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดสามารถปฏิบัติได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดอย่างเป็นระบบและครอบคลุม เพื่อช่วยให้มารดาหลังคลอดได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนในการนำไปปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีให้ความสำคัญกับการประเมินภาวะเครียดของมารดาหลังคลอดรวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดในแต่ละราย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการให้การพยาบาลเพื่อลดความเครียด อันจะส่งต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาและการดำบทบาทการเป็น

2. ด้านการศึกษาพยาบาลและการวิจัยในอนาคต การพัฒนาโปรแกรมการให้สุขศึกษาแก่มารดากลุ่มเสี่ยงอื่น เช่น มารดาที่คลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ รวมถึงมารดาหลังคลอดกลุ่มชาติพันธุ์ และกลุ่มชาวต่างชาติหรือแรงงานต่างด้าว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านและทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Pillitteri A.(2013). Maternal & child health nursing care of the childbearing & childrearing family. 6th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
2. McKinney ES, James SR, Murray SS, Nelson KA, and Ashwill JW.(2013). Maternal and child nursing. 4th ed. St Louis: Sounder.
3. Ricci, S. S.(2007). Estentials of maternity, newborn, and women's health nursing. Philadelphia: Lippicott William & wikins.
4. Beck C.(2001). Predictors of postpartum depression. Nursing Research. 2001;50(5): 275-285.
5. Sukkasem, N., Ruangphornwisut, R., Sriareporn, P., Sririth, W., & Watcharaprapapong. P.(2016). Predictors of postpartum depression. Journal of nursing and health care. 2016;34(1):47-55.
6. Sitthiboonma, N., Kantaruksa, K., & Supavittpatana, B.(2020). Stress, Social Support and Postpartum Depression Among First-time Mothers. Nursing Journal. 2020;47(2):170-179.
7. Groer MW, & Morgan K.(2007). Immune, health and endocrine characteristics of depressed postpartum mothers. Psychoneuroendocrinology; 2007;32(2):133-139.
8. Sukkasem, N., Somboon, L., & Tongswas, T.(2010). Maternal role attainment and postpartum depression. Nursing Journal CMU. 2010;37(3), 36-48.
9. Sirijanya, P., & Adsapan, R.(2017). The Effects of Health Education Program on Knowledge and Practice in Postpartum Women Chonburi hospital. Chonburi Hospital Journal. 2017; 35-48.
10. Srisukwan, D., Matgate, W., & Nichaiyok, N.(2020). The Effects of Health Education Program on knowledge and Practice in Postpartum Women, Krathumbean Hospital. Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital Medical Journal. 2020; 3(2): 37- 43.
11. สถิติผู้คลอด แผนกแม่และเด็ก โรงพยาบาลพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2563-2565.
12. Orem DE.(1991). Nursing concepts of practice. St Louis: Mosby-Year Book.
13. Hanucharoenkul, S.(1997). Self-care: The science and art of nursing. (5th ed.). Bangkok: V.J. Printing.
14. Burns, N., & Grove, S.K.(2005). The practice of nursing research conduct, critique, & Utilization (5th ed.). Philadephia: Elsevier Saunder.
15. Polit, D.F., & Hungler, B.P.(1999). Nursing research principle and method. 6th ed. Philadelphia: Lippicott William & Wilkins.

16. Klaikert, C., et al. Effectiveness of Postpartum Maternal Education Model Using Information Technology. The 11th NPRU National Academic Conference. Nakhon Pathom Rajabhat University; 2019.
17. Saelor, J., & Saeun, M. Effect of Knowledge Teaching Program on Readiness for Hospital Discharge Among First-time Mothers after Cesarean Section. Surat Thani Provincial Health office; 2020. (cited 2024 Apr 20). Available from: https://www.stpho.go.th/Research/ Jutharat%20Saelor.pdf.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การศึกษาเชิงคุณภาพการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน: กรณีศึกษาประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครนายก

A qualitative study of rational use of antibiotics in community: A case study of people living in Nakhon Nayok Province.

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 3,2025)

อิสรีย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์[1] เพชรลดา บริหาร[2] พุฒิพงศ์ มากมาย[3] มนิษฐาวดี ชัยสวัสดิ์[4] อาภัสรี บัวประดิษฐ์[5]
Isareethika Jayasvasti[1] Phetlada Borriharn[2] Phutthipong Makmai[3] Manisthawadee Jayasvasti[4] Arpasree Buapradit[5]

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชนในชุมชน ผ่านทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ พฤติกรรมการซื้อยาและใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อเจ็บป่วย ช่องทางการเข้าถึงยาปฏิชีวนะ และช่องทางการรับข้อมูลในการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยผู้ให้ข้อมูลคือ ประชาชนซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดนครนายก จาก 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองนครนายก อำเภอบ้านนา อำเภอองครักษ์ และอำเภอปากพลี จำนวน 22 คน คัดเลือกตัวแทนผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธี Snowball technique

ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ขาดความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างยาปฏิชีวนะกับยาแก้อักเสบ และระหว่างวิธีการรักษาการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัส กับการติดเชื้อแบคทีเรีย จึงทำให้มีพฤติกรรมการซื้อยาใช้เองจากร้านขายยา และร้านชำเมื่อเจ็บป่วยด้วยสามโรคหลัก ได้แก่ หวัดเจ็บคอ ท้องเสียอาหารเป็นพิษ และเป็นแผลสด นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่า ภายในชุมชนยังขาดการประชาสัมพันธ์เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล รวมถึงการที่โรงพยาบาลของรัฐ และคลินิกยังคงมีการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะมากกว่าร้อยละ 50 ในสามโรคหลัก

คำสำคัญ: การศึกษาเชิงคุณภาพ การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ชุมชน ประชาชน จังหวัดนครนายก

Abstract

This survey research by qualitative data analysis had the objective to study in-depth information about the rational used of antibiotics by people living in community via in-depth interviews asking for information within 4 main themes include antibiotics basic knowledge, antibiotics buying and using behaviors, antibiotics access channel and antibiotics usage information attainment channel. Interviewee are 22 people living in Nakhon Nayok Province selected from 4 districts including, Muang Nakhon Nayok, Ban Na, Ongkharak, and Pak Phli by using Snowball technique.

The results were showed that most of the interviewee were lacked of understanding about both the difference between antibiotic and anti-inflammatory and between treatment from viral infection and bacterial infection that led them to buy antibiotics from pharmacies and grocery stores to treat themselves when they had 3 main diseases include upper respiratory infection (URI), diarrhea or food poisoning and flesh wound. Moreover, they expressed their opinions that their communities were still lack of public relations about appropriate use of antibiotics and there were some public hospitals and clinics which prescribed antibiotics more than 50% for 3 main diseases.

Keywords: Qualitative study, Rational use of antibiotics, Community, People, Nakhon Nayok Province

[1] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
[2] คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น Corresponding Author: phetlada.bo@northern.ac.th
[3] คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
[4] คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
[5] กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

บทนำ

การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลของประชาชนเป็นเสมือนมหันตภัยร้ายในมุมมืด ที่ส่งผลต่อการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา (Antimicrobial Resistance; AMR) ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับโลก ในปี พ.ศ.2558 องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแผนปฏิบัติการระดับโลก (Global Action Plan) และจากรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทั่วโลก ในปี พ.ศ.2557[1,2] แสดงให้เห็นถึงความตระหนักในการใช้ยาปฏิชีวนะระดับโลก องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์จำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาทั่วโลก ไว้มากกว่าปีละ 700,000 ราย หากยังไม่มีมาตรการมารองรับการจัดการกับปัญหานี้ คาดว่าประชากรโลกอาจเสียชีวิตจากการติดเชื้อแบคทีเรียถึง 10 ล้านคน ใน พ.ศ. 2593[3,4] และมีการพัฒนาแผนดำเนินการระดับโลกเรื่องการดื้อยาปฏิชีวนะ (Global Action Plan on Antimicrobial Resistance: GAP-AMR) เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องการติดเชื้อดื้อยา [5] โดยเมื่อองค์การอนามัยโลกประเมินผลของการดำเนินการในเรื่องนี้ พบว่าการสร้างความรู้ ความเข้าใจช่วยลดปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะลงได้[6]

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2556 โดยคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีการดำเนินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างเป็นระบบ ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 ได้ขับเคลื่อนในภาคประชาชน โดยเน้นการสร้างความตระหนักของประชาชน “คิดก่อนใช้ยา” “ใช้ยาถูกโรค ถูกคน ถูกยา” และในปี พ.ศ. 2560-2565 กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งประเทศไทย ร่วมมือกับหน่วยงานภาคี เพื่อลดการเจ็บป่วยและความสูญเสียจากการติดเชื้อดื้อยาต้านแบคทีเรีย โดยมุ่งไปที่การให้ประชาชนมีความรู้และสร้างความตระหนักในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเพิ่มขึ้นร้อยละ 20[7]

ปัจจุบันการขับเคลื่อนการใช้ยาสมเหตุผลส่วนใหญ่ได้ดำเนินการในภาครัฐเป็นหลัก ในทางตรงกันข้ามคือภาคประชาชนยังคงเป็นปัญหาและอุปสรรค เนื่องจากเกี่ยวข้องกับความเชื่อส่วนบุคคลหรือถ่ายทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น พฤติกรรมความเคยชิน เช่น การร้องขอยาปฏิชีวนะจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือซื้อยาเองจากร้านยาคลินิกใกล้บ้าน รวมถึงร้านชำในชุมชนที่ยังพบเห็นยาชุด ยาลดการอักเสบ สเตียรอยด์และยาแผนโบราณ [1,2,8] และจากรายงานผลการวิจัยโครงการวิเคราะห์พลวัตระบบของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในภาคประชาชน กรณีศึกษาจังหวัดนครนายก พบว่าการควบคุมการจ่ายยาปฏิชีวนะ โดยมุ่งเน้นไปที่การควบคุมในฝั่งสถานพยาบาลภาครัฐ ไม่ใช่แนวทางในการลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุสมผลของประชาชนที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากประชาชนยังคงมีความเชื่อว่ายาปฏิชีวนะสามารถรักษาโรคที่ตนเองเป็นได้ จึงทำให้ประชาชนกลุ่มนี้ยังคงแสวงหายาปฏิชีวนะอยู่ ถึงแม้จะไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะจากสถานพยาบาลของรัฐก็ตาม โดยจะย้ายไปยังร้านขายยาและคลินิก[9]

ดังนั้น จึงเป็นที่มาในการศึกษาเชิงคุณภาพการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน กรณีศึกษาประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครนายก ประเทศไทย เพื่อหาสาเหตุของการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผลในระดับบุคคล เพื่อให้เกิดการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้ขยายวงกว้างไปยังชุมชน เพื่อสร้างการยอมรับและบรรทัดฐานทางสังคมต่อการใช้ยาให้สมเหตุผลอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชนในชุมชนผ่านทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ พฤติกรรมการซื้อยาและใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อเจ็บป่วย ช่องทางการเข้าถึงยาปฏิชีวนะ และช่องทางการรับข้อมูลในการใช้ยาปฏิชีวนะ

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data analysis) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured interview) เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครนายก รายละเอียดดังนี้

1. สร้างแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured interview) โดยการตั้งคำถามที่ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก Promoting Rational Use of Medicine: Core component[10] โดยผ่านการสอบทานจากผู้ทรงคุณวุฒิและมีแนวคำถามที่เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูลคือประชาชนทั่วไปอย่างไรก็ตามแนวคำถามดังกล่าวเป็นเพียงกรอบคร่าวๆ ซึ่งเตรียมไว้เพื่อปรับเพิ่มเติมจากข้อมูลเชิงลึกที่สืบเสาะ (probe) ได้จากผู้ให้ข้อมูล

2. ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก และเตรียมพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล โดยโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ในปี พ.ศ. 2562 เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และในปี พ.ศ. 2567 ได้ดำเนินเก็บข้อมูลประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชนเพิ่มเติม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาคู่มือเพิ่มศักยภาพในการส่งเสริมความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคประชาชนต่อไป

3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในระดับชุมชน โดยผู้ให้ข้อมูลจำนวน 22 คน คือประชาชนที่มารับบริการที่สถานพยาบาล ที่มาซื้อยาที่ร้านขายยาหรือร้านขายของชำ และประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลโดยตรง (Face to face interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured interview) เพื่อสอบถามความคิดเห็นของประชาชนใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ (2) พฤติกรรมการซื้อยาและใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อเจ็บป่วย (3) ช่องทางการเข้าถึงยาปฏิชีวนะ และ (4) ช่องทางการรับข้อมูลในการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมินตนเองในเรื่องความรู้เกี่ยวกับสามโรคหลัก และการใช้ยาปฏิชีวนะ ทัศนคติต่อยาปฏิชีวนะและปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยา การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยด้วยสามโรค การใช้สมุนไพรเมื่อเจ็บป่วยด้วยสามโรค รวมถึงพฤติกรรมการจ่ายยาปฏิชีวนะของบุคลากรในสถานพยาบาลตามการรับรู้ของประชาชนและสื่อที่มีความเหมาะสมในการใช้รณณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน

4. กระบวนการสัมภาษณ์ ก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้แสดงตนต่อผู้ให้ข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของการสัมภาษณ์ รวมทั้งชี้แจงว่าจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยไม่มีการระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล และการให้ข้อมูลครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อการรับบริการในสถานพยาบาล และสามารถซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ พร้อมกับขอให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมภายหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลมีความสมัครใจในการให้ข้อมูลในครั้งนี้ จากนั้นจึงขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา แล้วจึงดำเนินการสัมภาษณ์ตามที่ได้ชี้แจงไว้ หากมีการสัมภาษณ์เกิดขึ้นในร้านยา ก่อนเข้าสู่กระบวนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้แสดงตนต่อผู้ขายยา หรือเภสัชกรประจำร้านขายยานั้นๆ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าทำการสัมภาษณ์ผู้เข้ารับบริการ

ประชากร และผู้ให้ข้อมูล ประชากรเป้าหมาย คือประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครนายก โดยผู้ให้ข้อมูลคือประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครนายกในชุมชนเขตเมือง และนอกเมืองทั้งหมด 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองนครนายก

อำเภอบ้านนา อำเภอองครักษ์ และอำเภอปากพลี ซึ่งผ่านการคัดเลือกด้วยวิธี Snowball technique ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 2 คน (ผู้ใหญ่บ้าน/ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 6 คน และประชาชนในชุมชน 14 คน รวมทั้งสิ้น 22 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปบทสนทนาแบบคำต่อคำ (Transcript verbatim) มาจัดระบบสำหรับการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยแบ่งข้อมูลออกเป็นหน่วยย่อย (Sub category) แล้วจึงใส่รหัสข้อมูล (Coding) เพื่อนำมาสร้างหมวดหมู่หลักเพื่อช่วยลดทอนข้อมูล นำมาตีความหมาย เพื่อหาข้อสรุปแบบอุปนัยจากข้อมูลที่แบ่งเป็นหน่วยย่อยนั้น (Analytic Induction) ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล และความอิ่มตัวของข้อมูล (Saturated) โดยการตรวจสอบสามเส้า

จริยธรรมงานวิจัย

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เอกสารรับรองเลขที่ 2019 – 0010 และเอกสารรับรองเลขที่ 2024 – 016 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จามหลักสากลของ Belmont Report และเพื่อป้องกันผลกระทบทางสังคมที่อาจเกิดกับผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลที่เป็นประโยคคำพูด จะไม่เปิดเผยตัวตน

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาออกเป็น 5 ส่วน คือ ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ พฤติกรรมการซื้อยาและใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อเจ็บป่วย ช่องทางการเข้าถึงยาปฏิชีวนะ และช่องทางการรับข้อมูลในการใช้ยาปฏิชีวนะ ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล จะถูกเรียกแทนว่า “ประชาชน” จำนวนทั้งสิ้น 22 ราย ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 28 - 72 ปี (อายุเฉลี่ย 49.23 ± 11.03 ปี) ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหรือจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 40.9) และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 36.4)

2. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสและเชื้อแบคทีเรีย

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รู้จักเชื้อไวรัส สามารถบอกว่าเป็นสาเหตุของไข้ เจ็บคอที่ไม่มีจุดหนองบริเวณลำคอ และเป็นสาเหตุของเริม โรคเอดส์ โรคตับอักเสบ โรคไข้เลือดออก โดยเชื้อไวรัสสามารถติดต่อกันได้ทางการหายใจและการสัมผัส และโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสไม่ต้องรับประทานยาปฏิชีวนะ ดังคำกล่าวที่ว่า *“ติดต่อกันเป็นนู้นเป็นนี่ การสัมผัสกันการหายใจเป็นข่าวตายกันเยอะแยะ”* (ประชาชน 2) และ *“เชื้อไวรัสก็คือว่าพวกท้องเสีย”* (ประชาชน 6) บางรายคิดว่าต้องรับประทานยาปฏิชีวนะจึงจะหาย และเมื่อเจาะจงถามว่า ***อาการหวัด ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล” มีสาเหตุจากอะไร*** ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มักมีความเข้าใจที่ผิดว่าเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย แต่มีเพียงบางรายมีความเข้าใจที่ถูกต้องว่าเกิดจากเชื้อไวรัส ขณะที่ถามว่า***รู้จักเชื้อแบคทีเรียหรือไม่*** ส่วนใหญ่ให้คำตอบว่าไม่รู้จัก และเมื่อสอบถามว่า ***เชื้อแบคทีเรียก่อให้เกิดโรคชนิดใด*** ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่าเป็นเชื้อโรคที่อยู่ในช่องปาก และเสื้อผ้า ปัสสาวะเป็นหนอง สามารถรักษาโดยการรับประทานยาฆ่าเชื้อหรือ ยาปฏิชีวนะ และคำตอบที่ผิด ได้แก่ เป็นสาเหตุของโรคหวัด โรคท้องร่วง อาหารเป็นพิษ ซึ่งแท้จริงแล้วเกิดจากเชื้อไวรัส และอาการคันซึ่งอาจเกิดจากเชื้อรา อาการแพ้ หรือจากโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น

2.2 ความรู้และนิยามเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ ยาฆ่าเชื้อ และยาแก้อักเสบ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่เคยได้ยิน และไม่เข้าใจว่าหมายถึงยาอะไร บางรายตอบว่ารู้จักแต่ยาฆ่าเชื้อที่ใช้รักษาโรคหวัด และแผลต่างๆ โดยส่วนใหญ่จะถามกลับว่าตัวเดียวกับยาแก้อักเสบใช่หรือไม่ ผู้ให้ข้อมูลบางรายเป็นผู้ที่ไม่เคย

รับประทานยาเลย จึงไม่รู้จักแม้กระทั่งชื่อยาซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในประชาชนแถบท้องถิ่น เช่น TC mycin, Amoxicillin และ Tetracycline เมื่อถามว่า ***ยาปฏิชีวนะคืออะไร ใช้รักษาโรคอะไร*** พบว่าส่วนใหญ่ไม่สามารถให้คำนิยามได้ถูกต้อง เช่น บางรายให้คำตอบว่าใช้รักษาอาการปวดหัว ปวดตามลำตัวและแขนขาบางรายคิดว่าใช้ฆ่าเชื้อไวรัส ส่วนบางรายคิดว่าใช้ตอนมีอาการเจ็บคอหรือถูกมีดบาด ขณะที่ ***นิยามของยาฆ่าเชื้อว่าใช้รักษาโรคอะไร*** พบว่าส่วนใหญ่มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับยาฆ่าเชื้อว่าใช้แก้อักเสบ หรือใช้ฆ่าเชื้อไวรัส และผู้ให้ข้อมูลบางราย รู้จักยาฆ่าเชื้อว่าใช้ฆ่าแบคทีเรียซึ่งมีความถูกต้อง แต่กลับใช้ยาในโรคที่เกิดจากไวรัส เช่น ไข้หวัด ท้องเสีย เป็นแผลซึ่งจัดเป็นการใช้ยาอย่างผิดวัตถุประสงค์ สำหรับ ***นิยามของคำว่ายาแก้อักเสบ*** มีผู้เข้าใจถูกบางส่วนว่าใช้รักษาอาการอักเสบบวมแดง ขณะที่บางส่วนเข้าใจผิดว่าใช้ฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ หรือใช้เมื่อเป็นแผลหรือเจ็บคอ

3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการซื้อยาและการใช้ยาของประชาชน

3.1 พฤติกรรมการซื้อยา

ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมชอบซื้อยาให้ผู้อื่น หรือมีพฤติกรรมการฝากซื้อยาโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีคนคอยดูแลมักฝากซื้อยาจากเพื่อนบ้าน ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายไปใช้สิทธิ์ของตนเพื่อรับยาจากสถานพยาบาลมาให้บุคคลในครอบครัวใช้ ในประเด็น***การตัดสินใจซื้อยาใช้เองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย โดยไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจากแพทย์ก่อนหรือการซื้อยาตามที่แพทย์เคยจ่ายไว้ในการเจ็บป่วยครั้งก่อน*** พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีทั้งกลุ่มที่นิยมซื้อยาใช้เองจากทั้งร้านขายของชำและมินิมาร์ท เพราะต้องการความสะดวก ไม่ประสงค์ที่จะไปโรงพยาบาล เป็นความเคยชินโดยไปร้านที่ซื้อขายกันเป็นประจำ ได้แก่ ยาชุด แก้ยอก ยาแก้แพ้ ยาแก้อักเสบ เพราะยาบางชนิดไม่มีในโรงพยาบาล หรือไม่สั่งจ่ายยาให้ สำหรับกลุ่มที่ไม่นิยมซื้อยาใช้เอง เพราะมี รพช. หรือรพ.สต.ให้บริการดูแลรักษา และ***การซื้อยาตามโฆษณาชวนเชื่อ*** พบจากบุคคลใกล้ชิดสั่งยาหรืออาหารเสริมตามที่โฆษณาทางโทรทัศน์ ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลหลายรายทราบว่าพฤติกรรมนี้อาจก่อให้เกิดอันตราย

3.2 พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ต่ออาการหวัด ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหลมีไข้ คอไม่เป็นหนอง ท้องร่วง และเป็นแผลไม่ลึก ดังนี้

3.2.1 เมื่อเป็นหวัดไอเจ็บคอน้ำมูกไหลมีไข้คอไม่เป็นหนองปฏิบัติอย่างไร

ผู้ให้ข้อมูลมีการปฏิบัติตนที่หลากหลาย โดยกลุ่มแรกใช้วิธีการดูแลตนเองที่บ้าน รับประทานยาฆ่าเชื้อซึ่งเป็นวิธีที่ผิด เนื่องจากอาการหวัดส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส ขณะที่ยาฆ่าเชื้อใช้สำหรับฆ่าเชื้อแบคทีเรีย โดยบางรายเรียกผิดว่ายาอักเสบ ขณะที่บางรายให้เหตุผลว่าจะได้หายเจ็บป่วยเร็ว และบางรายกล่าวว่าแม้ตนเองเป็นหวัดจากการติดเชื้อไวรัสก็ยังคงรับประทานยาฆ่าเชื้ออยู่ เนื่องจากรู้สึกว่าหายจากอาการป่วยได้ทันเวลา ทั้งที่จริงแล้วอาการเป็นหวัดแบบธรรมดา สามารถดีขึ้นภายใน 3-4 วัน แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทนความเจ็บป่วยได้ถึงวันที่ 3 จึงไปซื้อยามารักษาอาการในวันรุ่งขึ้น ซึ่งตรงกับวันที่อาการเริ่มดีขึ้น จึงเข้าใจว่ายาปฏิชีวนะสามารถรักษาอาการนี้ได้ ขณะที่หลายรายไม่รับประทานยาฆ่าเชื้อ แต่ใช้วิธีการพักผ่อนให้เพียงพอแล้วปล่อยให้อาการทุเลาลงเอง หรือดื่มน้ำอุ่นใส่เกลือและน้ำมะนาว หรือรับประทานยารักษาตามอาการ เช่น ยาลดไข้ ยาแก้แพ้ ยาลดน้ำมูกหรือยาแก้ไอ หรือใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจร รวมถึงการรักษาร่างกายให้อบอุ่น เป็นต้น

3.2.2. ท้องร่วงปฏิบัติอย่างไร

อาการท้องร่วงซึ่งเกิดจากการติดเชื้อไวรัส โดยกลุ่มแรกให้ข้อมูลว่าใช้วิธีการดูแลรักษาตนเองที่บ้าน เช่น รับประทานยาฆ่าเชื้อ ซึ่งเป็นวิธีที่ผิด ซึ่งยาฆ่าเชื้อจะรับประทานก็ต่อเมื่อมีอาการถ่ายเป็นมูกเลือดอันเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียเท่านั้น ขณะที่หลายรายรับประทานหยุดถ่ายซึ่งเป็นวิธีที่ผิด เนื่องจากอาจทำให้เชื้อโรคที่อยู่ในอุจจาระตกค้างอยู่ภายในร่างกาย และบางรายใช้

วิธีการดื่มนมชดเชย ซึ่งอาจเป็นการกระตุ้นให้มีอาการท้องร่วงเพิ่ม อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เช่น การไม่รับประทานยาฆ่าเชื้อหรือยาหยุดถ่าย ตลอดจนควรใช้วิธีการดื่มเกลือแร่แล้วนอนพัก หรือใช้อัลตราคาร์บอน หากไม่ดีขึ้นให้ไปโรงพยาบาล เป็นต้น

3.2.3 เป็นแผลไม่ลึก ไม่มีหนองปฏิบัติอย่างไร

ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งกลุ่มที่ปฏิบัติตนได้ถูกต้องแต่ผิดวิธี โดยการรับประทานยาฆ่าเชื้อ หรือไปพบแพทย์แล้วจ่ายยาฆ่าเชื้อหรือยาแก้อักเสบมาให้ หรือไปซื้อยาฆ่าเชื้อเพื่อมารับประทานเองเพราะจดจำจากที่แพทย์เคยจ่ายให้ บางรายไปรับการรักษาที่รพ.สต.ได้รับ Amoxicillin ทั้งที่จริงแล้วหากบาดแผลไม่ลึก ไม่สกปรก ก็ไม่มีความจำเป็นต้องรับประทานยาฆ่าเชื้อ ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ปฏิบัติตนได้ถูกต้องและได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี และในบางรายไปรับการรักษาที่ รพ.สต. โดยไม่ได้รับยาฆ่าเชื้อ แต่ได้รับยาแก้ปวดและทำแผล หากอาการไม่ดีขึ้นจะไปพบแพทย์ และจะรับประทานยาฆ่าเชื้อในกรณีที่แผลสกปรก แผลลึก หรือมีหนอง

4. ความคิดเห็นเกี่ยวกับช่องทางการเข้าถึงยาปฏิชีวนะของประชาชน

ผู้ให้ข้อมูลไปรับการรักษาในสถานที่ที่ตนพึงพอใจ หรือมีสิทธิการรักษาพยาบาล เช่น ไปศูนย์การแพทย์เพราะมีเครื่องมือที่ใช้ในการรักษาดี ไปโรงพยาบาลเอกชนเพราะมีประกันสังคม บางรายเลือกไปคลินิกแต่ไปเพียงบางครั้ง แต่ส่วนใหญ่นิยมไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดเนื่องจากมีเครื่องมือที่ใช้ในการรักษาดี ขณะที่ผู้ที่ต้องการความสะดวก มักนิยมไปรับการรักษาที่ รพ.สต. แต่บางรายซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเอง เพราะไม่ต้องการรอคิวในการตรวจและรักษาโรคที่โรงพยาบาล

5. ความคิดเห็นเกี่ยวกับช่องทางการรับข้อมูลในการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน

5.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงพื้นที่ไปให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในชุมชนหรือไม่

พบว่าส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก สำหรับเจ้าหน้าที่ลงไปเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง ตรวจช่องปาก หรือฉีดวัคซีน หากต้องการความรู้เรื่องยาต้องไปสอบถามที่ศูนย์สุขภาพหรือที่โรงพยาบาลเมื่อไปรับยาหรือตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งนี้ในชุมชนไม่พบเห็นการรณรงค์เกี่ยวกับการใช้ยา ในประเด็น ***การได้รับข้อมูลเรื่องสุขภาพและการใช้ยาจากที่ใด*** พบว่าบางรายแสดงความคิดเห็นว่าประชาชนไม่ได้ไปที่โรงพยาบาลจึงขาดความรู้ไปโดยปริยาย แต่ส่วนใหญ่จะรับข้อมูลจากบุคคลที่ตนเองไปติดต่อเกี่ยวกับการรักษาและการตรวจโรค และ ***การศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องการใช้ยา*** พบว่ามีการสอบถามจากแพทย์โดยตรง การค้นหาทางอินเตอร์เน็ตผ่าน Google หรืออ่านจากบทความในหนังสือ และวารสารต่างๆ ส่วนในกลุ่มที่ไม่ได้ศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติม เนื่องจากคิดว่าตนเองมีความรู้เพียงพอแล้ว ไม่มีความสนใจ ไม่มีความถนัด และเป็นการเสียเวลา ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางราย พบว่าแพทย์หรือเภสัชกรไม่ได้อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา ขณะที่บางรายไม่กล้าซักถามเพราะเกรงว่าเป็นการรบกวน หรือไม่เคยซักถามเพราะไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องไปรับยาที่สถานพยาบาล ขณะที่หลายรายพบว่าแพทย์หรือเภสัชกรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา และส่วนใหญ่ไม่เชื่อข้อมูลที่ได้จากญาติและโฆษณาทางโทรทัศน์ ขณะที่บางรายเชื่อการบอกต่อและโฆษณาที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อของประชาชนในยุคปัจจุบัน

5.2 การประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ให้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นหรือเปลี่ยนความเชื่อในการใช้ยาที่ผิด ควรเป็นหน้าที่ของใคร และควรปฏิบัติอย่างไรหรือใช้สื่อประเภทใด

ผู้ให้ข้อมูลหลายราย มีความคิดเห็นว่า ควรเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่หน่วยงานราชการ เช่น แพทย์หรือเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. มาให้ความรู้

แนะนำเรื่องการใช้ยา และได้เสนอ ***วิธีการปฏิบัติการให้ความรู้ในรูปแบบต่างๆ*** เช่น การเยี่ยมบ้านหรือให้ความรู้ที่โรงเรียนผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้ผู้ใหญ่บ้านมากระจายความรู้ ควรปฏิบัติเป็นประจำเพื่อเป็นการกระตุ้นและป้องกันการลืม เป็นต้น ทั้งนี้ สื่อที่ถูกนำเสนอมากที่สุด คือ โฆษณาหรือรายการทางโทรทัศน์ที่จัดขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการให้แพทย์หรือเภสัชกรจากกระทรวงสาธารณสุขมาให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับยาในรายการโทรทัศน์ เป็นช่องทางที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาของประชาชนในสังคมปัจจุบันและมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด และควรใช้ถ้อยคำง่ายๆ ในการสื่อสาร อีกช่องทางหนึ่งในการประชาสัมพันธ์ทางวิทยุซึ่งจัดขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุขเช่นกัน ดีกว่าการโฆษณาหรือลงบทความในหนังสือพิมพ์ เพราะมีผู้อ่านจำนวนน้อย เป็นต้น

สรุปและอภิปรายผล

ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถจำแนกยาฆ่าเชื้อออกจากยาแก้อักเสบได้ เนื่องจากความไม่รู้และความเคยชินในการเรียกติดปากตามๆ กันมา รวมถึงการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลที่พบเห็นได้เป็นประจำในประชาชน คือ การใช้ยาโดยไม่จำเป็น ซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยา มากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ เช่น การใช้ยาไม่ตรงกับโรคที่ต้องการรักษา[11] โดยเฉพาะการใช้ยาปฏิชีวนะกับโรคเกิดจากการติดเชื้อไวรัส[12] คือ โรคหวัด ท้องร่วง หรือบาดแผลสด ซึ่งทำให้ยาปฏิชีวนะที่เคยรักษาโรคได้ผลแต่กลับไม่ได้ผลในเวลาต่อมา ต้องใช้ยากลุ่มใหม่ที่มีฤทธิ์แรงและราคาแพงกว่าเดิมมารักษา และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการดื้อยามากยิ่งขึ้น อีกทั้งการใช้ยาไม่ครบตามปริมาณที่กำหนด คือเมื่อมีอาการแล้วจึงรับประทานแต่เมื่อหายจากอาการแล้วก็หยุดรับประทานไปกลางคัน[13] บางครั้งมีเหตุผลว่าการใช้ยาเป็นเวลานานจะส่งผลต่อการทำงานของตับและไต[14] ทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของระดับประเทศ[2] รวมถึงการเสียชีวิต โดยเมื่อคิดต้นทุนที่เกิดจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการติดเชื้อดื้อยาที่ยังไม่นับรวมความสูญเสียจากการติดเชื้อ และการกระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในชุมชน พบว่ามีมูลค่าถึง 40,000 ล้านบาทต่อปี[15]

ส่วนพฤติกรรมการตัดสินใจซื้อยาใช้เองจากร้านขายของชำและร้านค้าปลีก โดยที่ไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์ (Self-medication)[16] ยังคงเกิดขึ้นอยู่กับประชาชนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทสัมพันธ์กับลักษณะสังคมและวัฒนธรรมในท้องถิ่นนั้น[17] จึงเน้นไปที่ความสะดวก ไม่ประสงค์จะเดินทางไกลเพื่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล และรีบไปประกอบอาชีพ[13] ซึ่งนำไปสู่การใช้ยาที่ผิดและเกิดความเสี่ยงในการรับยาที่ตนเองมีอาการแพ้ได้ จนเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้[18,19] รวมถึงการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับสุขภาพได้สะดวกขึ้น ทั้งทางสื่อโทรทัศน์ โซเชียลมีเดีย การขายออนไลน์ และสถานีวิทยุชุมชนในแถบท้องถิ่น เป็นต้น โดยเข้าใจว่าสามารถเชื่อถือได้จึงถูกชักจูงได้ง่าย[19] ซึ่งงบประมาณที่ใช้ในการโฆษณายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเหล่านี้ในประเทศไทย ลงทุนสูงถึง 2,000-3,000 ล้านบาทต่อปี[20] นอกจากนี้ประชาชนในชนบทยังนิยมใช้ยาชุดสำหรับรักษาอาการหวัด การปวดหรือแก้อาการอักเสบ เนื่องจากคิดว่าเมื่อใช้แล้วอาการป่วยจะหายได้เร็ว และไม่ต้องการเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล[21]

สำหรับช่องทางที่ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่เข้าถึงยาปฏิชีวนะ มาจากการที่แพทย์จ่ายยาทั้งในกรณีที่ติดเชื้อไวรัส และแบคทีเรีย รวมถึงร้านขายยา ซึ่งจัดเป็นตัวเลือกแรกในยามที่ประชาชนเจ็บป่วย ยังคงจำหน่ายยาเหล่านี้อยู่อย่างเสรี และสื่อโฆษณาชวนเชื่อที่คอยชักชวนให้ซื้อยาและผลิตภัณฑ์อาหารเสริม[1] นำไปสู่การใช้ยาอย่างผิดวัตถุประสงค์ และการใช้ยาไม่ตรงกับโรคที่เป็น ผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลเรื่องสุขภาพ และกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ซึ่งต้องทำงานหาเช้ากินค่ำมาเลี้ยงตนเอง

และครอบครัว จึงเป็นอีกสองกลุ่มเสี่ยงนี้มีการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม[19] สิ่งสำคัญประชาชนควรตระหนักว่าปัญหาเหล่านี้เป็นเรื่องใกล้ตัว จึงควรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล และสามารถควบคุมตนเองใช้ยาอย่างเหมาะสม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน[1,19,22]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำประเด็น/ ปัจจัยสำคัญ มากำหนดองค์ประกอบในการจัดทำแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน

2. ควรมีแนวทางในการดำเนินงาน จากการกำหนดนโยบายที่สามารถส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชนได้ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริง และมีความสอดคล้องกับลักษณะของประชากร และบริบทของชุมชน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาคู่มือการส่งเสริมความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคประชาชน เพื่อสร้างศักยภาพของประชาชน และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผศ.นพ.พิสนธิ์ จงตระกูล ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ซึ่งเป็นต้นแบบของการดำเนินงานและการรณรงค์เรื่องการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมายาวนาน ตลอดจนบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายกทุกระดับ และประชาชนที่เข้าร่วมงานวิจัย คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. Sirisinsuk Y.(2015). Rational drug use. Thai drug watch Newsletter 2015;7(28):1-26.
2. Kiatying-Angsulee N.(2016). Antibiotic awareness week. Thai drug watch Newsletter 2016;8(32):1-30.
3. O' Neill J (Chaired).(2014). Review on Antimicrobial Resistance: Tackling a Crisis for the Health and Wealth of Nations. Supported by the Welcome Trust and the UK Government.
4. United Nations meeting on antimicrobial resistance.(2016). Bull World Health Organ 2016;94:638–639. [doi: 10.2471/BLT.16.020916]
5. World Health Organization.(2015). Global Action Plan on Antimicrobial Resistance World Health Organization 2015 [internet]. [Cited 18 Dec 2019]. Available from: http://www.wpro.who.int/entity/drug_resistance/resources/global_action_ plan_eng.pdf.
6. World Health Organization.(2016). Evaluation of antibiotic awareness campaigns. Report 2016[Internet]. Geneva: Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines Policy, Access and Use (PAU); 2016. [Cited 23 Dec 2019]. Available from: http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/21/applications/s6_antibiotic_awareness_campaigns.pdf.
7. The national strategic plan on antimicrobial resistance 2017-2021 Thailand. Report 2016 [Internet]. [Cited 25 Dec 2019]. Available from: http://narst.dmsc.moph.go.th/documentation/AMR%20strategy%202560-2564.pdf
8. Booddawong B, Kiatying-Angsulee N, Wanleepong K, Boonmanus L, . Kadsomboon O, Dokbua J, et al.(2016). Sources and distribution of unlawful medicines in 8 provinces of Thailand: to inform the public policy change. IJPS 2016;11(Supplement):260-268.

9. Jayasvasti I, Urwannachotima N, Teekasap P.(2019). System Dynamics Analysis of Factors affect Rational Antibiotic Use Behavior in Public Sector Provincial Level Model: A case study of Nakhon Nayok Province. Research report. Nonthaburi, Thailand: Health System Research Institute. (in Thai)
10. World Health Organization.(2002). Promoting rational use of medicines: core components.WHO Policy and Perspectives on Medicine. WHO/EDM/2002.3. Geneva: World Health Organization; 2002
11. Goossens H, Ferech M, Vander SR, Elseviers M.(2005). Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. Lancet 2005;365:579–87.
12. Cadieux G, Tamblyn R, Dauphinee D, Libman M.(2007). Predictors of inappropriate antibiotic prescribing among primary care physicians. CMAJ 2007;177(8):877-83.
13. Tansatian P.(2009). Characteristics of Thai's drug use. Journal of hematology and transfusion medicine 2009;19(4):309-316.
14. Prasertsuk S. Wattananamkul V.(2011). Drug Use in Social and Cultural Dimension of Urban Community. IJPS 2011;7(1):52-61.
15. Kidpun P, Sitthiworanan C.(2018). Antimicrobial resistance crisis to rational drug use. FDA Journal 2018;25(2):11-14.
16. Boonrat M.(2014). Behavior of buying drug stores of people in Songkhla province. Phuket Rajabhat University Academic Journal 2014;10(1):22-46.
17. ChuengsatiansupK, Sri-NgernyuangL, and Paonil W.(2007). Medicine andCommunity Social and Cultural Dinention. Nonthaburi: Society and health institute.
18. Chaipichit N, Jarernsiripornkul N, and Chumworathayi P.(2009). Knowledge, Understanding of Drug Allergy and Drug Allergy Card Carrying Behavior of Drug Allergic Patients in Srinagarind Hospital. Srinagarind Medical Journal 2009;24(3):224-230.
19. Suwannaprom P, Chowwanapoonpohn H, Suttajit S, Awiphan R, Wientong P, Rueanpang T.(2012). Mechanism and factors toward rational use of drugs in people sector. Research report. Nonthaburi, Thailand: Health System Research Institute. (in Thai).
20. Lomas K, Chanthapasa K.(2012). The situation of radio advertisement of drug and food claimed as drug in Phraibueng Municipality, Sisaket Province. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences 2012;8(1).
21. Chuengsatiansup k, Sringernyuang L, Paonil w.(2007). Social and cultural dimension of community drug use. Health System Research Institute.
22. Safety for All from Unlawful Medicine, Monitoring and Management.Drug System Monitoring and Development Program (DMD). Thaidrugwatch 2013; 5(17): 3-26.

การพัฒนาต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชนและชุมชน

The Development of a Prototype Model for Drug Prevention and Problem Solving among Youths and Community.

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 3,2025)

ลัดดา ขอบทอง[1] สุกุมา แสงเดือนฉาย[1] มะลิ แสวงผล[1] ศศิภรณ์ วิงวอน[1] สรารัตน์ ปิดนุ้ย[1]
Ladda Khobthong[1]Sukuma Saengduanchai [1] Mali Sawangpon[1] Sasiporn Wingworn[1] Sararat Pidnui[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาต้นแบบในการป้องกัน และแก้ไข ปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชน และ 2) ศึกษาผลการดำเนินการตามต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชนอย่างต่อเนื่องในสถานศึกษา ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยเยาวชน 50 คน ครู 30 คน และครอบครัว 30 คนดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน 2566 - ตุลาคม 2568 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด แบบสอบถามทักษะในการป้องกันยาเสพติด แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันยาและสารเสพติด แบบสอบถามสัมพันธภาพภายในครอบครัว และแบบสอบถามความพึงพอใจของครู วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบก่อนหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติpaired t-test

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาต้นแบบหรือชุดโปรแกรมในการป้องกัน และแก้ไข ปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชน ทั้ง 3 กลุ่ม วิเคราะห์ค่าคะแนนความรู้ ความตั้งใจ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกัน ยาเสพติดของเยาวชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งในส่วน ของเยาวชน ครอบครัว และครู โดยกลุ่มครูมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : พัฒนาต้นแบบ , ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด , เยาวชน

Abstract

This research and development project aimed to: 1) Develop a prototype model for preventing and solving drug problems among youth, and 2) Examine the outcomes of implementing the model for continuous drug prevention and problem-solving among youth in educational institutions within Bangkok and its vicinity. The sample group consisted of 50 youths, 30 teachers and 30 families. The study was conducted between April 2023 and October 2025. The research instruments included: program for drug prevention and intervention ,a drug knowledge test, a questionnaire on drug prevention skills, a questionnaire on the intention to prevent relapse, a questionnaire on drug- and substance-prevention behaviors, a family relationship questionnaire, and a teacher satisfaction survey. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test to compare pre- and post-intervention results.

The findings revealed that the development of the prototype or program for drug prevention and intervention among youth in all three groups resulted in statistically significant improvements ($p < .01$) in knowledge, skills, intention, and preventive behaviors after program participation — among youth, families, and teachers alike. Teachers expressed the highest level of satisfaction with the program.

Keywords : Model Development , Drug Prevention and Solution, Youths

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงต่อมวลมนุษยชาติทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติบ้านเมือง จากรายงานปัญหายาเสพติดโลกของ UNODC[1] พบว่า ในปีที่ผ่านมามีประชากรโลกกว่า 275 ล้านคน ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ซึ่งมีแนวโน้มสูงกว่าปี ค.ศ. 2010 ถึงร้อยละ 22 และมีผู้เสียชีวิตจากสารเสพติดปีที่ผ่านมากว่า 500,000

[1] พยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คน การแก้ไขปัญหานี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากพหุภาคี สิ่งที่ช่วยให้ปัญหานี้ลดความรุนแรงลงคือ การช่วยให้ผู้เสพสารเสพติดสามารถลดหรือเลิกใช้สารเสพติดได้[2]

การใช้สารเสพติดมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและนับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนอายุ 12 – 17 ปี ซึ่งมีแนวโน้มการใช้ยาและสารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านต่าง ๆ เช่น กระบวนการพัฒนาของสมอง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตประสาทอย่างถาวรในอนาคต ส่งผลถึงการเรียน การเจริญเติบโต และเกิดการชักชวนเยาวชนอื่นๆ ให้มาข้องเกี่ยวกับยาเสพติด ทำให้ปัญหายาเสพติดเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น กลุ่มที่สำคัญคือกลุ่มเยาวชน ซึ่งองค์ประกอบสำคัญของการแก้ปัญหาคือครอบครัวและโรงเรียน ดังนั้นครูจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเยาวชนทั้งเรื่องการให้ข้อมูลความรู้เจตคติต่อการยอมรับและให้โอกาสต่อความแตกต่างของเยาวชนแต่ละคนที่อาจผิดพลาดไปใช้ยาเสพติด ครูต้องสามารถสังเกต เฝ้าระวัง คัดกรองเยาวชนกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มเริ่มเสพได้อย่างถูกต้อง และสามารถรีบให้การช่วยเหลือเยาวชนที่มีปัญหายาเสพติดในระยะต้น ๆ ได้ เพื่อช่วยให้เยาวชนที่เริ่มติดยาเสพติดเกิดแรงจูงใจ เห็นโทษภัยของยาเสพติด และสามารถลดละเลิกยาเสพติด สามารถเรียนหนังสือได้ตามปกติต่อไปได้ และการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการร่วมใช้ทรัพยากรในชุมชน กับองค์ความรู้ทางสาธารณสุขมาดูแลจัดการแก้ไขปัญหาจากยาเสพติดตามบริบทของพื้นที่ จากข้อมูลสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 4,140, 6,106 และ 7,139 ตามลำดับ เป็นกลุ่มเยาวชน ร้อยละ 8.53, 9.09 และ 9.18 ตามลำดับ[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการเสพสารเสพติดของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายจังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าทักษะชีวิตทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ การตระหนักรู้ การปฏิเสธ การตัดสินใจ และแก้ไขปัญหา การจัดการอารมณ์และความเครียด ความภาคภูมิใจ ความคิดสร้างสรรค์ และความรับผิดชอบดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[4] และจากการศึกษาการพัฒนาต้นแบบความรู้ในการป้องกันการใช้สารเสพติด ในเยาวชนกลุ่มเสี่ยง พบว่า ต้นแบบความรู้ในการป้องกันการใช้สารเสพติดที่เหมาะสมกับเยาวชนกลุ่มเสี่ยง และบริบทของการเรียนการสอนระดับมัธยมต้นในสถานศึกษา ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย โปรแกรม การสอน 4 คาบ สัปดาห์ละ1 คาบ แต่ละคาบใช้เวลา 40 นาที – 1 ชั่วโมง มีเนื้อหา ประกอบด้วย 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด ชนิด ประเภทและผลของยาเสพติดต่อร่างกาย 2) ทักษะด้านการสร้างความตระหนักรู้เห็นคุณค่าในตัวเองและผู้อื่น 3) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ และ 4) ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ซึ่งต้นแบบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการ และความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งความต้องการของเยาวชน อันจะส่งผลในการดำเนินงานป้องกันยาเสพติดที่มีประสิทธิผล[5]

ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินโครงการวิจัยพัฒนาต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของเยาวชนและชุมชนขึ้นการป้องกันปัญหายาเสพติดในกลุ่มเยาวชนจึงต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัว โรงเรียนและชุมชน ในการสังเกต เฝ้าระวัง และให้การช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำและส่งเสริมให้เยาวชนสามารถกลับมาใช้ชีวิตใน สังคมได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาต้นแบบในการป้องกัน และแก้ไข ปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชน

2. เพื่อศึกษาผลการดำเนินการตามต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชนอย่างต่อเนื่อง

วิธีการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบ่งเป็น 2ระยะ คือ ระยะที่1 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่1 ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการ ขั้นตอนที่2 พัฒนารูปแบบฯระยะที่2 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่3 นำร่างโปรแกรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชนและชุมชนครู และครอบครัว ที่ได้จากการพัฒนา ไปทดลองใช้ในกลุ่มเยาวชน ครู และครอบครัว กลุ่มเป้าหมายละ 5-10 รายสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบฯแก้ไขร่าง หลังการทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย จนได้รูปแบบสมบูรณ์ ขั้นตอนที่5นำรูปแบบที่พัฒนาไปขยายผลในกลุ่มเยาวชน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน50คนวัดผลก่อนหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้รูปแบบฯอย่างต่อเนื่อง เริ่ม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน เมษายน 2566 - ตุลาคม 2568 โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 เริ่มดำเนินการระหว่างเดือน เมษายน 2566 – เมษายน 2567

ขั้นตอนที่1.ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการ โดยวิเคราะห์สถานการณ์การใช้สารเสพติดของเยาวชนในโรงเรียนมัธยมศึกษา 2 โรงเรียน ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเยาวชนระดับมัธยมศึกษา 2 โรงเรียน วิธีการ โดยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของเยาวชน และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของโรงเรียนร่วมกับการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดกับครูในสถานศึกษาจำนวน 18คนจาก10โรงเรียนเพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่2. พัฒนารูปแบบโดยสังเคราะห์งานวิจัยที่มุ่งเน้นการสร้างต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชนตามแนวทางการสืบค้นกำหนดคำสำคัญใช้ในการสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) และทบทวนข้อมูล องค์ความรู้ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นช่วงการพัฒนา ข้อเสนอแนะ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชน ครู และครอบครัว

ระยะที่ 2 เริ่มดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – ตุลาคม 2568

ขั้นตอนที่3 นำร่างโปรแกรมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ที่ได้จากการพัฒนา ไปทดลองใช้ในกลุ่มเยาวชน ครู และครอบครัว กลุ่มเป้าหมายละ 5-10 รายสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

ขั้นตอนที่4ปรับปรุงรูปแบบฯแก้ไขร่าง หลังการทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย จนได้รูปแบบสมบูรณ์

ขั้นตอนที่5นำรูปแบบที่พัฒนาไปขยายผลในกลุ่มเยาวชน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน50คน ครูจำนวน 30 คน และครอบครัวจำนวน 30 คนและประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ติดตาม1เดือนและ3เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เยาวชนกลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับยาและสารเสพติดทั้งที่ถูกกฎหมาย และผิดกฎหมายของโรงเรียน ครู ที่ปฏิบัติงานในสถานศึกษา ครอบครัวของเยาวชนกลุ่มเสี่ยง ในช่วงเดือนที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่1 เยาวชน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง: งานวิจัยนี้ออกแบบเป็นการวัดซ้ำแบบก่อน – หลังในกลุ่มเดียว (paired design) และคำนวณด้วย GPower 3.1.9.4 สำหรับสถิติ paired t-test แบบสองฝ่าย กำหนด α=.05, อำนาจการทดสอบ .80 และกำหนดขนาดอำนาจผล (dz) = 0.45 โดยอ้างอิงจากผลลัพธ์ของโปรแกรมทักษะชีวิต/รูปแบบป้องกันในบริบทโรงเรียนไทยที่รายงานผลระดับปานกลาง[4,5] ได้จำนวนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 44 คน และ

เพื่อป้องกันอัตราสูญเสียข้อมูลจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเยาวชนเป็น 50 คน

กลุ่มที่2 ครู จำนวน 30 คน

กลุ่มที่3 ครอบครัว จำนวน 30คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัย

ชุดที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

1) แบบวัดความรู้ เกี่ยวกับยาเสพติด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปรนัย

2) แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ เป็นแบบประเมินความตั้งใจหรือเจตนาของผู้ป่วยในการพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ยาและสารเสพติดในสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยสุราของสุกุมา แสงเดือนฉาย[6] โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับเหตุการณ์หรือบริบทของเยาวชน โดยข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ

3) แบบสอบถามทักษะในการป้องกันการใช้ยาและสารเสพติด เป็นแบบประเมินทักษะของผู้ป่วยในการพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ยาและสารเสพติดในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบวัดทักษะในการป้องกันการใช้ยาและสารเสพติด[4] โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับเหตุการณ์หรือบริบทของเยาวชน โดยข้อคำถามมีจำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ

4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันยาและสารเสพติด เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันยาและสารเสพติด ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันยาและสารเสพติด ของกษิติ เปลี่ยนสกุลพล และคณะ[7] โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับเหตุการณ์หรือบริบทของเยาวชน โดยข้อคำถามมีจำนวน 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ

5) แบบบันทึกการใช้สารเสพติด (Time Line Follow Back) เป็นแบบบันทึกรายงานตนเองเพื่อประเมินการใช้สารเสพติด (Time Line Follow Back) ตามแนวทางของSobell & Sobell [8] ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบบันทึกการดื่มสุรา ของ สุกุมา แสงเดือนฉาย โดยแบบบันทึกมีลักษณะเป็นตารางปฏิทินประจำวันให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมตนเองในแต่ละวัน โดยเขียนรายงานถึงเหตุการณ์ และการใช้สารเสพติดในช่องตารางแต่ละวันว่า 1) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2) สารเสพติดที่ใช้ และ 3) ปริมาณการใช้ ซึ่งแบบบันทึกนี้ผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งโดยสอบถาม และพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติถึงเหตุการณ์ วัน เวลา สถานที่ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด สำหรับแบบบันทึกนี้จะได้ข้อมูลวันที่หยุดใช้สารเสพติดซึ่งสามารถนำไปคำนวณร้อยละของวันที่หยุดใช้สารเสพติด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรง (validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามในกลุ่มเยาวชน ได้แก่ แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด แบบสอบถามทักษะในการป้องกันการใช้ยาและสารเสพติด และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด = 0.94, 0.91, 0.89 และ 0.82 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ความตั้งใจในการป้องกันการใช้ยาเสพติด ทักษะในการป้องกันยาเสพติด พฤติกรรมในการป้องกันยาและสารเสพติด แบบบันทึกการใช้สารเสพติด (Time Line Follow Back) ด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด, ทักษะในการป้องกันการใช้ยาและสารเสพติด, ความตั้งใจในการป้องกันการใช้ยาเสพติดซ้ำ และพฤติกรรมในการป้องกันยาและสารเสพติด

เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยสถิติ paired t - test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และได้รับการอนุมัติหนังสือรับรองจริยธรรมในมนุษย์ (เอกสารใบรับรองที่ 015/2566และ 002/2568)

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การใช้สารเสพติดในสถานศึกษาในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี โดยการลงพื้นที่เพื่อศึกษาปัญหายาเสพติดของเยาวชนในสถานศึกษา เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนแนวทางการช่วยเหลือเยาวชนให้เหมาะสม ปี 2566-2567 ได้ลงพื้นที่ดำเนินการช่วงเดือนพฤษภาคม 2566 เป็นเวลา 1สัปดาห์ จากวิเคราะห์แบบสอบถามภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของเยาวชน ในโรงเรียนจังหวัดปทุมธานี ทั้งหมด 866 คน พบว่า เยาวชนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 81คน อยู่ในระดับเสี่ยงต่ำมาก จำนวน 64 คน ระดับเสี่ยงต่ำ จำนวน 8 คน ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 5 คน ระดับเสี่ยงสูง จำนวน 2 คน และระดับเสี่ยงสูงมาก จำนวน 2 คน และเยาวชนดื่มแอลกอฮอล์ 111 คน โดยส่วนใหญ่ดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ จำนวน 98 คน ดื่มในระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.71 จากแบบคัดกรองแยกตามประเภทสารเสพติด ใช้กัญชาจำนวน 28 คน ใช้กระท่อมจำนวน 10 คน ใช้ทั้งกระท่อมและกัญชาจำนวน 2 คน และใช้สารเสพติดอื่น ๆ จำนวน 4 คน

ปี 2567 ลงพื้นที่ดำเนินการช่วงเดือนพฤษภาคม 2567 เป็นเวลา 1สัปดาห์ จากวิเคราะห์แบบสอบถาม ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของเยาวชน ในโรงเรียนจังหวัดปทุมธานี ทั้งหมด 1,215 คน พบว่า เยาวชนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 172 คน อยู่ในระดับเสี่ยงต่ำมาก จำนวน 133 คน ระดับเสี่ยงต่ำ จำนวน 18 คน ระดับเสี่ยงปานกลางจำนวน 9 คน ระดับเสี่ยงสูง จำนวน 7 คน และระดับเสี่ยงสูงมาก จำนวน 5 คน และเยาวชนดื่มแอลกอฮอล์ 117 คน โดยส่วนใหญ่ดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ จำนวน 96 คน ดื่มในระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 21 คน จากแบบคัดกรองแยกตามประเภทสารเสพติด ใช้กัญชาจำนวน 8 คน ใช้กระท่อมจำนวน 18 คน Benzhexol (5 mg) จำนวน 5 คน

จากการวิเคราะห์ถึงสาเหตุจากการใช้สารเสพติดมาจากการอยากรู้อยากลอง ร้อยละ80 และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนแนวทางการช่วยเหลือเยาวชนให้เหมาะสม และพัฒนารูปแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชน โดยทบทวนข้อมูล องค์ความรู้ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นช่วงการพัฒนา ข้อเสนอแนะ และสังเคราะห์งานวิจัยที่มุ่งเน้นการสร้างต้นแบบ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชน มาพัฒนาจนให้เกิดรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดขึ้น

ขั้นตอนที่2 พัฒนารูปแบบฯโดยสังเคราะห์องค์ความรู้จากการสังเคราะห์งานวิจัย ที่มุ่งเน้นการสร้างต้นแบบ ในการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชนตามแนวทางการสืบค้นกำหนดคำสำคัญใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework)จำนวน 29 เรื่อง (งานวิจัยในประเทศ 10 เรื่อง และต่างประเทศจำนวน 19 เรื่อง) และนำงานวิจัยที่ได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสกัดเนื้อหาลงตาราง แล้วนำข้อความในตารางมาพิจารณาสรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมด นำโปรแกรมการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาสำหรับเยาวชนและชุมชน ร่วมกับองค์ประกอบการเพิ่มทักษะการป้องกันการเสพติดซ้ำในเยาวชน และประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษา 4 โปรแกรม ในการเพิ่มทักษะการป้องกันการเสพติดซ้ำในกลุ่มเยาวชนเพื่อนำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม 2. โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ 3. โปรแกรม การรับรู้ความสามารถตนเอง 4. โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำมาพัฒนาเป็นชุดโปรแกรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชน เพื่อเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการเสพติดซ้ำ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด สมองติดยา การเสริมสร้างแรงจูงใจ coping skill การให้การปรึกษารายบุคคล จัดทำเป็นกิจกรรม 10 กิจกรรม โดยจัดทำเป็นตารางกิจกรรม ครั้งละ 90นาที สัปดาห์ละ 1 วัน, กลุ่มครู โปรแกรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับครู ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาเบื้องต้น, การเสริมสร้างแรงจูงใจ,ทักษะการบำบัด ความคิด พฤติกรรมเบื้องต้นสำหรับครู ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำนวน 18 ชั่วโมง ,กลุ่มครอบครัว โปรแกรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับครอบครัว ประกอบด้วย การทำหน้าที่ครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัว (Family education) บทบาทหน้าที่ครอบครัวในการดูแล ให้การช่วยเหลือ (Family family functional) ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำนวน 12ชั่วโมง โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดทั้งด้านความเหมาะสมและความสอดคล้องของรูปแบบ หลังจากผู้เชี่ยวชาญประเมินรูปแบบฯ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 2

ขั้นตอนที่ 3 การนำร่างโปรแกรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ไปทดลองใช้ใน 1.กลุ่มเยาวชน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 10 ราย ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนความรู้ ทักษะ ความตั้งใจ และพฤติกรรมในการป้องกันยาเสพติดของเยาวชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.กลุ่มครู สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในสถานศึกษา จำนวน 10 ราย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการได้รับความรู้ ครูสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มเยาวชน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.กลุ่มครอบครัว สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 10 ราย ผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว หลังการใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ขั้นตอนที่4 ปรับปรุงรูปแบบฯแก้ไขร่าง หลังการทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย จนได้รูปแบบสมบูรณ์

ขั้นตอนที่5 กระบวนการนำรูปแบบที่พัฒนาไปขยายผลในกลุ่มเยาวชน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน50คน ครูจำนวน 30 คน และครอบครัว จำนวน 30 คน และประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องติดตาม 1 เดือนและ 3 เดือน

1. กลุ่มเยาวชน โดยนำโปรแกรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชน เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด สมองติดยา การเสริมสร้างแรงจูงใจ coping skill การให้การปรึกษารายบุคคล จัดทำเป็นกิจกรรม 10 กิจกรรม โดยจัดทำเป็นตารางกิจกรรม ครั้งละ 90นาที สัปดาห์ละ 1 วัน จัดทำเป็นกิจกรรมประกอบด้วย 10 กิจกรรม โดยจัดทำเป็นตารางกิจกรรม ครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 วัน, ทดลองใช้ในเยาวชนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 50 คน พบว่า

ข้อมูลส่วนบุคคล เยาวชนที่ได้รับการประเมินทั้งหมด จำนวน 50 คน เป็นเพศชาย จำนวน 29 คน และเพศหญิง 21 คน คิดเป็นร้อยละ 58 และร้อยละ 42 แบ่งเป็นช่วงอายุ 12, 13, 14, 15,16 ,17 และ18 ปี จำนวน 2,4,13,20,5 , 5 และ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4, 8, 26, 40 ,10 ,10 และ 2 ตามลำดับค่าใช้จ่ายในการมาโรงเรียนต่อวัน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-100 บาท จำนวน 25 คน คิดเป็น ร้อยละ 50 ส่วนการประเมินดัชนีมวลกายส่วนใหญ่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 18.5) จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 54 และประเมินสุขภาพส่วนใหญ่แข็งแรงดี จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 78 มีภาวะสุขภาพเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น หอบ ภูมิแพ้ แพ้อากาศ ปวดศีรษะ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 22

พฤติกรรมของเยาวชน เยาวชนส่วนใหญ่ สูบบุหรี่ จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 92 ดื่มสุรา จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ใช้สารเสพติดกัญชา จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 44 กระท่อม จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 38 ยาบ้า จำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 8 อื่น ๆ ได้แก่ ยาทรามอล ยาแก้ไอ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 38 เยาวชนมีความเครียด จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 52 สาเหตุความเครียดส่วนใหญ่ เกิดจากครอบครัว จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาเป็นเรื่องการเรียน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 22

ข้อมูลครอบครัวของเยาวชน เยาวชนที่ได้รับการประเมินทั้งหมด จำนวน 50 คน ส่วนใหญ่ผู้ปกครองเป็นมารดา จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 52 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 32 ระดับการศึกษาของผู้ปกครองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 38 ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ 10,001 - 20,000 บาท จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 22 ฐานะทางครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 58 ความสัมพันธ์ของบิดามารดาในปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีพี่น้องร่วมบิดามารดารวม 2 คน จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 32 ลักษณะที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านตัวเองจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ความขัดแย้งในครอบครัวส่วนใหญ่มีทะเลาะกันเป็นบางครั้งจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 62 บุคคลที่ใกล้ชิดและสนิทที่สุดส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 30 บุคคลในครอบครัว

ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดจำนวน (บุหรี่และสุรา) 35 คน คิดเป็นร้อยละ 70 สารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่คือ บุหรี่ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 28 และสุรา จำนวน 21 คิดเป็นร้อยละ 42 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาและเชิงอนุมานของตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชน โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม **ดังตารางที่ 1-4**

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยใช้สถิติ t- test (n=50)

ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด	n	$\bar{x}$	SD	t	P value
ก่อนการใช้รูปแบบ	50	5.80	1.68	13.498	.000
หลังการใช้รูปแบบ	50	9.52.	.74		

ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 (p < .000)

ผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนหลังทดลอง ($\bar{x}$ = 9.52, SD = 0.74) สูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{x}$ = 5.80, SD = 1.68) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 13.498, p < .01) แสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนได้อย่างชัดเจน

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยใช้สถิติ t- test (n=50)

ค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด	n	$\bar{x}$	SD	t	P value
ก่อนการใช้รูปแบบ	50	67.14	11.61	4.857	.000
หลังการใช้รูปแบบ	50	76.16	13.44		

ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 (p < .000)

ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดภายหลังการใช้รูปแบบ ($\bar{x}$ = 76.16, SD = 13.44) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($\bar{x}$ = 67.14, SD = 11.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 4.857, p < .01) สะท้อนว่าเยาวชนมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงและป้องกันตนเองจากยาเสพติดดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนทักษะในการป้องกันการใช้ยาและสารเสพติด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยใช้สถิติ t-test (n=50)

ค่าคะแนนทักษะในการป้องกันการใช้ยาและสารเสพติด	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P value
ก่อนการใช้รูปแบบ	50	25.92	5.22	4.253	.000
หลังการใช้รูปแบบ	50	29.24	5.42		

ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 (p < .000)

ผลการวิเคราะห์คะแนนทักษะในการป้องกันการใช้ยาและสารเสพติดหลังการใช้รูปแบบ ($\bar{x}$ = 29.24, SD = 5.42) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{x}$ = 25.92, SD = 5.22) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 4.253, p < .01) แสดงให้เห็นว่าเยาวชนมีทักษะในการปฏิเสธ การตัดสินใจ และการจัดการอารมณ์เพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดได้ดีขึ้น

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยใช้สถิติ t- test (n=50)

ค่าคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P value
ก่อนการใช้รูปแบบ	50	34.50	8.43	5.020	.000
หลังการใช้รูปแบบ	50	41.30	9.21		

ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 (p < .001)

ผลการวิเคราะห์คะแนนความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำหลังการใช้รูปแบบ ($\bar{x}$ = 41.30, SD = 9.21) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{x}$ = 34.50, SD = 8.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 5.020, p < .01) บ่งชี้ว่าเยาวชนมีแรงจูงใจภายในมากขึ้นในการหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ผลการวิเคราะห์ แบบบันทึกการใช้สารเสพติด (Time Line Follow Back) ซึ่งเป็นแบบบันทึกรายงานตนเองเพื่อประเมินการใช้สารเสพติดของเยาวชน พบว่า หลังจากครบโปรแกรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชน ทั้ง 10 กิจกรรม และติดตาม ครบ 3 เดือน ร้อยละของการหยุดเสพเท่ากับ 62

2. กลุ่มครู ดำเนินการให้ความรู้ โปรแกรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับครู ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาเบื้องต้น, การเสริมสร้างแรงจูงใจ,ทักษะการบำบัดความคิด พฤติกรรมเบื้องต้นสำหรับครู ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำนวน 18 ชั่วโมง

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ครู จำนวน 30 คน เป็นเพศชาย จำนวน 14 คน และเพศหญิง 16 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 และ 53.33 ตามลำดับ อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ประสบการณ์การทำงาน 10 ปีขึ้นไป จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67

2.2 ความรู้ที่ได้รับ ครูสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเข้าใจและถูกต้อง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการได้รับความรู้ ครู

สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มเยาวชน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น ($\bar{x}$=4.67, SD.=.48) มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($\bar{x}$=3.63, SD.=.56) และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 6.99, p < .01)

2.3 ความพึงพอใจของครูต่อโปรแกรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้น ($\bar{x}$=37.43,SD.=2.77) มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($\bar{x}$=27.7,SD.=5.16) และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 8.99, p < .01) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย($\bar{x}$)และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD)และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความพึงพอใจของครูต่อโปรแกรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยใช้สถิติ t- test (n=30)

ตัวแปร	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		t	P value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความรู้	3.63	.56	4.67	.48	6.99	< .01
ความพึงพอใจ	27.7	5.16	37.43	2.77	8.99	< .01

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 (p < .01)

3. กลุ่มครอบครัว ดำเนินการให้ความรู้ตามโปรแกรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับครอบครัว ประกอบด้วย การทำหน้าที่ครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัว (Family education) บทบาทหน้าที่ครอบครัวในการดูแล ให้การช่วยเหลือ (Family family functional) ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำนวน 12 ชั่วโมง

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ครอบครัวจำนวน 30 คน เป็นเพศชาย จำนวน 12 คน และเพศหญิง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และ 60 ตามลำดับ อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.66

3.2 ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ($\bar{x}$ = 214.86,SD = 18.97) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{x}$ = 188.19, SD = 19.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01(t = 6.39, p < .01) แสดงว่าสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ t test (n=30)

ค่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว	n	$\bar{x}$	SD	t	P value
ก่อนการใช้รูปแบบ	30	188.19	19.23	6.39	.000
หลังการใช้รูปแบบ	30	214.86	18.97		

ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 (p < .001)

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการดำเนินโครงการวิจัยและพัฒนาต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชน พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) การเสริมแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ครู และชุมชน มีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิต ความตั้งใจ และพฤติกรรมการป้องกัน ยาเสพติดของเยาวชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนโดยเฉพาะครอบครัวและโรงเรียนเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสร้าง “ภูมิคุ้มกันทางจิตสังคม (Psychosocial Immunity)” ให้แก่เยาวชน เพื่อป้องกันปัญหายาเสพติดได้อย่างยั่งยืน ทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงของการกลับไปเสพซ้ำ และส่งเสริมให้เยาวชนมีพฤติกรรมเชิงบวกต่อการดำเนินชีวิตในชุมชน ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของ Melnyk และ Fineout-Overholt [9] ที่ระบุว่า การดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice) จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีประสิทธิผลและยั่งยืน โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่ต้องการการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงและการสะท้อนคิด ในบริบทของประเทศไทย ผลลัพธ์สอดคล้องกับงานของ จุลจีรา จันทะมุงคุณและคณะ [4] ซึ่งพบว่า โปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มทักษะชีวิตและลดพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ ตลอดจนสอดคล้องกับสุพัตรา สุขาวห และมานพ คณะโต [5]ที่รายงานว่าการพัฒนาต้นแบบความรู้ในการป้องกันการใช้สารเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเสริมศักยภาพการปฏิเสธและการจัดการอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิผล

นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและโรงเรียนยังช่วยสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม (Social Support System) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัวอันเป็นเกราะป้องกันทางอารมณ์ของเยาวชน อันสอดคล้องกับแนวคิดของ Kendler 10 ที่ระบุถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมครอบครัวต่อความเสี่ยงของการใช้สารเสพติด ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้จึงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพทั้งในด้านการป้องกันและการบำบัดในเชิงพฤติกรรม โดยสามารถขยายผลไปใช้ในสถานศึกษาและชุมชนอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

1. เชิงนโยบายและการปฏิบัติ

- หน่วยงานด้านการศึกษาควรนำต้นแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในโรงเรียนระดับมัธยม เพื่อเป็นมาตรการป้องกันยาเสพติดเชิงรุกในกลุ่มเยาวชน
- ควรส่งเสริมการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างโรงเรียน ครอบครัว หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังและช่วยเหลือเยาวชนอย่างต่อเนื่อง

2. เชิงวิชาการและการวิจัยต่อยอด

- ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบในกลุ่มเยาวชนประเภทอื่น เช่น เยาวชนในชุมชนเมือง เยาวชนที่อยู่ในสถานพินิจ หรือกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ในบริบทที่แตกต่างกัน
- เสนอให้มีการติดตามผลระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

3. เชิงการพัฒนาโปรแกรม

- ควรเพิ่มเติมกิจกรรมที่ส่งเสริมการรู้เท่าทันดิจิทัลและการจัดการสื่อออนไลน์ ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมใหม่ในการกระตุ้นการใช้สารเสพติดในยุคปัจจุบัน
- แนะนำให้จัดทำคู่มือหรือหลักสูตรอบรม “ครูที่ปรึกษา” เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานตามต้นแบบนี้ในโรงเรียนอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อังคณา จิรโรจน์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบและพิจารณารายงานวิจัยฉบับนี้อย่างละเอียด รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่า ซึ่งช่วยให้ผลงานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณทีมวิจัยทุกท่านจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ได้ร่วมแรงร่วมใจในการดำเนินงานวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ผลอย่างต่อเนื่องจนโครงการสำเร็จลุล่วงด้วยดี นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณเยาวชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ที่ให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจ อันเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานวิจัยบรรลุวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม

เอกสารอ้างอิง

1.United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2014). World drug report 2014. Vienna, Austria: United Nations Publications.

2.การช่วยให้ผู้เสพสารเสพติดสามารถลดหรือเลิกใช้สารเสพติดได้ สืบค้นจาก https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_1.pdf

3.สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2560). ข้อมูลสถิติผู้ป่วยยาเสพติดปีงบประมาณ 2558–2560. สืบค้นจาก http://www.nccd.go.th

4.จุลจีรา จันทะมุงคุณ, และคณะ. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวน การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันการเสพสารเสพติดของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 18(3), 312–325.

5.สุพัตรา สุขาวห, และมานพ คณะโต. (2557). การพัฒนาต้นแบบความรู้ในการป้องกันการใช้สารเสพติดใน เยาวชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2(3), 73–83.

6.สุกุมา แสงเดือนฉาย. (2553). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

7. กษิติ เปลี่ยนสกุลพล, และคณะ. (2562). การป้องกันตนเองจากยาเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านโชกมวง ตำบลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 7(2), 45–56.

8. Sobell,l.c.& Sobell,M.B.(1992) Timeline Follow Back : A technique for assessing self-reported alcohol consumption.In Litten,R.Z.,& Allen,J.P.(eds),Measuring Alcohol Consumption:Psychosocial and Biological Methods,41-72

9.Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

10. Kendler, K. S. (2012). Genetic and familial environmental influences on the risks for drug abuse. Archives of General Psychiatry, 69(4), 345–351.

11. ธีรเดช ฉายอรุณ. (2555). เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ.สภาวิจัยแห่งชาติ.

12. บูชิตร โมฆรัตน์, และคณะ. (2560). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหายาเสพติดในโรงเรียน มัธยมศึกษาเชิงพุทธบูรณาการ. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ ราชวิทยาลัย, 5(3), 85–98.

13. ปาณิศา หมวดเอียด, และคณะ. (2553). การวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับโปรแกรมเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตใน การป้องกันการเสพยาเสพติด. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 40(3), 259–273.

14. พยอม ศรีกงพลี, และวริสรา ลุวีระ. (2558). ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันยาเสพติดสำหรับเยาวชน: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3(1), 15–26.

15. พระครูกิตติวราทร, และคณะ. (2562). การพัฒนารูปแบบวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่ม เด็กและเยาวชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์, 19(3), 101–114.

16.ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2551). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

17. สมิธ วุฒิ สวัสดิ์. (2552). การศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 โรงเรียนปัญจทรัพย์ ดินแดน (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

18. สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2554). การพยาบาลจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

19. สุภาพร ชินสมพล, และคณะ. (2562). การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้เรื่องยาเสพติดของเยาวชนแกนนำ เครือข่ายป้องกันปัญหายาเสพติด. ในการประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ประจำปี 2562.

20. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II).

21. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมสุขภาพจิต. (2559). สถิติการบำบัดรักษาระบบรายงาน บสต. สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2559 จาก http://www.nccd.go.th

22. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). ข้อมูลประชากร 2557. สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2559 จากhttp://www.pmnidat.go.th

23. The Colombo Plan. (2012). Treatment for substance use disorders – The continuumof care for addiction professionals. New York, NY: Author.

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และคุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

Association between work stress and quality of work life of village health volunteers in the situation of Coronavirus Disease 2019 outbreak in Mae La Subdistrict, Tha Song Yang District, Tak Province.

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 3,2025)

พุฒิพงศ์ มากมาย[1] เพชรลดา บริหาร[1] ณัฐกรานต์ บุญชู[2]
Phutthipong Makmai[1*] Phetlada Borriharn[1] Nuttakran Boonchu[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey rsearch by cross - sectional study) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความเครียด ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพชีวิตการทำงานของ อสม. ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำนวน 154 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเชิงอนุมาน ดังนี้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า (1) ระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ =2.04, S.D.=0.71) (2) ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.66, S.D.=0.53) และ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.32, *p*-value < .01) และเมื่อจำแนกความสัมพันธ์รายด้านของความเครียดประกอบด้วย ด้านความคิด ด้านอารมณ์ และด้านร่างกาย พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.30, -0.30, และ -0.22, *p*-value < .01)

คำสำคัญ: ความเครียด คุณภาพชีวิต อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This survey research by cross - sectional study aimed to determine stress level, quality of work life level and the association between stress and quality of work life of village health volunteers under the situation of Coronavirus Disease 2019 outbreak. The subjects were 154 village health volunteers selected by systematic sampling. The research instrument was a questionnaire composed of three parts: general information, stress assessment form, and quality of work life questionnaire. The data were analyzed by using descriptive and inferential statistics: frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results found that (1) the overall of work stress level was low ($\bar{X}$ =2.04, S.D.=0.71), (2) the overall of quality of work life level was good ($\bar{X}$ =3.66, S.D.=0.53), and (3) the relationship between work stress and quality of work life was at low level with statistical significance (r = -0.32, *p*-value < .01). When classified in three aspects of work stress, it was found that physiological, emotional, and cognitive components had a negative effect on the quality of work life with statistical significance (r = -0.30, -0.30, และ -0.22, *p*-value < .01).

Keywords: Stress, Quality of work, Village health volunteers, Coronavirus Disease 2019

[1] คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
[2] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ระเมิง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

บทนำ

นับตั้งแต่การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทยระลอกแรก อยู่ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เมษายน ในปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะกลายเป็นโรคประจำถิ่น (Moving to COVID-19 Endemic) มาตรการการเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน ยังเป็นมาตรการที่สำคัญในงานสาธารณสุข บุคลากรที่มีบทบาทอย่างมาก และถือเป็นกำลังสำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เรียกกันว่า อสม. สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อสม.ได้มีบทบาทหน้าที่ ได้แก่ การร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ทั้งผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศและพื้นที่เสี่ยง หรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการกักตัว เคาะประตูบ้านค้นหากลุ่มเสี่ยงปฏิบัติงานจุดคัดกรองของชุมชน รวมถึงการรณรงค์ให้ความรู้ และแพร่กระจายข่าวสารในการป้องกันตนเองสำหรับประชาชนให้ปลอดภัย[1]

บทบาทของ อสม.ที่เห็นได้ชัด คือ การเป็นผู้นำในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน หรือชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี[2] เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และนโยบายด้านอนามัยของประเทศ อสม.จึงต้องมีความพร้อมทั้งด้านความคิด ร่างกาย และอารมณ์ อย่างไรก็ตาม อสม.เผชิญความเครียดจากการทำงาน ที่มีสาเหตุจากภาวะขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ ปัญหาความยุ่งยากในการปฏิบัติงาน แรงกดดันด้านเวลา ปริมาณงาน และคุณภาพงาน ระดับความเครียดที่แตกต่างกันจะมีผลต่อบุคคล เกิดผลกระทบต่อสภาวะต่างๆ ตลอดจนประสิทธิภาพในการคิด และการกระทำลดลง ดังนั้น อสม. จึงต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพทั้งกาย และจิตใจแข็งแรง มีความอดทนต่อการทำงานที่หนัก ทำงานด้วยใจรัก และมุ่งมั่น แต่ในความเป็นจริงแล้ว อสม.ไม่สามารถทำตามในเรื่องที่คาดหวังได้ทั้งหมด จึงเกิดความขัดแย้งในใจ และเกิดความกดดันจากสภาวะต่างๆ ที่กล่าวมาเป็นผลทำให้เกิดความเครียด สำหรับคุณภาพชีวิตการทำงาน ถือเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญ เพราะหากบุคลากรมีความเป็นอยู่ที่ดีในการปฏิบัติงานจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ และความสุขในการทำงาน และสามารถที่จะดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้องค์กรมีความเจริญก้าวหน้า ดังนั้นหาก อสม.มีคุณภาพชีวิตที่ดีในการปฏิบัติงาน กล่าวคือ มีความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ทั้งในชีวิตการทำงาน และชีวิตส่วนตัว รวมถึงการได้รับโอกาสให้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์กร จะทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน เป็นการเพิ่มขวัญกำลังใจ และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานให้กับ อสม.[2]

จากปัญหา และความสำคัญดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงมุ่งสนใจศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และคุณภาพชีวิตการทำงานของ อสม. ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก เพื่อจะได้ทราบประเด็นสำคัญของความเครียดในการปฏิบัติงาน และหาแนวทางยกระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของ อสม. ซึ่งจะส่งผลดีต่อทั้งองค์กร และประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียด และระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของ อสม. ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพชีวิตการทำงานของ อสม. ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross - sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อสม. จาก 12 หมู่บ้าน ในตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำนวน 256 คน

กลุ่มตัวอย่าง ทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan[3] โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง (e) เท่ากับ 0.05 ค่าสัดส่วนของประชากร (p) เท่ากับ 0.5 ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (χ2) เท่ากับ 3.841 ขนาดของประชากร (N) เท่ากับ 256 คน ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 154 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็น อสม. มีอายุ 20 - 60 ปี ทำงานเป็น อสม. มากกว่า 5 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่วิจัย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด (SPST20) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[4] โดยวัดระดับความเครียดในการปฏิบัติงานรวมทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน ระดับการวัดความเครียด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือก 5 ระดับ (1 – 5 คะแนน) ประกอบด้วย ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก รู้สึกเครียดมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย ดังนี้

น้อยกว่า 24 คะแนน หมายถึง เครียดน้อย

25 – 42 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง

43 – 61 คะแนน หมายถึง เครียดสูง

62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง เครียดรุนแรง

และส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตการทำงาน มีจำนวน 8 ด้าน ทำการสอบถามเกี่ยวกับค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม สภาพการทำงานที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ โอกาสพัฒนาและใช้ศักยภาพของบุคคล ความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน การทำงานร่วมกันและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิทธิส่วนบุคคล ความสมดุลของชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับสังคม จำนวนทั้งสิ้น 38 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือก 5 ระดับ (1 – 5 คะแนน) คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยมีการให้คะแนนตั้งแต่ 38 – 190 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนเป็นระดับช่วง (Interval scale) ใช้หลักการแบ่งแบบของ Best[5] ซึ่งมีเกณฑ์ในการจัดระดับคุณภาพชีวิต ดังนี้

38.0-68.40 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับน้อยที่สุด

68.41-98.81 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับน้อย

98.82-129.22 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง

129.23-159.63 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับดีมาก

159.64-190 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับดีมากที่สุด

การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

การหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเที่ยงตรงในเนื้อหา (Validity) โดยหาค่าดัชนีของความสอดคล้องกัน

ระหว่างข้อค้าถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาซึ่งได้เท่ากับ 0.96 หลังจากนั้นผู้ศึกษานำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับอสม. จำนวน 30 ราย ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเรกะติ ตำบลแม่อุสุ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก และนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient of Alpha) โดยชุดแบบสอบถามทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.88 แบบประเมินความเครียดได้เท่ากับ 0.96 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตได้เท่ากับ 0.85

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้การแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2. ระดับความเครียดในการปฏิบัติงาน และระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงแบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. หาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการปฏิบัติงานและคุณภาพชีวิตการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NTC 888-0109 รับรอง วันที่ 24 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 64.26 เพศชาย ร้อยละ 35.71 กลุ่มอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30 - 39 ปี ร้อยละ 33.77 สถานภาพสมรส ร้อยละ 82.47 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.36 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 75.32 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1,000 - 5,000 บาท ร้อยละ 80.52 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,880 บาท ระยะเวลาการเป็นอสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 5-13 ปี ร้อยละ 63.64

ส่วนที่ 2 ระดับความเครียดในการทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ของอสม. พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย จำนวน 77 คน (ร้อยละ 50) รองลงมาความเครียดระดับสูง จำนวน 52 คน (ร้อยละ 33.77) ความเครียดระดับรุนแรง จำนวน 14 คน (ร้อยละ 9.1) และความเครียดระดับปานกลาง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 7.1) ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีระดับความเครียดต่ำสุด 20 คะแนนและสูงสุด 82 คะแนน ($\bar{X}$ = 40.8, S.D. = 14.28) เมื่อพิจารณารายด้านของความเครียดในการทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอสม. ทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับน้อย ดังนี้ (1) ความเครียดทางความคิด ($\bar{X}$ =2.05, S.D.=0.76) (2) ความเครียดด้านอารมณ์ ($\bar{X}$ =2.00, S.D.=0.78) และ (3) ความเครียดด้านร่างกาย ($\bar{X}$ =2.08, S.D.=0.74) ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ =2.04, S.D.=0.71)

ส่วนที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. พบว่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (129.23 – 159.63 คะแนน) จำนวน 69 คน (ร้อยละ 44.81) รองลงมาคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (98.82 - 129.22 คะแนน) จำนวน 65 คน (ร้อยละ 42.21) คุณภาพ

ชีวิตระดับดีมาก (มากกว่า 159.64 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 17 คน (ร้อยละ 11.04) และคุณภาพชีวิตระดับน้อย (68.41 - 98.81 คะแนน) จำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.95) ตามลำดับ ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตคะแนนต่ำสุด 89 และสูงสุด 184 คะแนน ($\bar{X}$ =132.77, S.D.=18.09) และเมื่อพิจารณารายด้านของคุณภาพชีวิตในการทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. (ตารางที่ 2) พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความเกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อสังคม ($\bar{X}$ =3.90, S.D.=0.76) รองลงมา คือโอกาสพัฒนาและใช้ศักยภาพของบุคคล ($\bar{X}$ =3.73, S.D.=0.67) การทำงานร่วมกันและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ($\bar{X}$ =3.73, S.D.=0.65) ความสมดุลของชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัว ($\bar{X}$ =3.69, S.D.=0.92) สภาพการทำงานที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ ($\bar{X}$ =3.68, S.D.=0.65) ความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ($\bar{X}$ =3.63, S.D.=0.65) สิทธิส่วนบุคคล ($\bar{X}$ =3.63, S.D.=0.65) และค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม ($\bar{X}$ =3.29, S.D.=0.68) ตามลำดับ สำหรับภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.66, S.D.=0.53)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและคุณภาพชีวิตการทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด กับคุณภาพชีวิตการทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. (ตารางที่ 1) พบว่า ในภาพรวมความเครียดกับคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.32, *p*-value < 0.001) เมื่อพิจารณารายด้านของความเครียดในทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ดังนี้ ด้านความคิด (r= -0.30, *p*-value < 0.001) ด้านอารมณ์ (r= -0.30, *p*-value < 0.001) และด้านร่างกาย (r=-0.22, *p*-value < 0.008)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพชีวิตการทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.โดยรวมและรายด้าน (n=154)

ความเครียดในการปฏิบัติงาน	r	p-value
ด้านความคิด	-0.30	0.001*
ด้านอารมณ์	-0.30	0.001*
ด้านร่างกาย	-0.22	0.008*
รวม	-0.32	0.001*

p-value < .05

สรุปและอภิปรายผล

อสม. มีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ =2.04, S.D.=0.71) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความเครียดด้านความคิด อารมณ์ และร่างกาย อยู่ในระดับน้อย สาเหตุที่ อสม. มีความเครียดในระดับน้อย เนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขในการปฏิบัติงาน และพบปัญหาที่เกิดจากการทำงานเกิดขึ้นน้อย รวมถึงไม่เคยเกิดความผิดพลาด หรืออุบัติเหตุ เป็นต้น อีกทั้งส่วนใหญ่มีวิธีการจัดการกับความเครียดจึงส่งผลให้ อสม. มีความเครียดในการปฏิบัติงานลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฐาปนีย์ กลัดสำเนียงและคณะ[6] พบว่าภาพรวมความเครียด อสม. อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจาก อสม. มีความคุ้นชินกับการปฏิบัติหน้าที่ไม่ได้เห็นว่าการปฏิบัติงานในช่วงสถานการณ์โควิด-19 เป็นความเครียดจากการทำงาน

อสม. มีระดับคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.66, S.D.=0.53) เมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 8 ด้าน พบว่ามีเพียงด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม อยู่ในระดับปานกลาง และอีก 7 ด้านของคุณภาพชีวิตการทำงาน อยู่ในระดับดี เนื่องมาจาก อสม. ได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ ในการปฏิบัติงานที่ดีจากบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น การสนับสนุนเครื่องมือในการออกให้บริการ

สาธารณสุข การจัดอบรมให้ความรู้อยู่สม่ำเสมออยู่เป็นประจำตามสถานการณ์ต่างๆ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดภาวะผู้นำ เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตการทำงานของ อสม. จังหวัดราชบุรี พบว่า อสม. มีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับมาก ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ[7] และสอดคล้องกับผลการวิจัยคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของ อสม. ในกรุงเทพมหานคร พบว่า อสม.มีคุณภาพชีวิตที่ดีในการปฏิบัติงาน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเช่นกัน[8] และเป็นไปตามแนวคิดของ Walton ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นเรื่องของสภาพแวดล้อมและสังคมที่ส่งผลให้การทำงานประสบผลสำเร็จ ผลผลิตได้รับตอบสนองความต้องการของบุคคลในการทำงานได้ ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างคุณภาพชีวิตการทำงาน[9]

ในภาพรวมและรายด้าน ทั้งด้านความคิดอารมณ์ และร่างกาย ของความเครียด มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับคุณภาพชีวิตในการทำงานของ อสม. ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก มีความสัมพันธ์เชิงลบ แสดงให้เห็นว่า หาก อสม. มีความเครียดในการปฏิบัติงานในระดับน้อย จะมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีขึ้น เนื่องจาก อสม. มีความคุ้นชินกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 จึงทำให้มีความเครียดต่ำ จึงส่งผลให้มีอาสาสมัครมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต และคณะ[10] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของวัยทำงานในสำนักงานเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต (r=-0.300, 95%CI=0.09-0.48, p-value=0.005) เนื่องจากในการปฏิบัติงานหากมีความเครียดในระดับต่ำที่สามารถจัดการเองได้จะส่งผลที่ดีต่อการดำเนินงานเปรียบเสมือนเป็นแรงผลักดันให้งานที่รับผิดชอบมีผลงานที่ดี จึงส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของอสม. ในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ความเครียดของ อสม. อยู่ในระดับน้อย อย่างไรก็ตามควรมีการประเมินความเครียดอย่างต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบระดับความเครียด โดยมีผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยามาให้คำปรึกษา ความรู้ด้านสุขภาพจิต และแนวทางการจัดการความเครียด รวมถึงมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อรับฟังปัญหาของอสม. ในทุกๆ ด้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะความเครียดใน อสม.

2. ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ ยังเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ อสม. มีแรงจูงใจในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยความเครียดในด้านอื่นๆ หรือตัวแปรอื่นๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของ อสม. เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

2. ควรขยายผลการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมาพัฒนาปรับปรุงคุณภาพชีวิตการทำงานของ อสม.ให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในตำบลแม่หละ และ อสม. ตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือสนับสนุนให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และสละเวลาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). การจัดระบบ อสม. และภาคประชาชนสำหรับ Local quarantine และ Home quarantine. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_km.php
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). คู่มือ อสม.หมอประจำบ้าน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
3. Krejcie R. V., Morgan D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 30(3):607–610.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550).แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก http://www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc.
5. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall Inc.; 1977.
6. ฐาปนีย์ กลัดสำเนียงและคณะ. (2563). แรงสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิตของ อสม. ที่ปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์โควิด-19 เขตตำบลกระเบื้องใหญ่ อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา วิจัยพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา.
7. วราภรณ์ ปั้นบรรจง และพิศณุ พูนเพชรพันธ. (2560). คุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 10(1):143-154.
8. ศศิมา ยอดทหาร และวัลลีรัตน์พบคีรี. (2563). คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. งานประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 12. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัด นครปฐม, 9 - 10 กรกฎาคม 2563.
9. Walton, R.E. (1974). Improving the quality of work life. Harvard business review. 14(16):4-12. view. 14(16):4-12.
10. ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต .(2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิต ของวัยทำงานในสำนักงานเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 17(1):มกราคม-เมษายน 2566.

ผลของโปรแกรม i-CARE ในการวางแผนดูแลก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือและแผลกดทับ

Effects of the i-CARE Program on Discharge Planning for Prevention of Bloodstream Infections in Patients with Medical Devices and Pressure Ulcers.

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 3,2025)

กาญจนา วัชรพาณิชย์[1] ดวงมณี วิยะทัศน์[2]
Kanchana Watcharapanich[1] Duangmanee Wiyathus[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม i-CARE ต่อความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย, อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด และการกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย รวมถึงศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรม งานวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวก่อน–หลัง (One-group pretest–posttest) นี้ ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วย 40 คน ใช้โปรแกรม i-CARE รายบุคคลแก่ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย โดยให้ความรู้ ฝึกทักษะ และติดตาม เกี่ยวกับการจัดการดูแลอุปกรณ์ช่วยเหลือ (สายสวนปัสสาวะ/สายให้อาหาร), หลักการทำแผลและป้องกันแผลกดทับ, อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อรุนแรง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Paired t-test และ McNemar's Test ($p < 0.05$)

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม i-CARE คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 5.70 ±1.49 เป็น 9.35 ±5.27 ($p = 0.010$) และทักษะการดูแลที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 37.50 เป็นร้อยละ 85.00 ($p < 0.001$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 30.00 เป็นร้อยละ 5.00 ($p < 0.01$}) และไม่พบการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ดูแลมีความพึงพอใจสูง ค่าเฉลี่ย 4.63 ±0.48

คำสำคัญ: โปรแกรม i-CARE; การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย; การติดเชื้อในกระแสเลือด; ผู้ดูแล; อุปกรณ์ช่วยเหลือทางการ

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of the i-CARE program on the knowledge and skills of patient caregivers, the incidence of bloodstream infections and the rate of remission within 28 days post-discharge, including satisfaction with the program. This one-group pretest–posttest quasi-experimental study was conducted with 40 patient caregivers. The i-CARE program was delivered individually to caregivers before discharge, providing education, skills training, and follow-up regarding the management of medical devices (urinary catheters/feeding tubes), wound care principles, pressure injury prevention, and recognition of signs of severe infection. Data were analyzed using the Paired t-test and McNemar's Test ($p < 0.05$).

Results: Post-intervention, knowledge scores significantly increased from 5.70 ± 1.49 to 9.35 ±5.27 ($p=0.010$), and the proportion of caregivers with correct care skills increased from 37.50%to 85.00% ($p <0.001$). The readmission rate significantly decreased from 30.00% to 5.00% ($p < 0.01$). No cases of bloodstream infection were found. Caregivers reported high satisfaction with the program, with a mean score of 4.63 ±0.48

Keywords: i-CARE program; Discharge planning; Bloodstream infection; Caregivers; Medical devices.

[1] พย.บ.โรงพยาบาลพนมสารคาม

[2] พย.ม., อพย. (การพยาบาลชุมชน)โรงพยาบาลพนมสารคาม

บทนำ

ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด (Bloodstream Infection; BSI) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ป่วยเปราะบางทั่วโลก โดยเฉพาะผู้ที่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ เช่น สายสวนปัสสาวะ สายให้อาหาร และผู้ที่มีแผลกดทับ ซึ่งเป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ[1] ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสติดเชื้อในกระแสเลือดสูงถึงร้อยละ 20–30 นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น severe sepsis หรือ septic shock มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 25–50[2] นอกจากนี้ แผลกดทับยังเพิ่มโอกาสการติดเชื้อซ้ำ ส่งผลให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลยาวขึ้นและเพิ่มอัตราการกลับมารักษาซ้ำ[3] ปัญหานี้จะทวีความรุนแรงหลังการจำหน่ายกลับบ้าน เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการจัดการอุปกรณ์และแผลกดทับอย่างถูกสุขอนามัย การขาดการส่งต่อความรู้และการวางแผนดูแลต่อเนื่องจึงเป็นช่องว่างสำคัญที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน[4] ข้อมูลจากโรงพยาบาลพนมสารคาม (ตุลาคม 2566 –มีนาคม 2567)[5] ผู้ป่วยที่พึ่งพาอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์จำนวน 198 ราย พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากสายสวนปัสสาวะ จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 42.86), การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับสายให้อาหาร จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 28.57), แผลกดทับจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 28.57), และพบการเข้ารับการรักษาจากการติดเชื้อซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 34.84 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) กำหนด คือ ร้อยละ 10 ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีระบบสำหรับเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็น โปรแกรม i-CARE}$ (Integrated Care, Assessment, Readiness, and Education) ได้รับการพัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ โดยมีพื้นฐานจากการผสมผสานระหว่าง แนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะผู้ดูแล[6] และ แนวทางการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการ[7] เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำ หลักการป้องกันการติดเชื้อที่เป็นมาตรฐาน[8] ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยครั้งนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากมุ่งหมายที่จะประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม i-CARE ในการลดอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดและลดอัตราการกลับเข้ารักษาตัวซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยนี้ โดยมีกรอบแนวคิดมาจากการผสมผสานระหว่างการประเมินความพร้อมผู้ดูแล (Assessment), การให้ความรู้ (Education), และการวางแผนดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care Planning) ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของโปรแกรมนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐาน (standardized guideline) ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง และลดภาระค่าใช้จ่ายของทั้งครอบครัวและระบบสาธารณสุขในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวนโยบายการดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่อง (Continuity of Care) ในปัจจุบัน[2]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม i-CARE
2. เพื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดและอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยญาติที่เข้าร่วมโปรแกรม i-CARE เมื่อเทียบกับข้อมูลพื้นฐานย้อนหลังของโรงพยาบาล
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลที่มีต่อโปรแกรม i-CARE

สมมติฐานการวิจัย (Research Hypotheses)

1. ความรู้และทักษะของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรม i - CARE สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดภายใน 28 วันหลังการจำหน่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม i-CARE ต่ำกว่าอัตราก่อนได้รับโปรแกรม (ข้อมูลพื้นฐานย้อนหลัง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยศึกษากลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) สำหรับประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม i-CARE ในการวางแผนดูแลก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือและแผลกดทับ การศึกษาครั้งนี้นำแนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ดูแล (Caregiver Empowerment) และแนวคิดการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ผ่านโปรแกรม i-CARE ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การให้ความรู้ (Education) การฝึกปฏิบัติทักษะ (Skills Training) และการติดตามสนับสนุนหลังกลับบ้าน (Follow-up & Support) โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายโปรแกรม i-CARE ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล การฝึกทักษะการดูแลอุปกรณ์ช่วยเหลือและแผลกดทับ การวางแผนการดูแลก่อนกลับบ้าน การติดตามผลหลังกลับบ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยภายในของโรงพยาบาลพนมสารคาม ซึ่งมีอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ ได้แก่ สายสวนปัสสาวะ หรือสายให้อาหาร และ/หรือมีภาวะแผลกดทับ และกำลังเตรียมตัวเพื่อจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมกับมีผู้ดูแลหลักที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรม i-CARE โดยประชากรกลุ่มนี้มีจำนวนประมาณ 198 คู่ (ผู้ป่วยและผู้ดูแล)

กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่ผู้ป่วยและผู้ดูแล 40 คู่ ที่คัดเลือกโดยใช้วิธี Purposive Sampling ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงที่มีแผนการจำหน่ายชัดเจน และผู้ดูแลหลักที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรม i-CARE ได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างถูกคำนวณโดยโปรแกรม G*Power โดยพิจารณาปัจจัยทางสถิติที่สำคัญ ได้แก่ Effect size = 0.5 (ขนาดปานกลาง), ระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ และกำลังทางสถิติ (Power) = 0.80 ซึ่งได้จำนวน 34 ราย และเพิ่มเป็น 40 ราย เพื่อชดเชยการตกหล่นของข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Eligibility Criteria)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1.เป็นผู้ป่วยหญิงในหอผู้ป่วยภายใน ที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ (สายสวนปัสสาวะ หรือสายให้อาหาร) และ/หรือมีภาวะแผลกดทับ

2. มีแผนจำหน่ายกลับบ้านภายใน 7 วัน

3. มีผู้ดูแลสามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตเวชหรือความบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive impairment) ระดับรุนแรง

2. ผู้ดูแลที่มีภาวะทางสุขภาพที่ขัดขวางไม่ให้สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมได้

3. ผู้ป่วยที่มีภาวะอาการวิกฤต ซึ่งแพทย์ประเมินว่ายังไม่จำหน่ายกลับบ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแล i-CARE เป็นโปรแกรมหลักที่ออกแบบขึ้นตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของ CDC (2022)[8] และ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โปรแกรมนี้มีชื่อย่อหมายถึง ดังนี้

I: Integrated care (การดูแลแบบบูรณาการ) & Infection prevention (การป้องกันการติดเชื้อ)

C: Care training (การฝึกการดูแล) & Control (การควบคุม)

A: Assistance (การช่วยเหลือ) & Awareness (การสร้างความตระหนัก)

R: Risk reduction (การลดความเสี่ยง) & Recovery (การฟื้นฟู)

E: Education (การให้ความรู้) & Empowerment (การเสริมพลัง)

โปรแกรมประกอบด้วย คู่มือการสอน, สื่อ, แบบฝึกปฏิบัติ, และระบบติดตามผล

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะ สำหรับผู้ดูแล (ใช้ก่อนและหลัง) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน แบบสอบถามความพึงพอใจ แบ่งระดับคะแนน 4.51-5.00 (มากที่สุด) 3.51-4.50 (มาก) 2.51-3.50 (ปานกลาง) 1.51-2.50 (น้อย) 1.00-1.50 (น้อยที่สุด) ของผู้ดูแลที่มีต่อโปรแกรม i-CARE การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม ความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์การด้านการควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอายุรกรรม 1 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.89 ความเชื่อมั่น (Reliability) ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การเตรียมการและคัดเลือกผู้เข้าร่วม (Preparation and Recruitment)

1.1 อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยอย่างละเอียดแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.2 ขอความยินยอมอย่างเป็นทางการ (Informed Consent)

1.3 เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) และแบบทดสอบความรู้ก่อนการ(Pre-test)

ระยะที่ 2 การดำเนินโปรแกรม i-CARE (Intervention Delivery)

2.1 โปรแกรม i-CARE ดำเนินการแบบรายบุคคลสำหรับผู้ดูแลก่อนจำหน่าย โดย การให้ความรู้ (Education) เกี่ยวกับการจัดการอุปกรณ์ช่วยเหลือ (สายสวนปัสสาวะ/สายให้อาหาร) อย่างถูกต้อง, หลักการทำแผลและป้องกันแผลกดทับ, อาการและอาการแสดง ของการติดเชื้อรุนแรง เช่น ไข้ ≥ 38°C, สภาพจิตใจเปลี่ยนแปลง, ปัสสาวะขุ่น แผลหนองหรือบวมแดง, และสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การล้างมือ

2.2 การสาธิตและฝึกปฏิบัติ (Demonstration and Practice) ให้ญาติผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติจริงและซักถามข้อสงสัยในการปฏิบัติ

2.3 ให้คู่มือการดูแลที่บ้าน และพร้อมรายละเอียดติดต่อในกรณีฉุกเฉิน

ระยะที่ 3 การติดตามผล (Follow-up)

3.1 แบบทดสอบความรู้หลังการ (Post-test) ก่อนกลับบ้าน

3.2 ติดตามผลทางโทรศัพท์ภายใน 1 สัปดาห์ และ 28 วัน หลังกลับบ้าน เพื่อให้คำปรึกษาและประเมินปัญหา

3.3 ติดตามอัตราการกลับมารักษาซ้ำจากเวชระเบียนภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย

3.4 แบบสอบถามความพึงพอใจหลังจากสิ้นสุดการติดตามผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน, อัตราการติดเชื้อ, อัตราการกลับมารักษาซ้ำ, และความพึงพอใจ โดยเสนอเป็น ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ Paired sample t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และทักษะของญาติผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม i-CARE Chi-square เปรียบเทียบอัตราการเกิดการติดเชื้อและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ขอจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_REC 042/2568

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ

โปรแกรม i-CARE ต่อความรู้ ทักษะการดูแล ความพึงพอใจ การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย พบผลการวิจัยดังนี้

จากข้อมูล ผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า เพศของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ในขณะที่ผู้ชายมีจำนวน 12 คน (ร้อยละ 30) ซึ่งสะท้อนว่าในบริบทสังคมไทย ผู้หญิงมักมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ชาย อายุของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ย 54.20 ± 10.30 ปี โดยแบ่งตามช่วงอายุ พบว่าผู้ดูแลอายุ 40–59 ปี เป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด 20 คน (ร้อยละ 50) รองลงมาคือกลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนเท่ากัน คือ 10 คน (ร้อยละ 25) ซึ่งแสดงว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคนที่มีประสบการณ์และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลที่เป็น บุตรของผู้ป่วย มีจำนวนมากที่สุด 18 คน (ร้อยละ 45) รองลงมาคือคู่สมรส 8 คน (ร้อยละ 20) และบิดาหรือมารดาและญาติอื่น ๆ จำนวนเท่ากัน 6 คน (ร้อยละ 15) แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวโดยตรง โดยเฉพาะบุตร ซึ่งสะท้อนวัฒนธรรมไทยที่ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลอาชีพเกษตรกร พบว่ามีเพียง 2 คน (ร้อยละ 5) ที่ระบุว่ามีอาชีพประจำ ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทำงานนอกบ้าน หรืออาจจัดการเวลางานได้เพื่อดูแลผู้ป่วย ระดับการศึกษา ของผู้ดูแล พบว่ามีความหลากหลาย โดยมากที่สุดคือระดับมัธยมศึกษา 14 คน (ร้อยละ 35) รองลงมาคือระดับปริญญาตรีขึ้นไป 12 คน (ร้อยละ 30) ระดับประถมศึกษา 8 คน (ร้อยละ 20) และระดับ ปวช./ปวส. 6 คน (ร้อยละ 15) ซึ่งแสดงว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีพื้นฐานการศึกษาเพียงพอในการรับรู้และปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้

ตารางที่1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม i-CARE ของผู้ดูแล (n=40)

ข้อคำถาม	ก่อนโปรแกรม	หลังโปรแกรม	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
1. การดูแลสายสวนปัสสาวะ	0.55 ± 0.51	0.95 ± 0.22	3.22	0.004*
2. การเทปัสสาวะจากถุงเก็บปัสสาวะ	0.40 ± 0.50	0.90 ± 0.31	4.10	0.001*
3. อาการติดเชื้อจากการคาสายสวน	0.50 ± 0.51	0.95 ± 0.22	3.67	0.002*
4. การให้อาหารทางสายยาง	0.60 ± 0.50	0.95 ± 0.22	2.95	0.008*
5. การสำลักอาหารและการติดเชื้อ ทางเดินหายใจ	0.55 ± 0.51	0.95 ± 0.22	3.22	0.004*
6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	0.65 ± 0.49	0.95 ± 0.22	2.45	0.023*
7. อาการติดเชื้อรุนแรง	0.45 ± 0.51	0.95 ± 0.22	4.36	0.000*
8. แนวทางปฏิบัติเมื่อสงสัยการติดเชื้อรุนแรง	0.40 ± 0.50	0.95 ± 0.22	4.73	0.000*
รวม คะแนนรวมความรู้	5.70 ± 1.49	9.35 ± 5.27	2.85	0.010*

หมายเหตุ สถิติ t-test แบบจับคู่ (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=40)
** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.05*

หลังเข้าร่วมโปรแกรม i-CARE คะแนนความรู้ในทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ดังนี้

ความรู้เรื่องแนวทางปฏิบัติเมื่อสงสัยการติดเชื้อรุนแรงเพิ่มขึ้นจาก 0.40 ± 0.50 เป็น 0.95 ± 0.22 (t = 4.73, p = 0.000) ซึ่งเพิ่มสูงสุด แสดงว่าผู้ดูแลมีความเข้าใจต่อความเสี่ยงได้ถูกต้องขึ้น ความรู้เรื่องอาการติดเชื้อรุนแรง เพิ่มจาก 0.45 ± 0.51 เป็น 0.95 ± 0.22 (t = 4.36, p = 0.000) ความรู้การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมากขึ้น ความรู้เรื่องการเทปัสสาวะจากถุงเก็บปัสสาวะ เพิ่มจาก 0.40 ± 0.50 เป็น 0.90 ± 0.31 (t = 4.10, p = 0.001) ทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการและลดความเสี่ยงการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความรู้เรื่องการสังเกตุอาการติดเชื้อจากการคาสายสวน เพิ่มจาก 0.50 ± 0.51 เป็น 0.95 ± 0.22 (t = 3.67, p = 0.002) แสดงถึงความเข้าใจในการสังเกตสัญญาณติดเชื้อ ความรู้เรื่องการดูแลสายสวนปัสสาวะ เพิ่มจาก 0.55 ± 0.51 เป็น 0.95 ± 0.22 (t = 3.22, p = 0.004) ชี้ว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามมาตรฐาน ความรู้เรื่องเรื่องการสำลักอาหารและการติดเชื้อทางเดินหายใจ เพิ่มจาก 0.55 ± 0.51 เป็น 0.95 ± 0.22 (t = 3.22, p = 0.004) แสดงถึงการรับรู้ความเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความรู้เรื่องการให้อาหารทางสายยาง เพิ่มจาก 0.60 ± 0.50 เป็น 0.95 ± 0.22 (t = 2.95, p = 0.008) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลสามารถจัดการอาหารทางสายยางได้ถูกต้อง ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เพิ่มจาก 0.65 ± 0.49 เป็น 0.95 ± 0.22 (t = 2.45, p = 0.023) คะแนนรวมความรู้ เพิ่มจาก 5.70 ± 1.49 เป็น 9.35 ± 5.27 (t = 2.85, p = 0.010) แสดงว่าโปรแกรม i-CARE ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ในผู้ดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบทักษะถูกต้องก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม i-CARE (n = 40)

ข้อคำถาม	ก่อนโปรแกรม	หลังโปรแกรม	t	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. การดูแลสายสวนปัสสาวะถูกวิธี	14 (35.00)	34 (85.00)	18.67	0.001*
2. การเทปัสสาวะจากถุงเก็บปัสสาวะ	15 (37.50)	34 (85.00)	18.67	0.001*
3. การให้อาหารทางสายยางอย่างถูกวิธี	13 (32.50)	34 (85.00)	18.67	0.001*
4. การสังเกตอาการติดเชื้อจากสายสวน	15 (37.50)	34 (85.00)	18.67	0.001*
5. การสังเกตและป้องกันการสำลักอาหาร	15 (37.50)	34 (85.00)	18.67	0.001*
6. การสังเกตและป้องกันแผลกดทับ	13 (32.50)	34 (85.00)	18.67	0.001*
รวมทักษะการปฏิบัติถูกต้อง	15 (37.50)	34 (85.00)	18.67	0.001*

หมายเหตุ: *ใช้สถิติ McNemar's Test เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ตอบ "ทำได้ถูกต้อง" ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม(n=40)*

** มีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ค่า T คือค่าสถิติที่ได้จากการทดสอบ McNemar's*

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีทักษะการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังได้รับโปรแกรม i-CARE ทุกข้อคำถามทักษะที่สอบถาม เช่น การดูแลสายสวนปัสสาวะ การเทปัสสาวะ การให้อาหารทางสายยาง การสังเกตอาการติดเชื้อ การป้องกันการสำลักอาหาร และการป้องกันแผลกดทับ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลที่ปฏิบัติทักษะถูกต้องมีเพียงร้อยละ 37.50 หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.00 ผลการทดสอบด้วย McNemar's (T) ความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001)

จากการติดตามผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือและแผลกดทับจำนวน 40 ราย ภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ไม่พบผู้ป่วยรายใดเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด คิดเป็นอัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 0.00 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม i-CARE

ตารางที่3 การเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม i-CARE (n = 40)

ข้อคำถาม	ก่อนโปรแกรม	หลังโปรแกรม	t	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
กลับมารักษาซ้ำ	12 (30.00)	2 (5.00)	7.14	0.008*
ไม่กลับมารักษาซ้ำ	28 (70.00)	38 (95.00)		

*หมายเหตุ: ใช้สถิติ McNemar's Test เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม n= 40 * มีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05*

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโปรแกรม i-CARE ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ 12 คน (ร้อยละ 30.00) หลังเข้าร่วมโปรแกรม เหลือเพียง 2 คน (ร้อยละ 5.00) ผลการทดสอบ McNemar's Test T = 7.14, p = 0.008 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความพึงพอใจสูงมากต่อโปรแกรม ค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 4.63 ± 0.48 (มากที่สุด) ข้อที่ได้คะแนนสูงที่สุดคือ การสนับสนุน/ตอบข้อสงสัยของเจ้าหน้าที่ (4.75 ± 0.44) และ ความชัดเจนของการสอน/ให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ (4.70 ± 0.46) ข้อที่ได้คะแนนต่ำสุดแต่ยังคงอยู่ในระดับสูงคือ ความสะดวกในการเข้าร่วมโปรแกรม (4.50 ± 0.51) ส่วนข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ความสะดวกในการเข้าร่วมโปรแกรม i-CARE (4.50 ± 0.51)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรม i-CARE มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากตารางการประเมินความรู้ พบว่า คะแนนความรู้หลังโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p<0.05$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรม i-CARE สามารถถ่ายทอดความรู้ที่เป็นระบบและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล (Caregiver Empowerment) ตามแนวคิดของ Bandura[6] และงานวิจัยของ Jones et al.[4] ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเน้นการมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติของผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิผลด้านทักษะการปฏิบัติและความถูกต้อง การประเมินทักษะการปฏิบัติหลังโปรแกรมพบว่า ผู้เข้าร่วมสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.5 เป็นร้อยละ 85.00 ($p < 0.001$) ซึ่งบ่งบอกว่า การเรียนรู้ด้วยกิจกรรมปฏิบัติจริงและคำแนะนำเชิงปฏิบัติของโปรแกรมช่วยสร้างความมั่นใจและลดข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดด้านการศึกษาเชิงปฏิบัติ (Experiential Learning) ที่ระบุว่าการฝึกทำซ้ำและการให้ทวนสอบอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างทักษะที่ยั่งยืนการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงจากร้อยละ 30 เหลือร้อยละ 5 ($p=0.008$) อัตราร้อยละ 5 นี้ต่ำกว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำพื้นฐานของโรงพยาบาลและเกณฑ์มาตรฐานทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลสามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้จริง ทำให้ลดภาระของระบบสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Berlowitz et al.[3] ที่พบว่าการให้ความรู้และติดตามต่อเนื่องช่วยลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำผลการวิจัยไม่พบภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด ในผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือและแผลกดทับภายใน 28 วันหลังจำหน่าย เมื่อญาติผู้ดูแลได้รับการอบรมผ่านโปรแกรม i-CARE ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และทักษะการดูแลที่บ้านอย่างถูกต้อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวทางของ CDC[8] และ World Health Organization[2] ที่เน้นให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัว การไม่พบการติดเชื้อในกระแสเลือดนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลของญาติผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรม i-CARE การปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด และการสนับสนุนและตอบข้อสงสัยจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ช่วยสร้างความมั่นใจแก่ผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม การที่ไม่พบภาวะการติดเชื้อในกลุ่มตัวอย่าง อาจเป็นผลจาก ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก (n=40) และ ระยะเวลาติดตาม 28 วัน ที่อาจไม่เพียงพอในการสะท้อนภาพรวมของการติดเชื้อในระยะยาวด้านความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ผลการประเมินความพึงพอใจแสดงให้เห็นว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความพึงพอใจสูงมาก (Mean = 4.63 ±0.48) มากที่สุด โดยเฉพาะด้านการสนับสนุน/ตอบข้อสงสัยของ

เจ้าหน้าที่ (4.75±0.44) แสดงว่าการจัดโปรแกรมที่เข้าใจง่าย มีความชัดเจน และสามารถตอบข้อสงสัยได้ทันที ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมยอมรับและนำความรู้ไปใช้จริงได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ WHO[2] ที่ระบุว่าการจัดการเรียนรู้เชิงรุกและเข้าใจง่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการยอมรับและการนำไปใช้จริง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การติดตามผลในระยะเวลาเพียง 28 วัน ทำให้ไม่สามารถประเมินประสิทธิผลระยะยาวของโปรแกรมได้

2. การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองโดยขาดกลุ่มควบคุมที่แท้จริง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของโปรแกรมได้อย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามผลระยะยาวเกินกว่า 28 วัน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของผลลัพธ์และการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด

3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพิ่มเติม เช่น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (telehealth, application) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามและสนับสนุนญาติผู้ดูแล

4. การวิจัยในอนาคตควรใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. Magill SS, Edwards JR, Bamberg W, Beldavs ZG, Dumyati G, Kainer MA, et al.(2014). Multistate point- prevalence survey of health care–associated infections. N Engl J Med. 2014;370:1198–208.
2. World Health Organization.(2017). Global patient safety action plan 2021–2030. Geneva: WHO; 2017.
3. Berlowitz DR, Brandeis G.(2016). Deriving a risk-adjustment model for pressure ulcer development using the minimum data set. J Am Geriatr Soc. 2016;49(7):866–71.
4. Jones C, Smith R, Patel K.(2019). Transitional care interventions for reducing hospital readmissions: A systematic review. J Hosp Med. 2019; 14:92–100.
5. โรงพยาบาลพนมสารคาม.(2567). สถิติผู้ป่วยติดเชื้อและกลับมารับการรักษา 2566–2567. ฉะเชิงเทรา: โรงพยาบาลพนมสารคาม.
6. Bandura A.(1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman.
7. Coleman EA, Roman SP.(2017). Family caregivers as partners in chronic care. In: Naylor MD, Kurtzman ET, editors. Nursing-led health care: Transforming the future. New York: Springer Publishing Company; 2017. p. 89-105.
8. Centers for Disease Control and Prevention.(2022). Core infection prevention and control practices for safe healthcare delivery in all settings [Internet]. Atlanta: CDC; 2022 [cited 2025 Nov 8]. Available from: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/basics/index.html.

การพัฒนารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2

Development of a Participatory Model for Age-Friendly Community by Multi-Sectoral Collaboration in Health Region 2

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 3,2025)

รัชฎา จอปา[1] ตวงทิพย์ เชื้อผู้ดี[1]
Ratchada Jopa[1], Tuangthip Chuaphudee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2 และ (2) ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานรูปแบบดังกล่าวในพื้นที่ต้นแบบที่เป็นตัวแทนของประชากรในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ เทศบาลตำบลทุ่งหลวง จังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งชนบท และเทศบาลเมืองวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมือง ภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตามแนวทางของ Crane และ O'Regan เพื่อให้ได้แนวทางพัฒนาและรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน กระบวนการดำเนินงานยึดหลัก 5 ขั้นตอน ได้แก่ การสังเกต การสะท้อนคิด การวางแผน การปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ คือ (1) การศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่ (2) การสร้างและพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ (3) การประเมินผลและถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods)

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2 เกิดจากความร่วมมือของหลายภาคส่วน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรศาสนา ภาคเอกชน และประชาชนในชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตามกรอบขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) ครอบคลุมทั้ง 8 ด้านของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลทุ่งหลวงเน้นการขับเคลื่อนผ่านกลไกชุมชนและอาสาสมัคร ส่วนเทศบาลเมืองวิเชียรบุรีเน้นการบูรณาการระบบบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ผลการประเมินหลังดำเนินโครงการพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสองพื้นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ สุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเทศบาลตำบลทุ่งหลวงมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มจาก 93.15 (SD = 10.53) เป็น 119.51 (SD = 6.17) ขณะที่เทศบาลเมืองวิเชียรบุรีเพิ่มจาก 91.64 (SD = 14.28) เป็น 98.58 (SD = 7.92) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิผลในการเสริมสร้างสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน

คำสำคัญ: ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย, คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, เขตสุขภาพที่ 2

Abstract

This study aimed (1) to examine the development process of an age-friendly community model through the participation of network partners in Health Region 2, and (2) to evaluate the outcomes of its implementation in two representative communities of the region: Thung Luang Subdistrict Municipality, Sukhothai Province (semi-rural area), and Wichian Buri Municipality, Phetchabun Province (semi-urban area). Research design was applied under the conceptual framework of Participatory Action Research (PAR) following the guideline of Crane and O'Regan. The process consisted of five key steps—Observe, Reflect, Plan, Act, and Share—and was implemented in three phases: (1) situational and contextual analysis, (2) participatory development of the age-friendly community model, and (3) evaluation and lesson learned of the model. Data were analyze by mixed method.

The study found that the development of an age-friendly community model through the participation of network partners in Health Region 2 resulted from collaboration among multiple sectors, including local administrative organizations, health service units, religious institutions, private sectors, and community

[1] ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

members. A participatory approach was applied throughout all stages based on the World Health Organization's Age-friendly Cities Framework (WHO, 2007), covering eight domains of age-friendly communities. Thung Luang Subdistrict Municipality emphasized community mechanisms and volunteer participation, while Wichian Buri Municipality focused on integrating health service systems and environmental management. The post-implementation evaluation revealed that the quality of life among older adults in both areas significantly improved ($p < .001$) across all dimensions: physical health, psychological well-being, social relationships, and environment. In Thung Luang Subdistrict Municipality, the mean quality of life score increased from 93.15 (SD = 10.53) to 119.51 (SD = 6.17), while in Wichian Buri Municipality, it increased from 91.64 (SD = 14.28) to 98.58 (SD = 7.92). These findings indicate that the developed model effectively enhanced the overall well-being and quality of life of older adults in a comprehensive and sustainable manner = 14.28) to 98.58 (SD = 7.92), with notable improvements in physical health and environmental domains.

Keywords: Age-friendly community, Network participation, Quality of life of older adults, Health Region 2

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด" (Super-aged society) อย่างสมบูรณ์ โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2574 ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 28.00 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพของประเทศ[1] การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุทำให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับความท้าทายใหม่ในการวางแผนรองรับทั้งด้านการจัดบริการสุขภาพ การพัฒนาสภาพแวดล้อม และการปรับโครงสร้างทางสังคมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ปีพ.ศ. 2567[2] ระบุว่า เขตสุขภาพที่ 2 มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 22.90 ในปี พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 24.60 ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับประเทศ โดยเฉพาะจังหวัดอุตรดิตถ์ที่มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 28.40 ถือเป็นจังหวัดที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดแล้ว ส่วนจังหวัดสุโขทัย พิษณุโลก และเพชรบูรณ์ มีสัดส่วนผู้สูงอายุในระดับสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ (complete-aged society) ที่ร้อยละ 27.50, 25.60 และ24.40 ตามลำดับ ขณะที่จังหวัดตากยังอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุ (aged society) ร้อยละ 17.50 เมื่อจำแนกตามกลุ่มการพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม "ติดสังคม" ร้อยละ 96.80 ซึ่งยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ รองลงมาคือกลุ่ม "ติดบ้าน" ร้อยละ 2.60 และกลุ่ม "ติดเตียง" ร้อยละ 0.60 ซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่นในชีวิตประจำวัน ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด ได้แก่ การมองเห็นเสื่อม ร้อยละ 6.60 ปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 4.30 และการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 3.80 ปัจจัยเหล่านี้เกิดจากการเสื่อมตามวัย พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อความปลอดภัย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง[3]

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้รัฐบาลไทยให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดทำ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 และพัฒนาต่อเนื่องจนถึง แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580) ซึ่งมุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วนร่วมกันยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกมิติ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม[1] แผนดังกล่าวแบ่งแนวทางดำเนินงานออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ (2) การยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (3) การ

ปฏิรูประบบบริหารจัดการเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ และ (4) การพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ทั้งนี้ แนวทางดังกล่าวยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม และการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์[4] นอกจากนี้ รัฐบาลยังได้จัดทำแผนบูรณาการความร่วมมือ 7 กระทรวง (พ.ศ. 2565–2569) ภายใต้วิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” โดยมีกรอบแนวคิดสำคัญ 4S ได้แก่ การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) ความมั่นคงทางสังคม (Social Security) สุขภาพที่เข้มแข็ง (Strong Health) และการใช้เทคโนโลยีอัจฉริยะ (Smart Digital and Innovation) เพื่อยกระดับระบบบริการและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุในทุกมิติ[5]

แนวคิด “เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” (Age-Friendly Cities: AFC) ซึ่งริเริ่มโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ถูกนำมาปรับใช้ในประเทศไทย โดยกรมอนามัยได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานภายใต้กรอบ PIRAB ได้แก่ P – Partner and Build alliance (สร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือ), I – Invest (การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน), R – Regulate and legislate (การออกกฎหมายและข้อกำหนดสนับสนุน), A – Advocacy (การสร้างความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมของสังคม), และ B – Build Capacity (การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร)[6,7] โดยมีเป้าหมายให้ท้องถิ่นทุกแห่งสามารถออกแบบเมืองและชุมชนที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุได้จริงในทุกมิติ นอกจากประเด็นทางนโยบายแล้ว การสร้าง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เข้าใจข้อมูลสุขภาพและสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในยุคดิจิทัล[8] การส่งเสริม Health Literacy ยังช่วยลดความเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้เน้นย้ำถึงการพัฒนาเมืองและชุมชนที่ยั่งยืนในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และเป้าหมายที่ 11 เมืองและชุมชนที่ยั่งยืน[9] ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของไทย การออกแบบเมืองในลักษณะดังกล่าวไม่เพียงแต่เอื้อต่อผู้สูงอายุ แต่ยังส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกช่วงวัย ทั้งนี้ การพัฒนาเมืองและชุมชนให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินนโยบายระดับพื้นที่ เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ชมรมผู้สูงอายุ และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ต้องร่วมกันออกแบบและดำเนินโครงการให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมของชุมชน[7] การบูรณาการแนวคิดดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัย มีศักดิ์ศรี และมีส่วนร่วมในสังคมอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานรูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2 จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วม

โครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัย ภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวทางของ Crane และ O'Regan[6] เพื่อให้ได้แนวทางพัฒนาและรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน กระบวนการดำเนินงานประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การสังเกต (Observe) การสะท้อนคิด (Reflect) การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share) ทั้งนี้ การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่ (Observe)

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Reflect, Plan, Act, Observe, Share)

ระยะที่ 3 การประเมินผลและถอดบทเรียนรูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ภายในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดพิษณุโลก สุโขทัย อุตรดิตถ์ ตาก และเพชรบูรณ์ เพื่อคัดเลือกพื้นที่ที่สะท้อนบริบทและความหลากหลายของเขตสุขภาพได้จริง โดยพิจารณาจากศักยภาพในการขับเคลื่อนงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ และลักษณะเชิงพื้นที่ที่แตกต่างกัน พื้นที่ศึกษา 2 แห่ง ได้แก่

1. เทศบาลตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย เป็นตัวแทนพื้นที่กึ่งชนบท
2. เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นตัวแทนพื้นที่กึ่งเมือง

กลุ่มตัวอย่างเทศบาลตำบลทุ่งหลวง แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก: 1) กลุ่มภาคีเครือข่าย (20 คน) ประกอบด้วยบุคลากรผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน/ผู้แทน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอสม.ในพื้นที่ 2) กลุ่มผู้สูงอายุ คำนวณโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan[10] จากประชากร 1,554 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 339 คน

กลุ่มตัวอย่างเทศบาลเมืองวิเชียรบุรี แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก: 1) กลุ่มภาคีเครือข่าย (20 คน) ประกอบด้วยบุคลากรผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน/ผู้แทน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ อสม. ในพื้นที่ 2) กลุ่มผู้สูงอายุ คำนวณโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan[10] จากประชากร 4,691 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 373 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามระยะของการดำเนินงาน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: ศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่ ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) และแบบสังเกต (Observation Form) เพื่อศึกษาบริบทและกระบวนการดำเนินงานของชุมชน ทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม รวมถึงแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF–THAI) จำนวน 26 ข้อ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนการเข้าร่วมโครงการ

ระยะที่ 2: การสร้างและพัฒนารูปแบบ การปฏิบัติการ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใช้กระบวนการจัดเวทีระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม

(Participatory Workshop Process) เพื่อให้ภาคีเครือข่ายร่วมวิเคราะห์ วางแผน และออกแบบร่างรูปแบบชุมชน โดยใช้ “คู่มือการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ” ของกรมอนามัย เป็นกรอบแนวทาง และใช้แบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการของสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย เพื่อประเมินผลการดำเนินงานหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ

ระยะที่3: การประเมินผลและถอดบทเรียน ใช้กระบวนการจัดเวทีแบบมีส่วนร่วมตามแนวทาง After Action Review (AAR) เพื่อประ เมินผลลัพธ์และถอดบทเรียนการดำเนินงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity): เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อประเมินความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผลการประเมินพบว่า เครื่องมือมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 0.87 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability): แบบวัด WHOQOL-BREF–THAI ผ่านการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.84 การตรวจสอบความเหมาะสมเชิงบริบท (Contextual Validation): ตรวจสอบความเหมาะสมของกระบวนการจัดเวทีฯ ความสอดคล้องของการนำคู่มือฯ มาประยุกต์ใช้ และความเหมาะสมของแบบประเมินฯ กับกลุ่มเป้าหมายและบริบทการวิจัย โดยทีมวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวทางของ Crane และ O’Regan[6] ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การสังเกต (Observe) การสะท้อนคิด (Reflect) การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่ (Observe)

ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจบริบทด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพของผู้สูงอายุ จากนั้นเก็บข้อมูลภาคสนามโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกับภาคีเครือข่ายร่วมกับการสังเกตสภาพชุมชนจริง และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยแบบวัด WHOQOL-BREF–THAI เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบ

2. ระยะที่ 2: การสร้างและพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Reflect–Plan–Act–Share)

ผลจากการศึกษาสถานการณ์ในระยะที่ 1 นำมาสู่การจัดเวทีสะท้อนคิดร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของชุมชนแบบมีส่วนร่วม จากนั้นดำเนินการระดมความคิดเห็นเพื่อออกแบบร่าง “รูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” โดยใช้กรอบแนวคิดองค์การอนามัยโลก (WHO Age-friendly Cities Framework) ซึ่งกำหนดองค์ประกอบหลัก 8 ด้าน ได้แก่

1. อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor Spaces and Buildings)
2. ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation)
3. ที่อยู่อาศัย (Housing)
4. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Participation)
5. การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and Social Inclusion)
6. การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic Participation and Employment)

7. การสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and Information)

8. การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community Support and Health Services) เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนารูปแบบและกำหนดกิจกรรมให้ครอบคลุมทุกมิติของการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ

2.1 การตรวจสอบความเหมาะสมของร่างรูปแบบ: ร่างรูปแบบดังกล่าวได้นำเสนอแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อประเมินความเหมาะสม ความครอบคลุม และความเป็นไปได้ขององค์ประกอบทั้ง 8 ด้านตามกรอบขององค์การอนามัยโลก

2.2 การปรับปรุงรูปแบบ: ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและภาคีเครือข่ายเพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบในด้านองค์ประกอบกิจกรรม เกณฑ์การประเมิน และแนวทางปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ก่อนนำเสนอเพื่อยืนยันความถูกต้องในรอบที่สอง

2.3 การนำรูปแบบไปใช้จริง: ชุมชนเป้าหมายดำเนินการทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ภายใต้การติดตามและให้คำปรึกษาทางวิชาการโดยทีมวิจัย ผ่านการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม รวมถึงการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนในแต่ละองค์ประกอบทั้ง 8 ด้านอย่างต่อเนื่องและบูรณาการ

2.4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผล (Reflect on Action): หลังสิ้นสุดการดำเนินงาน ผู้วิจัยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อถอดบทเรียนและสะท้อนผลร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยอาศัยข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการประเมินแบบฟอร์มชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ รวมถึงการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซ้ำหลังการดำเนินงาน เพื่อสรุปผลการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบและใช้เป็นแนวทางขยายผลในพื้นที่อื่นต่อไป

3. ระยะที่ 3: การประเมินผลและถอดบทเรียน (Evaluation and Reflection)

ผลการดำเนินงานจากทั้งสองพื้นที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เชิงเนื้อหา พร้อมจัดเวทีประเมินผลและถอดบทเรียนแบบมีส่วนร่วม (After Action Review: AAR) เพื่อสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ อุปสรรค และแนวทางพัฒนาตลอดจนจัดทำรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2 ที่สมบูรณ์และสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ: จากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง การสังเกต และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยกระบวนการวิเคราะห์จะดำเนินการควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ: จากแบบวัด WHOQOL BREF – THAI และแบบประเมินชุมชน ฯ

2.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics): วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงคะแนนคุณภาพชีวิต

2.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics): วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL BREF – THAI) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมในการพัฒนารูปแบบเป็นเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้สถิติทดสอบทีแบบไม่อิสระ (Paired Samples t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย รหัสโครงการวิจัย 55/2025 วันที่ 24 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2

กระบวนการพัฒนาใช้แนวทาง วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยให้ภาคีเครือข่ายในแต่ละพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การสะท้อนคิด การวางแผน การดำเนินงาน การสังเกตผล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อร่วมกันสร้างแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น ผลการดำเนินงานใน 2พื้นที่ ได้แก่ เทศบาลตำบลทุ่งหลวง จังหวัดสุโขทัย (ชุมชนกึ่งชนบท) และเทศบาลเมืองวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ (ชุมชนกึ่งเมือง) ส่งผลให้เกิด “รูปแบบการพัฒนาเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย” ครอบคลุม 8 องค์ประกอบตามกรอบแนวคิดองค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) ดังนี้

1. ด้านอาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor Spaces and Buildings): ทั้ง 2 พื้นที่ได้ดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาสถานที่ที่ผู้สูงอายุใช้ร่วมกันเป็นประจำ ได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วัด ชมรมผู้สูงอายุ สถานบริการสาธารณสุข และหน่วยงานราชการ ให้มีความปลอดภัย เข้าถึงได้ และเหมาะสมกับการใช้งานของผู้สูงอายุทุกกลุ่ม โดยมีการติดตั้ง ทางลาด ราวจับ ห้องน้ำมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุ ระบบไฟส่องสว่างในจุดเสี่ยง รวมถึงการปรับพื้นผิวทางเดินให้เรียบ ลดสิ่งกีดขวาง และที่นั่งเฉพาะสำหรับการมาใช้บริการ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ ยังได้จัดสรร พื้นที่สีเขียวและสวนสุขภาพ สำหรับกิจกรรมออกกำลังกาย และกิจกรรมสันทนาการ เพื่อสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและส่งเสริมสุขภาวะกาย ใจ ของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป ทั้งสองพื้นที่มีการพัฒนาอาคารและพื้นที่สาธารณะที่ผู้สูงอายุใช้ร่วมกันให้มีความปลอดภัยและเหมาะสมต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างเป็นรูปธรรม โดย เทศบาลตำบลทุ่งหลวง เน้น “การปรับปรุงพื้นที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตให้เป็นศูนย์กลางกิจกรรมชุมชน” ส่วน เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี เด่นในด้าน “การจัดระบบโครงสร้างพื้นฐานและพื้นที่สาธารณะในเขตเมืองให้ปลอดภัยและเข้าถึงได้” ซึ่งสะท้อนถึงการพัฒนาเชิงกายภาพที่สอดคล้องกับแนวคิด “ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” ขององค์การอนามัยโลก

2. ด้านระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation): ทั้ง 2 พื้นที่ได้พัฒนาระบบขนส่งที่เอื้อต่อการเดินทางของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและกิจกรรมในชุมชนอย่างปลอดภัยและทั่วถึง ในพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งหลวง มีการจัดบริการ รถรับ–ส่งผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง สำหรับเข้ารับบริการสุขภาพและร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ โดยมีเยาวชนอาสาและอสม.เป็นผู้ดูแลร่วมกับเทศบาล นอกจากนี้ ได้ดำเนินการ อบรมผู้ขับขี่เพื่อส่งเสริมความปลอดภัย ติดตั้ง ป้ายจราจร กระจกนูน และไฟสัญญาณเตือนกว่า 30 จุด รวมถึงกำหนด เขตจำกัดความเร็ว 30 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ตามข้อเสนอของกลุ่มเยาวชนในชุมชน ส่วน เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี มีระบบ EMS ตลอด 24 ชั่วโมง พร้อมบริการรถรับ–ส่งผู้สูงอายุและผู้ป่วย จัดตั้ง ป้ายจราจร สัญญาณไฟกระจกนูน และไฟส่องสว่างทั่วเขตเทศบาล เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการสัญจรของผู้สูงอายุในเขตเมือง

โดยสรุป ทั้ง 2 พื้นที่มีระบบขนส่งที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม โดย ทุ่งหลวง เน้น “การจัดการเดินทางเชิงชุมชนและการมีส่วนร่วมของเยาวชน” ขณะที่วิเชียรบุรี เด่นด้าน “ระบบ EMS และมาตรการความปลอดภัยทางถนน” ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดด้านการเดินทางและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปลอดภัยและมีส่วนร่วมมากขึ้น

3. ด้านที่อยู่อาศัย (Housing): ทั้ง 2 พื้นที่ได้มีการสำรวจและปรับปรุงบ้านผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมถึงภาคีเอกชน (CSR) เพื่อให้บ้านมีความปลอดภัยและเหมาะสมต่อการใช้ชีวิตประจำวัน โดยได้ปรับสภาพบ้านให้อยู่ในมาตรฐานที่ปลอดภัย เช่น การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ การทำทางลาด พื้นกันลื่น การปรับระดับพื้นบ้านให้เท่ากัน และการติดตั้งไฟฟ้าให้เพียงพอในบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการมองเห็นไม่ชัด ในพื้นที่เทศบาลตำบลทุ่งหลวง ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และภาคีเครือข่าย CSR ในการซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุยากไร้ ขณะที่ เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี มีการจัดทำ “โครงการบ้านปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ” โดยบูรณาการร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและจิตอาสาในพื้นที่ เพื่อช่วยปรับสภาพบ้านและติดตามความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป ทั้ง 2 พื้นที่มีการจัดการด้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ โดย เทศบาลตำบลทุ่งหลวง เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน ส่วนเทศบาลเมืองวิเชียรบุรี เน้นการสร้างระบบติดตามและสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่น ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการลดการเกิดอุบัติเหตุและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่มั่นคงของผู้สูงอายุในระยะยาว

4. ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Participation): ทั้ง 2 พื้นที่ มีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมที่หลากหลายและเหมาะสมกับศักยภาพ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ การออกกำลังกายประจำสัปดาห์ กิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน และกิจกรรมทางศาสนาในวัด รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์และลดความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ โดยในพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งหลวง มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายทุกเช้าในสวนสุขภาพ การเรียนรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ และกิจกรรม “เพื่อนเยี่ยมเพื่อน” เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ส่วนพื้นที่เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี มีกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ การรำไม้พลอง การรำกลองยาว และการจัดงานประเพณีวันผู้สูงอายุร่วมกับวัดและหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกและมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป ทั้ง 2 พื้นที่สามารถสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม โดย เทศบาลตำบลทุ่งหลวง เด่นด้านการดูแลแบบอบอุ่นในชุมชน ส่วนเทศบาลเมืองวิเชียรบุรี เด่นด้านกิจกรรมสร้างสุขในเขตเมือง ซึ่งช่วยส่งเสริมสุขภาวะกายและใจ และสร้างคุณค่าในตนเองให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอย่างแท้จริง

5. ด้านการให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and Social Inclusion): ทั้ง 2 พื้นที่ มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมทัศนคติที่ดีและยกย่องผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีคุณค่าในสังคม โดยเน้นการสร้างความภาคภูมิใจและการยอมรับจากชุมชนผ่านกิจกรรมเชิดชูเกียรติและการสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ในพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งหลวง มีการจัดกิจกรรม “วันผู้สูงอายุแห่งชาติ” การยกย่อง “ผู้สูงอายุต้นแบบ” และกิจกรรม “ปราชญ์ชาวบ้าน” เพื่อเผยแพร่คุณค่าของประสบการณ์ชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คนรุ่นหลัง ส่วนพื้นที่ เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี มีการจัดกิจกรรม “ผู้สูงวัยต้นแบบสร้างแรงบันดาลใจ” เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุถ่ายทอดเรื่องราว ประสบการณ์และบทเรียนชีวิตให้แก่เยาวชน รวมทั้งกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างวัยที่ส่งเสริมความเข้าใจและความเคารพซึ่งกันและกัน

โดยสรุป ทั้งสองพื้นที่มีการขับเคลื่อนกิจกรรมที่สะท้อนการยอมรับในศักยภาพและคุณค่าของผู้สูงอายุ ช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจ

ในตนเองและสร้างภาพลักษณ์เชิงบวกของผู้สูงอายุในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เน้นให้ชุมชนเป็นพื้นที่แห่งการเคารพ การมีส่วนร่วม และการอยู่ร่วมกันของคนทุกช่วงวัยอย่างเท่าเทียม

6. ด้านการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน(Civic Participation and Employment): ทั้ง 2 พื้นที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในการพัฒนาชุมชนและสร้างรายได้ตามศักยภาพของตนเอง โดยจัดกิจกรรมฝึกอาชีพและตลาดนัดผู้สูงอายุ เพื่อจำหน่ายผลิตภัณฑ์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นและสินค้าชุมชน ในพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งหลวง มีการจัด “ตลาดนัดสุขภาพผู้สูงอายุ” เพื่อให้ผู้สูงอายุจำหน่ายสินค้าจากผลผลิตทางการเกษตรและผลิตภัณฑ์ชุมชน ส่วนพื้นที่ เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี มีการส่งเสริมอาชีพตามความถนัดของผู้สูงอายุ เช่น งานหัตถกรรมพื้นบ้าน และการทำผลิตภัณฑ์จากวัสดุธรรมชาติ เพื่อสร้างรายได้เสริมและใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์

โดยสรุป ทั้ง 2 พื้นที่ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างเหมาะสม โดย ทุ่งหลวง เน้นกิจกรรมเชิงชุมชนที่เกิดจากความร่วมมือของภาคี ส่วน วิเชียรบุรี เน้นการสร้างงานจากภูมิปัญญาและการส่งเสริมอาชีพเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งช่วยเพิ่มคุณค่าและความภาคภูมิใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

7. ด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and Information): ทั้ง 2 พื้นที่ได้พัฒนาระบบสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึง โดยผสานการใช้สื่อดั้งเดิมและสื่อดิจิทัลให้เหมาะกับบริบทของชุมชน โดยเทศบาลตำบลทุ่งหลวง พัฒนาระบบสื่อสารชุมชน ผ่านเสียงไร้สาย เว็บไซต์ เฟซบุ๊กไลน์กลุ่ม และบริการ E–Service จากศูนย์ดิจิทัลชุมชน และจัดอบรมการใช้สื่อออนไลน์และความปลอดภัยไซเบอร์แก่ผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารในยุคดิจิทัล ในส่วนของเทศบาลเมืองวิเชียรบุรี ขับเคลื่อนจาก องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) สู่ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLC) ใช้สื่อสมัยใหม่ เช่น TikTok จอ LED เสียงตามสาย และสื่อสิ่งพิมพ์ตัวใหญ่ รวมถึงบริการ One Stop Service เพื่อเผยแพร่ข้อมูลและรับฟังข้อเสนอจากประชาชน

โดยสรุป ทั้ง 2 พื้นที่มีระบบสื่อสารเพื่อสุขภาพที่เข้าถึงง่ายและครอบคลุม ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยและสามารถปรับตัวสู่สังคมดิจิทัลได้อย่างมั่นใจ

8. ด้านบริการชุมชนและบริการสุขภาพ (Community Support and Health Services): ทั้ง 2 พื้นที่ มีระบบบริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุม โดยเน้นการบูรณาการระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในพื้นที่เทศบาลตำบลทุ่งหลวง มีการจัดตั้ง “ธรรมนูญสุขภาพตำบล” เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การคัดกรองสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ขณะที่ เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี มีระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยี Telemedicine และระบบ EMS ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุ

โดยสรุป ทั้ง 2 พื้นที่มีระบบบริการสุขภาพและบริการชุมชนที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ผลลัพธ์ของการดำเนินงานรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2

การดำเนินงานรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งผลให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกาย สังคม และบริการสุขภาพให้เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นใน 4 มิติหลัก ได้แก่ สุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลทุ่งหลวง จำแนกคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

คุณภาพชีวิต	คะแนนก่อน (SD)	ระดับ	คะแนนหลัง (SD)	ระดับ	t	*p-value*
ด้านสุขภาพกาย	24.65 (2.87)	คุณภาพชีวิตปานกลาง	31.84 (2.00)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-37.46	< .001
ด้านจิตใจ	22.99 (2.98)	คุณภาพชีวิตปานกลาง	28.19 (1.71)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-28.54	< .001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.46 (1.63)	คุณภาพชีวิตปานกลาง	13.41 (1.24)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-36.55	< .001
ดานสิ่งแวดลอม	28.89 (3.73)	คุณภาพชีวิตปานกลาง	36.77 (2.08)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-34.08	< .001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	93.15 (10.53)	คุณภาพชีวิตปานกลาง	119.51 (6.17)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-39.52	< .001

จากตาราง พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลทุ่งหลวงหลังเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยรวมจาก 93.15 (SD = 10.53) เป็น 119.51 (SD = 6.17) เปลี่ยนระดับจากปานกลางเป็นดีทุกมิติ โดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่เพิ่มขึ้นสูงสุด แสดงถึงการมีส่วนร่วมและการสื่อสารทางสังคมของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น ขณะที่ด้านสุขภาพกายและจิตใจสะท้อนถึงการพัฒนาสมรรถภาพและความมั่นคงทางอารมณ์ ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมแสดงถึงการรับรู้ต่อความปลอดภัยและการสนับสนุนจากชุมชนที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นอย่างชัดเจนหลังการดำเนินโครงการ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเทศบาลเมืองวิเชียรบุรี จำแนกคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

คุณภาพชีวิต	คะแนนก่อน (SD)	ระดับ	คะแนนหลัง (SD)	ระดับ	t	*p-value*
ด้านสุขภาพกาย	20.35 (3.33)	คุณภาพชีวิตปานกลาง	24.44 (3.01)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-22.54	< .001
ด้านจิตใจ	22.41 (3.55)	คุณภาพชีวิตปานกลาง	23.92 (2.49)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-9.74	< .001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.63 (2.10)	คุณภาพชีวิตปานกลาง	12.27 (1.24)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-26.04	< .001
ดานสิ่งแวดลอม	28.47 (5.04)	คุณภาพชีวิตปานกลาง	30.17 (2.79)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-6.43	< .001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	91.64 (14.28)	คุณภาพชีวิตปานกลาง	98.58 (7.92)	คุณภาพชีวิตที่ดี	-10.36	< .001

จากตารางพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองวิเชียรบุรีหลังเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยรวมจาก 91.64 (SD = 14.28) เป็น 98.58 (SD = 7.92) ระดับคุณภาพชีวิตเปลี่ยนจากปานกลางเป็นดีทุกมิติ โดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพทาง

สังคมซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเด่นชัดที่สุด แสดงถึงการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น ขณะที่ด้านสุขภาพกายและจิตใจสะท้อนถึงสมรรถภาพและสภาวะอารมณ์ที่มั่นคงมากขึ้น ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมแสดงถึงการรับรู้ต่อความปลอดภัยและสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนที่ดีขึ้นโดยรวม ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าโครงการสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเทศบาลเมืองวิเชียรบุรีได้อย่างเป็นรูปธรรม

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้พบว่า การพัฒนารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2 ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในทุกมิติ ทั้งสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เทศบาลตำบลทุ่งหลวง (กึ่งชนบท) ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มจาก 93.15 เป็น 119.51 สะท้อนการมีส่วนร่วมทางสังคมและความสัมพันธ์ในชุมชนที่เข้มแข็ง ส่วนเทศบาลเมืองวิเชียรบุรี (กึ่งเมือง) ค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 91.64 เป็น 98.58 แสดงถึงการพัฒนาซึ่งมีจุดเด่นในด้านสุขภาพกายและสิ่งแวดล้อม โดยรวมรูปแบบการดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนสามารถเสริมสร้างสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยทั้งสองข้อ ซึ่งมุ่งศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานดังกล่าวในเขตสุขภาพที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลลัพธ์ที่ได้แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมสามารถเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งในมิติสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งยืนยันสมมุติฐานของการวิจัยนี้ว่าการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมีผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรศาสนา ภาคเอกชน และประชาชนในชุมชน สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ของ Crane และ O'Regan[6] ซึ่งมุ่งเน้นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักวิจัยและชุมชนผ่านการปฏิบัติจริงและการสะท้อนผลอย่างต่อเนื่อง อันช่วยสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของและเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานในระยะยาว นอกจากนี้ การขับเคลื่อนตามแนวทาง 8 ด้านของชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก[4] ยังสะท้อนถึงการพัฒนาที่ครอบคลุม ทั้งด้านอาคารสถานที่ การขนส่ง ที่อยู่อาศัย การมีส่วนร่วมทางสังคม และบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม

เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างพื้นที่ พบว่าพื้นที่เทศบาลตำบลทุ่งหลวง ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งชนบท มีความโดดเด่นด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับเครือข่ายชุมชนและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ที่อธิบายว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นกลไกสำคัญในการคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ[11,12] ส่วนพื้นที่เทศบาลเมืองวิเชียรบุรี ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีความก้าวหน้าในด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ EMS ตลอด 24 ชั่วโมง การจัดการสาธารณูปโภค และการปรับปรุงพื้นที่สาธารณะให้ปลอดภัยและเข้าถึงได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tavares และคณะ[13] ที่ชี้ว่าการจัดระบบสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและลดข้อจำกัดในการดำรงชีวิต

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของภาวดี อังศุสิงห์ และพัณณิตา ศรีกุมาร[14,15] ซึ่งพบว่า การออกแบบพื้นที่สาธารณะและที่อยู่อาศัยให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายและสมรรถภาพของผู้สูงอายุ เช่น การจัดทำทางลาด ราวจับ ห้องน้ำมาตรฐาน และการจัดพื้นที่สีเขียว เป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญที่ส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาวะทั้งทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างต่อเนื่องภายหลังเข้าร่วมโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ที่อธิบายว่าการคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่คุ้นเคยและการรักษาความสัมพันธ์ทางสังคมในชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางจิตใจ รู้สึกมีคุณค่า และยังคงบทบาทของตนในสังคมได้อย่างเหมาะสม[16]

ผลลัพธ์ที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศ โดย Hong, Kim และ Canham รายงานว่าการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุช่วยส่งเสริมสุขภาวะและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ[17] เช่นเดียวกับการศึกษาของ Zhou และคณะ ซึ่งพบว่าสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุมีผลเชิงบวกต่อสุขภาพกายและจิต[18] ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยพื้นที่กึ่งเมืองและกึ่งชนบท สามารถเป็นต้นแบบการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับเขตได้

โดยสรุป การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2 สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และสามารถใช้เป็นแนวทางขยายผลการดำเนินงานสู่พื้นที่อื่นเพื่อสร้างสังคมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. เชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1.1 หน่วยบริการสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน ขยายผลรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุไปยังพื้นที่อื่นในเขตสุขภาพที่ 2 และบูรณาการเป็นแผนการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่อง ครอบคลุมสุขภาพกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

1.2 ควรสนับสนุนกองทุนหรือภาคีเครือข่ายท้องถิ่น (เช่น CSR) ให้ร่วมส่งเสริมกิจกรรมและปรับสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเข้าถึงได้สำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม

2. เชิงวิชาการและการวิจัยในอนาคต

ควรติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ที่ให้การสนับสนุนและความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันมีคุณค่า ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้บรรลุผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ.(2567). รายงานผลคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 2. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก: https://datacatalog.anamai.moph.go.th/dataset/agingregion2
3. United Nations Population Fund Thailand.(2023). Thailand's Ageing Population Report 2023. Bangkok: UNFPA. เข้าถึงได้จาก: https://www.unfpa.org/data/transparency-portal/unfpa-thailand
4. World Health Organization (WHO).(2007). Global age-friendly cities: A guide. Geneva: WHO. เข้าถึงได้จาก: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43755

5. กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แผนบูรณาการความร่วมมือ 7 กระทรวง พ.ศ. 2565–2569. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
6. Crane P, O'Regan M.(2010). On PAR: Using participatory action research to improve early intervention. Canberra: Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs.
7. สำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย.(2567). แนวทางการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.
8. United Nations.(2015). Sustainable Development Goals: 17 Goals to Transform Our World. New York: United Nations.
9. Krejcie RV, Morgan DW.(1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607–610.
10. Eliopoulos C. Gerontological Nursing.(2010). 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
11. Grossman G, Lange JW.(2006). Theories of aging as basis for assessment. MEDSURG Nursing. 2006;15(2):77–83.
12. Tavares J, Santinha G, Rocha NP.(2021). Age-friendly health care: A systematic review. Healthcare. 2021;9(1):83.
13. ภาวดี อังศุสิงห์.(2565). สภาพแวดล้อมนอกอาคารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเมืองน่าอยู่กรุงเทพมหานคร. หน้าจั่วว่าด้วยประวัติศาสตร์สถาปัตยกรรมและสถาปัตยกรรมไทย. 2565;19(1):316–353.
14. พัณณิตา ศรีกุมาร, ไตรรัตน์ จารุทัศน์.(2567). แนวทางการพัฒนาสภาพแวดล้อมภายนอกสำหรับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชุมชนในกรุงเทพมหานคร. วารสารสถาปัตยกรรมศาสตร์ สาระสถาปัตย์. 2567;38(1):55–72.
15. ศิริรัตน์ ปานอุทัย.(2561). การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส; 2561.
16. Hong A, Kim JY, Canham SL.(2023). Age-friendly community interventions for health and social outcomes: A scoping review. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(3):2554.
17. Zhou JJ, Kang R, Bai X.(2022). A meta-analysis on the influence of age-friendly environments on older adults' physical and mental well-being. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(21):13813.

ความเครียด และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง

Stress and Coping Behaviors among Students in a Private Higher Education Institutions.

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 3,2025)

กล้าณรงค์ อินต๊ะวงค์[1] ภัทรภณ นิลสิงห์[1] อัมพร สัจจวีรวรรณ[2]
Klanarong Intawong[1] Pattarapon Nilsing[1] Amporn Sujjaveerawan[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด สาเหตุของความเครียดของนักศึกษา และวิธีการเผชิญความเครียดของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ที่กำลังศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง ประจำปีการศึกษา 2567 จำนวน 115 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี 4 ด้าน ซึ่งมีค่าความน่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 ประกอบด้วยด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านทักษะในการเรียน ด้านสภาพแวดล้อมในการเรียน และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายหาจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 62.6 เป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 42.6 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวระดับปานกลาง จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 77.4 ระดับความเครียดของนักศึกษาฯ ภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 (S.D.=1.02) โดยด้านทักษะในการเรียน มีระดับความเครียดมาก มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3.64 (S.D.=0.05) และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน มีระดับความเครียดปานกลาง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 3.03 (S.D.=0.04) และการเผชิญปัญหาของนักศึกษา โดยรวมระดับของการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 (S.D.=0.90) โดยนักศึกษาส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาความเครียดด้านการเผชิญกับปัญหา คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 (S.D.=1.28) และนักศึกษาส่วนใหญ่เลือกวิธีเผชิญความเครียดโดยคิดหาวิธีต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหา พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่ทำได้

คำสำคัญ: ความเครียด, การเผชิญความเครียด, สถาบันอุดมศึกษาเอกชน

Abstract

This survey research aimed to study the stress level, causes of stress among students, and coping strategies among students in private higher education institutions. The sample consisted of 115 regular undergraduate students studying at a private higher education institution in the academic year 2024. The research instruments were a general information questionnaire and a four-section undergraduate student stress questionnaire with a reliability value of 0.92, consisting of teaching management, study skills, learning environment, and peer relationships. The data were collected by self-administered questionnaires. Descriptive statistics were used to find percentages, means, and standard deviations.

The research results found that the majority of the sample were female, **72** people, accounting for **62.6** percent. **49** students, accounting for **42.6** percent, and **89** students, accounting for **77.4** percent, had a moderate family economic status. The overall stress level of the students was at a moderate level, with an average of **3.27** (S.D.=**1.02**). The study skills aspect had a high stress level, with the highest average of **3.64** (S.D.=**0.05**). The relationship with friends aspect had a moderate stress level, with the lowest average of **3.03** (S.D.=**0.04**). Overall, the students' stress level was high, with an average of **3.88** (S.D.=**0.90**). Most students used problem-solving

[1] คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น Corresponding Author's Email: amporn.sa@western.ac.th

techniques, with an average score of **4.32** (S.D.=**1.28**). Most students chose to cope with stress by thinking of various ways to solve problems and trying to control the situation as much as they could.

Keywords: Stress, Coping Behaviors, Private Higher Education Institutions

บทนำ

ความเครียด (Stress) เป็นภาวะที่ร่างกาย และจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองหรือตอบโต้ต่อสิ่งที่มากระตุ้น หรือความกดดันที่เกิดจากสิ่งเร้าภายนอกและ/หรือภายในที่มีผลต่อการดำรงชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายเกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจพร้อมกัน โดยอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อต่อต้านการคุกคามเหล่านั้น รวมถึงการแสดงออกเพื่อลดความเครียดให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และตลอดเวลา เมื่อมนุษย์เกิดความเครียดจากการรับสิ่งเร้าจะเกิดกลไกการหลั่งคอร์ติซอลฮอร์โมนไปกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก กระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลินเพิ่มขึ้นในกระแสเลือดมากกว่าภาวะปกติ หากไม่สามารถจัดการได้ในระยะยาวก็จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาระบบหัวใจ และหลอดเลือด รวมถึงระบบประสาท[1]ความเครียดที่เกิดขึ้นเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของปัจจัยทางชีววิทยา จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม (Bio-Psycho-Social Model) ทั้งนี้การประเมินความเครียดของบุคคลสามารถประเมินได้โดยวิธีที่หลากหลายในการตอบสนองต่อความเครียดที่เผชิญครอบคลุมทั้งการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ และการจัดการกับความเครียดแบบให้ประโยชน์น้อย ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นการจัดการความเครียดแบบหลายมิติ (Multidimensional coping)[2] ความเครียด สามารถเกิดได้กับทุกเพศ ทุกวัย โดยที่สาเหตุของความเครียดแตกต่างกันไปตามแต่ละวัย และสถานการณ์ที่แต่ละคนเผชิญ โดยเฉพาะวัยรุ่น ซึ่งถือเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างรวดเร็ว วัยรุ่นที่มีความเครียดสะสมในระดับที่มากเกินไปจะส่งผลกระทบทางด้านลบต่อปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมทั้งทางพฤติกรรม หากวัยรุ่นมีภาวะเครียดรุนแรงมากยิ่งขึ้น อาจถึงขั้นเกิดภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ นำมาซึ่งความสูญเสียเป็นอย่างมาก ปัจจุบันภาวะเครียดในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์สายด่วนสุขภาพจิต 1323 พบว่ามีวัยรุ่นโทรเข้ามาขอรับบริการปรึกษามากถึง 10,000 สาย ซึ่งปัญหาความเครียด/วิตกกังวล ติดอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 51.36 อันดับที่ 2 ปัญหาความรัก ร้อยละ 21.39 และอันดับที่ 3 ซึมเศร้า ร้อยละ 9.82 ตามลำดับ[3]

นักศึกษา ช่วงวัย 18-22 ปี เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นวัยที่มีการพัฒนา และเปลี่ยนแปลงด้านการคิด อารมณ์ จิตใจ และสังคมได้ช้ากว่าการเจริญเติบโตด้านร่างกาย เป็นช่วงวัยที่ก่อให้เกิดการตัดสินใจหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ อีกทั้งเมื่อได้รับโอกาสเข้าศึกษาต่อในระบบการศึกษาระดับอุดมศึกษา ต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับช่วงระหว่างวัยภายใต้กฎระเบียบ ข้อบังคับ สภาพแวดล้อมใหม่ การจัดการเรียนการเรียนการสอนในรูปแบบไฮบริด ทั้งภาคบรรยาย และภาคปฏิบัติ ความซับซ้อนของการเรียนรู้ในรายวิชาต่าง ๆ การบริหารจัดการเวลาในการทำงานที่ได้รับมอบหมาย การเตรียมตัวสอบ ความรับผิดชอบตัวเองมากขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมของสาขาวิชา คณะหรือสถาบัน ตลอดจนอาจสับสนในการวางบทบาทตนเอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุก ๆ ด้าน รวมถึงการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตจึงมีอิทธิพลทั้งในด้านร่างกาย และจิตใจ จึงเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด[4] ทั้งนี้การที่นักศึกษามีระดับความเครียดเล็กน้อยถึงปานกลางจะสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากจะทำให้นักศึกษามีความกระตือรือร้น ตั้งใจทำงาน และมีแรง

กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาตนเอง ในขณะเดียวกันถ้าความเครียดที่มากเกินไปจะทำให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ลดลง ถ้านักศึกษาเกิดความเครียดในระหว่างศึกษา และไม่สามารถปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ก็จะทำให้มีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำลงหรืออาจส่งผลให้ต้องออกจากการศึกษากลางคันตลอดจนอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด[5] หากนักศึกษาสามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ความเครียดก็จะทำให้สามารถลดความเครียด และปรับตัวกับการใช้ชีวิตจนถึงสามารถเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันอุดมศึกษาเอกชน มักกล่าวถึงในบริบทของความเป็นเจ้าของ และการดำเนินโดยภาคเอกชน ภายใต้พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติกำหนดให้สถาบันอุดมศึกษาเอกชนสามารถดำเนินการได้ 3 สถานะ คือมหาวิทยาลัย สถาบันและวิทยาลัย ทั้งนี้การดำเนินการระยะแรกส่วนใหญ่ประสบปัญหาขาดแคลนอุปกรณ์การศึกษา อาคารสถานที่ รวมถึงอัตราส่วนอาจารย์ประจำต่อนักศึกษาต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และขาดแคลนอาจารย์ที่มีตำแหน่งด้านวิชาการ ตลอดจนการจัดการศึกษาซึ่งไม่ได้รับการสนับสนุนด้านเงิน และงบประมาณจากภาครัฐ ต้องอาศัยแหล่งเงินทุนจากภาคเอกชน ทั้งยังต้องจัดการศึกษาให้มีคุณภาพ และบรรลุมาตรฐานตามตัวบ่งชี้คุณภาพเช่นเดียวกับสถาบันอุดมศึกษาของรัฐทุกประการ[6] จากที่กล่าวข้างต้นอาจไม่เอื้อต่อการพัฒนาประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการศึกษา

ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความเครียดในนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน เพื่อทราบลักษณะข้อมูลเบื้องต้น และระดับความเครียดของนักศึกษาในแต่ละชั้นปี เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาทั้งในการจัดกระบวนการเรียนการสอน และการพัฒนานักศึกษาของสถาบันอุดมศึกษาเอกชนให้เป็นผู้มีสุขภาวะทางจิตใจที่สมบูรณ์ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อนมากขึ้น และแก้ปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความเครียด สาเหตุของความเครียดของนักศึกษา และวิธีการเผชิญความเครียดของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ที่กำลังศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดตาก ประจำปีการศึกษา 2567 จำนวน 115 คน จากคณะบริหารธุรกิจ คณะนิติศาสตร์และรัฐศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัยเอง

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนพฤศจิกายน-เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ แบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความน่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 โดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ที่พักอาศัย ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว รายได้ต่อเดือน และแบบสอบถามความเครียดของนักศึกษา รวม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านทักษะในการเรียน ด้านสภาพแวดล้อมในการเรียน และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน เป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ รวมทั้งหมด 30 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามความเครียดของนักศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านทักษะในการเรียน ด้านสภาพแวดล้อมในการเรียน และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คืออาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลจิตเวช อาจารย์คณะสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญการวิจัย และอาจารย์คณะสหเวชศาสตร์ด้านจิตวิทยาอุตสาหกรรมIOC = 0.85-1.00 แบบสอบถามความเครียดของนักศึกษา รวม 4 ด้าน หาความเที่ยง (Reliability) กับนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาของรัฐในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมผู้วิจัยประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นใช้การสุ่มแบบเจาะจงนักศึกษาทุกคนที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2567 ทุกคนในการทำแบบสอบถามตามจำนวนที่กำหนด ในรูปแบบออนไลน์ผ่าน QR-Code แอปพลิเคชัน Google form กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม และตอบกลับโดยใช้เวลา 10-15 นาที และส่งแบบสอบถามกลับให้ทีมผู้วิจัย ทีมผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) วิเคราะห์ระดับความเครียด ด้วยหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัย และเครื่องมือวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น NTC 888-00098

ผลการวิจัย

จากการศึกษาความเครียด และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1-4 ทั้งหมด 115 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 62.6 มีอายุอยู่ระหว่าง 20-25 ปี จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 57.4 โดยเป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 42.6 มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยสะสม 2.51-3.00 จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 37.4 พักอาศัยอยู่หอพักภายในสถาบัน จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 73.9 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวระดับปานกลาง จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 77.4 และมีรายได้เฉลี่ย 3,000-5,000บาท/เดือน รวมแหล่งที่มาทั้งจากกองทุนให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา และช่องทางอื่นๆ จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 50.4

ระดับความเครียดของนักศึกษาฯ ในด้านการเรียนการสอน ด้านทักษะในการเรียน ด้านสภาพแวดล้อมทางการเรียน และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 (S.D.=1.02) เมื่อพิจารณารายด้าน ตามค่าคะแนนเฉลี่ยมากน้อย พบว่าด้านการเรียนการสอนนักศึกษา มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง 3.18 (S.D.=0.08) โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ประเด็นเรื่องการเรียนการสอนส่วนใหญ่ใช้การบรรยายเพียงอย่างเดียวโดยไม่เน้นภาคปฏิบัติ ทำให้นักศึกษารู้สึกไม่สนุกกับการเรียน มีระดับความเครียดมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 (S.D.=1.00) และประเด็นเรื่องอาจารย์ไม่เปิดโอกาสให้นักศึกษาแสดงความคิดเห็นในชั้นเรียน มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.91 (S.D.=1.13) ด้านทักษะในการเรียน มีระดับความเครียดมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ

3.64 (S.D.=0.05) โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ประเด็นเรื่องนักศึกษาขาดความรู้ความเข้าใจในการอ่านตีความข้อสอบ และวิเคราะห์โจทย์ค่าเฉลี่ย 3.58 (S.D.=0.90) และประเด็นเรื่องนักศึกษาขาดความรู้ความเข้าใจหรือทักษะในการใช้เทคโนโลยี ทางการศึกษา เช่น การใช้ E-mail การใช้ Google Classroom ฯลฯ มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.01 (S.D.=1.05) ด้านสภาพแวดล้อมทางการเรียน มีระดับความเครียดปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 (S.D.=0.08) โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ประเด็นเรื่องนักศึกษารู้สึกหงุดหงิดในสภาพของชั้นเรียนที่ไม่เอื้ออำนวยต่อกิจกรรมการเรียนการสอน เช่น อากาศร้อน แสงสว่างไม่เพียงพอ เป็นต้น มีระดับความเครียดมาก ค่าเฉลี่ย 3.57 (S.D.=1.05) และประเด็นเรื่องการจัดระบบการลงทะเบียนล่าช้า ทำให้นักศึกษารู้สึกรำคาญใจ มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.21 (S.D.=9.8) และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน มีระดับความเครียดปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 (S.D.=0.04) โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าเพื่อนในกลุ่มไม่ค่อยยอมรับความคิดเห็นของนักศึกษา ทำให้นักศึกษารู้สึกไม่สบายใจ ค่าเฉลี่ย 3.55 (S.D.=1.05) และประเด็นเรื่องนักศึกษารู้สึกอึดอัดเมื่อต้องเข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อน ระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.89 (S.D.=1.07)

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณารายชั้นปี โดยเรียงจากค่าเฉลี่ยระดับความเครียดจากมากไปหาน้อย ดังตารางที่ 2 พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีระดับความเครียดด้านทักษะในการเรียน มีความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.34 (S.D.=0.05) ด้านสภาพแวดล้อมทางการเรียน ความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.22 (S.D.=0.80) ด้านการเรียนการสอนนักศึกษา มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.18 (S.D.=0.08) และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.15 (S.D.=0.09) ตามลำดับ นักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีระดับความเครียดด้านทักษะในการเรียน มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.30 (S.D.=0.05) ด้านสภาพแวดล้อมทางการเรียน มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.15 (S.D.=0.09) ด้านการเรียนการสอนนักศึกษา มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.10 (S.D.=0.08) และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D.=0.04) ตามลำดับ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีระดับความเครียดด้านทักษะในการเรียน มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.34 (S.D.=0.05) ด้านสภาพแวดล้อมทางการเรียน มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.22 (S.D.=0.80) ด้านการเรียนการสอนนักศึกษา มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.18 (S.D.=0.08) และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.03 (S.D.=0.04) ตามลำดับ และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีระดับความเครียดด้านทักษะในการเรียน มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.35 (S.D.=0.08) ด้านสภาพแวดล้อมทางการเรียน มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.17 (S.D.=0.11) ด้านการเรียนการสอนนักศึกษา มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.13 (S.D.=0.09) และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.93 (S.D.=0.04) ตามลำดับ

การเผชิญปัญหาของนักศึกษา เมื่อเกิดความเครียดโดยรวมระดับของการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 (S.D.=0.90) โดยนักศึกษาส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาความเครียดด้านการเผชิญกับปัญหา คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 (S.D.=1.28) มากกว่าด้านการบรรเทาความเครียด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 (S.D.=1.25) และด้านการจัดการกับอารมณ์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.44 (S.D.=0.98) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3 และเมื่อพิจารณารายวิธีพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เลือกวิธีเผชิญความเครียดโดยคิดหาวิธีต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหา พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่ทำได้ ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง รับประทานอาหารหรือหากิจกรรมทำ ไม่สนใจต่อปัญหา และระบายอารมณ์กับคนอื่นหรือสิ่งอื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 (S.D.=0.98), 3.44 (S.D.=1.08), 3.04 (S.D.=1.23), 2.99 (S.D.=1.17), 2.96

(S.D.=1.10), 2.88 (S.D.=1.09) และ 2.44 (S.D.= 1.58) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาระดับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ที่กำลังศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง ประจำปีการศึกษา 2567 ทุกชั้นปี จำนวน 115 คน โดยรวมระดับความเครียดของนักศึกษาทุกชั้นปีทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 (S.D.=1.02) อาจอธิบายได้ว่าจากการเรียนในห้องเรียนน้อยลง นักศึกษาสามารถใช้เวลาที่เหลือในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมด้วยตนเอง ตลอดจนการทำความรู้จักเพื่อน อาจารย์ และบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาจะช่วยให้ปรับตัวได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ จิริสุดา สินธุศิริ และคณะ[7] ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่า นักศึกษามีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 38.3 รองลงมามีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 30.2 และจากการศึกษาของ ธัญญารัตน์ จันทรเสนา และคณะ[8] ศึกษาความเครียดของนิสิตระดับปริญญาตรี พบว่า นิสิตมีความเครียดโดยรวม และในแต่ละด้านในอยู่ในระดับปานกลาง ตลอดจนการศึกษาของ ไพรัช วงศ์ศรีตระกูล[9] ศึกษาความเครียดและความวิตกกังวลของนักศึกษามหาวิทยาธนบุรี พบว่านักศึกษามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง และวิธีการจัดการความเครียดและความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับสาเหตุของความเครียดของนักศึกษาโดยเรียงจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อย ตามรายด้านพบว่า นักศึกษามีค่าเฉลี่ยความเครียดมาก ด้านทักษะในการเรียน ด้านสภาพแวดล้อม ด้านการเรียนการสอน และด้านความสัมพันธ์ ตามลำดับ ซึ่งความเครียดด้านทักษะในการเรียน มีระดับความเครียดมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 (S.D.=0.05) อาจเนื่องจากการที่นักศึกษามีความคาดหวังสูงในระดับอุดมศึกษา เป็นผลให้นักศึกษาต้องตั้งใจเรียนเพื่อรักษาผลการเรียนให้เป็นที่พึงพอใจ อีกทั้งการเรียนในระดับอุดมศึกษามีวิธีการเรียนการสอนที่แตกต่างจากระดับมัธยมศึกษา นักศึกษาต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง พึ่งพาตนเอง หากปรับตัวไม่ได้จะส่งผลต่อความเครียดที่เกิดขึ้น[7] เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า นักศึกษามีความเครียดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการอ่านตีความข้อสอบ และวิเคราะห์โจทย์ รู้สึกวิตกกังวลและสับสน กลัวทำข้อสอบไม่ได้ ขาดทักษะในการใช้ภาษาอังกฤษ ทำให้รู้สึกกังวลใจ และขาดความรู้ความเข้าใจหรือทักษะในการใช้เทคโนโลยี ทางการศึกษา เช่น การใช้ E-mail การใช้ Google Classroom ฯลฯ ตามลำดับ ด้านสภาพแวดล้อม มีระดับความเครียดปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 (S.D.=0.08) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า นักศึกษามีความเครียดจากการประเด็นเรื่องนักศึกษารู้สึกหงุดหงิดในสภาพของชั้นเรียนที่ไม่เอื้ออำนวยต่อกิจกรรมการเรียนการสอน เช่น อากาศร้อน แสงสว่างไม่เพียงพอ และประเด็นเรื่องการจัดระบบการลงทะเบียนล่าช้า ทำให้นักศึกษารู้สึกรำคาญใจ มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูง อาจอธิบายได้ว่าบริบทของนักศึกษาที่อยู่ท่ามกลางผู้คนมากเกินไป ร้อนจัด เสียงดังเกินไป ทำให้ไม่มีความเป็นส่วนตัว เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของบุคคลได้[10] และการศึกษาของ ณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์[11] พบว่า สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเรา ที่เราสัมผัส ได้ว่าร้อน หนาว เย็น มืด สว่าง มีกลิ่น หรือเสียงที่ได้ยินจากประสาทสัมผัสทั้งห้า อาจมีผลต่อร่างกายหากปัจจัย ทางสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นมากเกินไปอาจทำให้เกิดความเครียดได้ ด้านการเรียนการสอน มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 (S.D.= 0.08) โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ประเด็นเรื่องการเรียนการสอนส่วนใหญ่ใช้การบรรยายเพียงอย่างเดียวโดยไม่เน้นภาคปฏิบัติ ทำให้นักศึกษารู้สึกไม่สนุกกับการเรียน และประเด็นเรื่องอาจารย์ไม่เปิดโอกาสให้นักศึกษาแสดงความคิดเห็นในชั้นเรียน อาจอธิบายได้ว่านักศึกษาไม่คุ้นกับลักษณะวิธีการเรียนในระดับอุดมศึกษาจึงอาจเกิดความสับสน ความท้อแท้ในการเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพล พุ่มชุมพล[12] ได้ศึกษาทัศนะของนักศึกษาที่มีต่อการ

จัดการเรียนการสอน พบว่าสิ่งที่ต้องพิจารณาสำหรับการจัดการเรียนการสอนระดับอุดมศึกษาคือวิธีการสอนที่เหมาะสมกับเนื้อหาของกลุ่มผู้เรียน กิจกรรมการเรียนการสอนที่เหมาะกับเนื้อหาสาระ เพื่อให้สามารถเรียนรู้ได้มากที่สุด และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน มีระดับความเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 3.03 (S.D.=0.04) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า นักศึกษามีความเครียดจากการประเด็นเรื่องเพื่อนในกลุ่มไม่ค่อยยอมรับความคิดเห็นของนักศึกษา ทำให้นักศึกษารู้สึกไม่สบายใจ และประเด็นเรื่องนักศึกษารู้สึกอึดอัดเมื่อต้องเข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับ ไพรัช วงศ์ศรีตระกูล[9] กล่าวว่านักศึกษาและเพื่อนในชั้นเรียนมีความเห็นไม่สอดคล้องกัน การมีอคติต่อกัน ไม่สามารถปรับตัวเข้าหากันได้ ไม่สามารถอยู่ร่วมกัน หรือทำงานร่วมกันได้ ซึ่งบางคนอาจสูญเสียความมั่นใจในตนเอง การมองไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง และการขาดที่ยืนในสังคม ส่งผลต่อความเครียด

สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชน โดยรวมระดับของการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 (S.D.=0.90) โดยนักศึกษาส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาความเครียดด้านการเผชิญกับปัญหามากกว่าด้านการบรรเทาความเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ อาจอธิบายได้ว่า เมื่อนักศึกษาประสบปัญหาจะพยามยามแก้ไขปัญหาด้วยตนเองก่อนเป็นอันดับแรก ซึ่งหากจัดการกับปัญหาได้เร็วจะเป็นผลให้ลดระยะเวลาที่ต้องเผชิญกับความเครียดมากขึ้น ทั้งนี้การเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหา และประสิทธิภาพมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่นักศึกษาเผชิญอยู่หรือตามแต่บริบทของนักศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา ลิ้มทองกุล และสุภาพ อารีเอื้อ[13] ศึกษาแหล่งความเครียดวิธีการเผชิญความเครียดฯ พบว่าเมื่อเกิดความเครียดนักศึกษาเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหา การบรรเทาความรู้สึกเครียด การจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยทำให้ทราบถึงระดับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1-4 โดยภาพรวมมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการจัดกิจกรรมให้กับนักศึกษา เพื่อเป็นการป้องกัน และหาแนวทางในการลดความเครียดของนักศึกษา ดังนั้นสถาบันอุดมศึกษาเอกชนดังกล่าวควรจัดให้มีกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อแนะนำหรือหาแนวทางให้นักศึกษาที่จะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อลดความเครียด

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สามารถนำมาประกอบเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญให้แก่ หน่วยงาน/ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง อาทิ ผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อได้รับทราบถึงสถานการณ์การเกิดความเครียดของนักศึกษา และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำความเข้าใจมุมมองอารมณ์ความรู้สึก และเหตุผลของนักศึกษายิ่งขึ้น สถาบันอุดมศึกษาเอกชนควรมีการประเมินความเครียดของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง ให้ความช่วยเหลือและเพิ่มทักษะในการเผชิญความเครียด รวมทั้งควรมีการประชาสัมพันธ์ช่องทางหารให้คำปรึกษาโดยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช เพื่อส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตให้แก่นักศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ และธนวรรณ สงประเสริฐ. (2566). ความชุกของความเครียด และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 16 (3), 16-31.
2. จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, มัชฌิมา ดำมี, จันทร์จิรา นิ่มสุวรรณ, ชุติมา หมัดอะดัม, ศุภารัตน์ ละเอียดการ และสุชาวดี โสภณ. (2559). ความเครียด การจัดการความเครียดและความต้องการความช่วยเหลือของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 9(3), 36-50.

3. กรมสุขภาพจิต. (2562). กรมสุขภาพจิต เผยสถิติการให้บริการปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ สายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในปี 62 พบวัยรุ่นไทย มีปัญหาความเครียดเป็นอันดับหนึ่ง
เรียกใช้เมื่อ 1 ธันวาคม 2567 จาก https://1300thailand.m-society.go.th/article/126
4. เสาวภา ดงหงษ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ จังหวัดชลบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 29(2), 13-23.
5. ทัศนา ทวีคูณ, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภิณ แสงอ่อน. (2556). ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22(3) ,1-11.
6. ศิริพงศ์ รักใหม่, สิริฉันท์ สถิรกุล เตชพาหพงษ์ และพันธ์ศักดิ์ พลสารัมย์. (2561). พัฒนาการของสถาบันอุดมศึกษาเอกชนในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 9(3). 51-66.8. ธัญญารัตน์ จันทรเสนา, จารุวรรณ สกุลคู และอรรณพ โพธิสุข. (2556). ความเครียดของนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารวิจัยของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต, 9(2) ,139-156.
7. จิริสุดา สินธุศิริ, ปทิตตา สงวนสุข และ นริศรา ชัยเชียงพิณ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10(1), 207-215.
9. ไพรัช วงศ์ศรีตระกูล. (2553). ความเครียดและความวิตกกังวลของนักศึกษามหาวิทยาลัยธนบุรี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี, 5(9), 1-10.
10. วีนัสศิกาญจน์ ภู่เทียน, ปวิตราพร หนูสม, กาญจนา ติ่งน้อย, กาญจนา พันมาลา, วรวิทย์ สายคำมี และสุทธิดา อินทรแพทย์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. ในรายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
11. ณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อทักษะการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. ในวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
12. ณัฐพล พุ่มชุมพล. (2546). ทัศนะของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนของคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์. ในวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการอุดมศึกษา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
13. มณฑา ลิ้มทองกุล และสุภาพ อารีเอื้อ. (2552). แหล่งความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ในการฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 15(2). 192-205.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การจัดการทางการยศาสตร์เพื่อลดความผิดปกติทางระบบกระดูกโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานของพนักงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์แห่งหนึ่ง

Ergonomics Management on Risk Reduction of Work-Related Musculoskeletal Disorders among Industrial Electronics Workers.

ภัทรภณ นิลสิงห์[1] กล้าณรงค์ อินต๊ะวงค์[1]
Pattarapon Nilsing[1] Klanarong Intawong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีเพื่อประเมินผลระบบการดำเนินงานการยศาสตร์ก่อนและหลังของพนักงานบริษัทที่เกี่ยวกับการผลิตอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และเพื่อเสนอแนะปรับปรุงท่าทางการทำงานให้เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ โดยกลุ่มตัวอย่างจากตารางกำหนดกลุ่มตัวอย่างของ SEG หรือ Similar Exposure Group ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง พนักงานตำแหน่งแผนก HDD 188 คน ดังนี้ Comb: 76 คน (40.42%), Coil: 45 คน (23.94%), Assembly: 67 คน (35.64%) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ เช่น REBA (Rapid Entire Body Assessment) และ RULA (Rapid Upper Limb Assessment)

ผลการวิจัย พบว่า Comb ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 42 คน ความเสี่ยงต่ำ จำนวน 34 คน, Coil ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 4 คน ความเสี่ยงต่ำ จำนวน 41 คน, Assembly ความเสี่ยงสูง จำนวน 3 คน ความเสี่ยงปานกลาง เท่ากับ 4 คน ความเสี่ยงต่ำ จำนวน 60 คน รวม ระดับความเสี่ยงปานกลางถึงสูง จำนวน 53 คน หลังจากประเมินเบื้องต้น ได้ดำเนินการ อบรมให้ความรู้ด้านการยศาสตร์แก่พนักงานกลุ่ม เสี่ยง 53 คน เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและท่าทางในการทำงานให้เหมาะสมผลการประเมินซ้ำ (Post-test) ผลการประเมินหลังการอบรมแสดงให้เห็นว่า ระดับความเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ คือ Comb ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 4 คน ความเสี่ยงต่ำ จำนวน 38 คน, Coil ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 0 คน ความเสี่ยงต่ำ จำนวน 4 คน , Assembly ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 3 คน ความเสี่ยงต่ำ จำนวน 4 คน

คำสำคัญ: ความผิดปกติทางระบบกระดูกโครงร่างและกล้ามเนื้อ, การจัดการทางการยศาสตร์, พนักงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์

Abstact

This study was an experimental research to evaluate the before and after ergonomic performance of employees of an electronic manufacturing company and to suggest ways to improve ergonomic working postures. The sample group obtained from the SEG sample group or the similar risk group was 188 HDD employees as follows: Combing employees 76 people (40.42%), Coiling employees 45 people (23.94%), Assembly employees 67 people (35.64%). The research instruments were ergonomic risk assessment forms such as REBA (Rapid Overall Body Assessment) and RULA (Rapid Upper Extremity Assessment).

The results showed that combing employees were 42 people at moderate risk, 34 people at low risk, coiling employees were 41 people at moderate risk, 3 people at low risk, 4 people at moderate risk, 60 people at low risk, totaling 53 people at moderate to high risk. After the preliminary assessment, ergonomic training was provided to 53 at-risk employees to promote behavioral changes and appropriate working postures. Post-training test results The training evaluation results showed that The risk level was significantly reduced for Comb employees (4) at moderate risk, Coil employees (0) at moderate risk, Assembly employees (4) at low risk, and Assembly employees (3) at moderate risk.

Keywords: Musculoskeletal disorders, Ergonomic management, Electronics industry employees

[1] สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น, E-mail: t.pattara22@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยในปัจจุบันกำลังเผชิญกับการพัฒนาและขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคม อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในภาคอุตสาหกรรม ซึ่งมีการนำเทคโนโลยีการผลิตที่ทันสมัย และมีประสิทธิภาพมาใช้ส่งผลให้เกิดความต้องการแรงงานจำนวนมาก แรงงานจากภาคเกษตรกรรมจึง หลั่งไหลเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงนี้ได้นำมาซึ่งปัญหา หลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของสภาพการทำงานที่พนักงานต้องปฏิบัติงานร่วมกับ เครื่องจักรที่มีความซับซ้อน หากขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักด้านความปลอดภัย อาจส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรง เช่น การสูญเสียอวัยวะ หรือแม้กระทั่งการเสียชีวิต[1]

ซึ่งในสถานประกอบกิจการมักเผชิญกับอันตรายที่เกิดจากการทำงานร่วมกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ จากสภาพแวดล้อมในการทำงานและป้องกันที่แหล่งกำเนิด หรือต้นเหตุที่ทำให้เกิดอันตราย (Source) การควบคุมและป้องกันที่ผ่านทางของอันตราย (Path) และการควบคุมและป้องกันที่ตัวผู้ปฏิบัติงาน (Receiver) ซึ่งมีหลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ การควบคุมสภาพแวดล้อมการทำงานการปรับปรุงด้านวิศวกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน ซึ่งใน สถานประกอบกิจการ มีความเสี่ยงที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา[9] การทำงานลักษณะนี้ส่งผลต่อสุขภาพของแรงงานในหลายด้าน โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก เช่น กล้ามเนื้ออักเสบ หรือบาดเจ็บจากการใช้งานซ้ำ (Repetitive Strain Injury - RSI) เกิดจากการใช้กล้ามเนื้อเดิม ๆ ซ้ำ ๆ โดยไม่มีการพักหรือยืดเหยียดที่เพียงพอ เช่น อาการปวด ข้อมือ ข้อศอกไหล่ หรือหลังโรคจากการทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม (Work-Related Musculoskeletal Disorders - WMSDs) เช่น โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม ปวดหลังเรื้อรัง หรือปัญหาหัวเข่าจากการยืนหรือนั่งนานโดยไม่เปลี่ยนท่าความเครียดสะสมและความเหนื่อยล้า เรื้อรังการทำงานที่จำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดไม่ดี เกิดอาการเมื่อยล้า ส่งผล ต่อสุขภาพจิตและประสิทธิภาพในการทำงาน[6] โดยจากการรวบรวมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 7 ข้อ ได้นำมาทำการประเมินและวิเคราะห์ เพื่อจัดลำดับความยากง่ายในการดำเนินการแก้ไข โดยมีเป้าหมายเพื่อวางแผนปรับปรุงสภาพการ ทำงานให้เหมาะสมและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นการยศาสตร์ (Ergonomics) เป็นศาสตร์ที่ศึกษาการออกแบบสิ่งแวดล้อมการทำงานและเครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้ใช้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บหรือความผิดปกติจากการทำงานซ้ำ ๆ ความสำคัญของการยศาสตร์สามารถลด อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ การออกแบบที่เหมาะสมสามารถลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บจากการ ทำงาน เช่น อาการปวดหลัง, ปวดข้อมือ หรือกล้ามเนื้อจากการทำงานซ้ำ ๆ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน เมื่อสถานที่ทำงานและเครื่องมือถูกออกแบบให้เหมาะสม ผู้ทำงานจะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่เหนื่อยง่าย หรือทำงานช้าลง เพิ่มความสะดวกสบาย ช่วยให้ผู้ทำงานรู้สึกสะดวกสบาย และลดความเครียดจากการทำงานในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ยืดอายุการทำงาน การป้องกันการบาดเจ็บช่วยให้คนทำงานสามารถทำงานได้อย่างยาวนาน และลดการขาดงาน ส่งเสริมสุขภาพจิตและร่างกาย สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีช่วยให้ผู้ทำงานมีสุขภาพจิตและ ร่างกายที่ดีขึ้น การยศาสตร์จึงมีความสำคัญมากในการพัฒนาและรักษาคุณภาพชีวิตในการทำงาน[2]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลระบบการดำเนินงานการยศาสตร์ของพนักงานบริษัทที่เกี่ยวกับการผลิตอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์
2. เพื่อเสนอแนะปรับปรุงท่าทางการทำงานให้เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์

วิธีการดำเนินการ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ทำการศึกษาเพียงกลุ่มเดียวโดยวัดผลก่อนและหลัง เพื่อปรับปรุงสภาพงานโดยใช้หลักการยศาสตร์มาออกแบบท่าทาง เพื่อลดความเสี่ยงของอาการผิดปกติในระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในกลุ่มพนักงานตำแหน่ง แผนก HDD ของบริษัทที่เกี่ยวกับการผลิตอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มพนักงานในแผนก HDD ของบริษัทที่เกี่ยวกับการผลิตอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางกำหนดกลุ่มตัวอย่างของ SEG หรือ Similar Exposure Group ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง พนักงานตำแหน่ง แผนก HDD 188 คน จากนั้นคำนวณ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอตามสัดส่วน (proportional sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างที่มี คุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือในการวิจัย

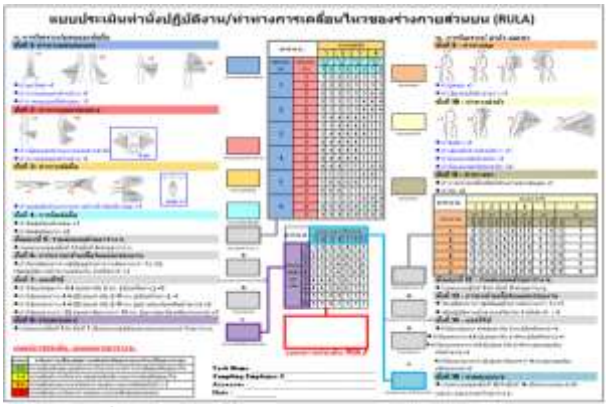
1. แบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ เช่น REBA (Rapid Entire Body Assessment) และ RULA (Rapid Upper Limb Assessment)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก ใบรับรองเลขที่ NTC888-0099 ออกใบรับรอง 1 มิถุนายน 2568



ภาพที่ 1 แบบประเมินท่าปฏิบัติงานทั้งร่างกาย



ภาพที่ 2 แบบประเมินท่าปฏิบัติงานส่วนบน

เกณฑ์การแปลผล

การแปลผลระดับความเสี่ยงจากการประเมิน REBA หรือ RULA แบ่งเป็นระดับ เช่น REBA (Rapid Entire Body Assessment)

ตารางที่ 1 เกณฑ์การแปลผล REBA (Rapid Entire Body Assessment)

คะแนน	ระดับความเสี่ยงต่อความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก
1	ความเสี่ยงเล็กน้อย: ยอมรับท่าทางในการทำงานได้ไม่จำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไข
2-3	ความเสี่ยงต่ำ : อาจจะดำเนินการวิเคราะห์
4-7	ความเสี่ยงปานกลาง: ท่ายืนปฏิบัติงานไม่เหมาะสม ควรดำเนินการปรับปรุงในเร็ว ๆ นี้
8-10	ความเสี่ยงสูง : ต้องมีการดำเนินการวิเคราะห์ และปรับปรุงทันที
11+	ความเสี่ยงสูงมาก: ต้องปรับปรุงอย่างเร่งด่วน และดำเนินการโดยทันที

ตารางที่ 2 เกณฑ์การแปลผล RULA (Rapid Upper Limb Assessment)

คะแนน	ระดับความเสี่ยงต่อความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก
1-2	ความเสี่ยงเล็กน้อย: ยอมรับท่าทางในการทำงานได้ ไม่จำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไข
3-4	ความเสี่ยงต่ำ : ควรวิเคราะห์ สอบสวนเพิ่มเติม และอาจจะต้องปรับปรุงแก้ไข

5-6	ความเสี่ยงปานกลาง: ควรวิเคราะห์ สอบสวน และการปรับปรุงในเร็ว ๆ นี้
7	ความเสี่ยงสูง : ควรวิเคราะห์สอบสวน และการปรับปรุงอย่างเร่งด่วน

ผลการวิจัย

หลังจากการประเมินผลเบื้องต้น (Pre-test) พบว่า พนักงานในแผนก HDD ที่มีระดับ ความเสี่ยงปานกลางถึงสูง มีจำนวนทั้งสิ้น 53 คน โดยผลการประเมินสะท้อนให้เห็นถึงความ จำเป็นในการดำเนินการแก้ไขหรือปรับปรุงสภาพการทำงาน และพฤติกรรมในการทำงาน เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของพนักงานในกลุ่มดังกล่าว

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ก่อนการประเมินท่าทางการทำงาน (Pre-test)

Process	ลักษณะการทำงาน	เครื่องมือ	ความเสี่ยงสูง	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงต่ำ
HDD Comb					
Machine center Operation	ยืน	REBA	0 (0.00%)	11 (100.00%)	0 (0.00%)
Drill & Tap Operation	ยืน	REBA	0 (0.00%)	10 (55.56%)	8 (44.44%)
Secondary Deburring	ยืน	REBA	0 (0.00%)	8 (66.67%)	4 (33.33%)
ECD Operation & Cleaning	ยืน	REBA	0 (0.00%)	6 (50.00%)	6 (50.00%)
Pin inset & Appearance	นั่ง	RULA	0 (0.00%)	7 (36.84)	12 (63.16)
Ni-Plating	ยืน	REBA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	4 (100.00%)
HDD Coil					
Winding	นั่ง	RULA	0 (0.00%)	3 (11.11)	24 (88.89%)
Lead wire	นั่ง	RULA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	5 (100.00%)
Tube insert + lead wire setting	นั่ง	RULA	0 (0.00%)	1 (5.26%)	18 (94.74%)
ADH potting	นั่ง	RULA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	11 (100.00%)
Coil baking	นั่ง	RULA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (100.00%)
HDD Assembly					
Damper Process	นั่ง	RULA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	50 (100.00%)
bonding	นั่ง	RULA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	23 (100.00%)
Carriage DIM inspection & Resonance	นั่ง	RULA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (100.00%)
Electrical and ATW Slit gauge	นั่ง	RULA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (100.00%)
DI Cleaning	ยืน	REBA	3 (100.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Carriage Appearance and Fiber inspection	นั่ง	RULA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Out going inspeation	นั่ง	RULA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Packing and Shipping	ยืน	REBA	0 (0.00%)	4 (100.00%)	0 (0.00%)

จากผลการประเมินเบื้องต้น (Pre-test) พบว่า พนักงานในแผนก HDD จำนวน 53 คน มีระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง จากนั้นได้ดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้แก่พนักงานกลุ่มดังกล่าว เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำงานให้ เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์

โดยมีหัวข้ออบรมหลักการยศาสตร์ ดังนี้

1. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการยศาสตร์
2. ปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์

3. โรคหรืออาการจากการทำงานผิดหลักการยศาสตร์

4. การออกกำลังกายง่าย ๆ ที่ช่วยลดอาการปวดเมื่อย

วัตถุประสงค์การอบรม

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจหลักการพื้นฐานของการยศาสตร์

2. เพื่อเรียนรู้วิธีประเมินและปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานให้เหมาะสม

3. เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงานซ้ำ ๆ และท่าทางที่ไม่เหมาะสม

4. เพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของพนักงาน ภายหลังการอบรม ได้ทำ

การประเมินซ้ำ (Post-test) เพื่อวัดผลการเปลี่ยนแปลงหรือ พัฒนาหลังการได้รับความรู้หลังจากประเมินเบื้องต้น ได้ดำเนินการ อบรมให้ความรู้ด้านการยศาสตร์แก่พนักงานกลุ่ม เสี่ยง 53 คน เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและท่าทางในการทำงานให้เหมาะสม ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ก่อนการประเมินท่าทางการทำงาน (Post-test)

Process	ลักษณะการทำงาน	เครื่องมือ	ความเสี่ยงสูง	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงต่ำ
HDD Comb					
Machine center Operation	ยืน 11	REBA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	11 (100.00%)
Drill & Tap Operation	ยืน 10	REBA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	18 (100.00%)
Secondary Deburring	ยืน 8	REBA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	12 (100.00%)
ECD Operation & Cleaning	ยืน 6	REBA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	12 (100.00%)
Pin inset & Appearance	นั่ง 3	RULA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	19 (100.00%)
Ni-Plating	ยืน 4	REBA	0 (0.00%)	4 (100.00%)	
HDD Coil					
Winding	นั่ง 3	RULA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Tube insert + lead wire setting	นั่ง 1	RULA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
HDD Assembly					
DI Cleaning	ยืน 3	REBA	0 (0.00%)	3 (100.00%)	0 (0.00%)
Packing and Shipping	ยืน 4	REBA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	4 (100.00%)

ผลการประเมินซ้ำ (หลังการอบรม – Post-test) ผลการประเมินหลังการอบรมแสดงให้เห็นว่าระดับความเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ คือ

• Comb ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 4 คน ความเสี่ยงต่ำ จำนวน 38 คน

• Coil ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 0 คน ความเสี่ยงต่ำ จำนวน 4 คน

• Assembly ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 3 คน ความเสี่ยงต่ำ จำนวน 4 คน

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบ กึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ซึ่งดำเนินการศึกษา เฉพาะกลุ่มเดียว โดยทำการวัดผลก่อน และหลังการแทรกแซง (One-group pretest-posttest design) เพื่อประเมินและปรับปรุงท่าทางการทำงาน ของพนักงานในตำแหน่ง แผนก HDD ของบริษัทที่เกี่ยวกับการผลิดอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้หลักการยศาสตร์ (Ergonomics) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal Disorders: MSDs) โดยประชากร คือ พนักงานในแผนก HDD ของ

บริษัท กลุ่มตัวอย่าง คือ กำหนดตามเกณฑ์ของ Similar Exposure Group (SEG) จำนวน 188 คน แบ่งตามกระบวนการผลิตดังนี้ คือ Comb: 76 คน (40.42%), Coil: 45 คน (23.94%), Assembly: 67 คน (35.64%)

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน (Proportional Sampling) ตามลักษณะกระบวนการทำงาน การประเมินสภาพอันตรายจากท่าทางในการทำงาน

ใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงจากท่าทางในการทำงาน 2 ชนิด ได้แก่ RULA (Rapid Upper Limb Assessment) และ REBA (Rapid Entire Body Assessment) ซึ่งเน้นการประเมินความเสี่ยงที่เกิดจาก ท่าทางที่ไม่เหมาะสม ซ้ำซาก หรือทำต่อเนื่องนาน เกินไป อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรค MSDs ผลการประเมิน (ก่อนการปรับปรุง – Pre-test) พบว่ามีพนักงานในระดับความเสี่ยง ปานกลางถึงสูง รวม 53 คน แบ่งตามกระบวนการดังนี้

• Comb ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 42 คน ความเสี่ยงต่ำ จำนวน 34 คน

• Coil ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 4 คน ความเสี่ยงต่ำ จำนวน 41 คน

• Assembly ความเสี่ยงสูง จำนวน 3 คน ความเสี่ยงปานกลาง เท่ากับ 4 คน ความเสี่ยงต่ำ จำนวน 60 คน รวม ระดับความเสี่ยงปานกลางถึงสูง จำนวน 53 คน หลังจากประเมินเบื้องต้น ได้ดำเนินการ อบรมให้ความรู้ด้านการยศาสตร์แก่พนักงานกลุ่ม เสี่ยง 53 คน เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและท่าทางในการทำงานให้เหมาะสม

ผลการประเมินซ้ำ (หลังการอบรม – Post-test) ผลการประเมินหลังการอบรมแสดงให้เห็นว่าระดับความเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ คือ

• Comb ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 4 คน ความเสี่ยงต่ำ จำนวน 38 คน

• Coil ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 0 คน ความเสี่ยงต่ำ จำนวน 4 คน

• Assembly ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 3 คน ความเสี่ยงต่ำ จำนวน 4 คน

ดังนั้น การใช้แนวทางการยศาสตร์ร่วมกับการอบรม มีผลในการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพจากท่าทางการทำงาน ในกลุ่มพนักงาน แผนก HDD อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางถึงสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และการออกแบบท่าทางที่เหมาะสมสามารถช่วยลดโอกาสการเกิดโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรพล สงชุม และคณะฯ ได้ศึกษาการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ พบว่า พนักงานที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงาน แผนกฉีดขึ้นรูป และพนักงานที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานแผนกบรรจุชิ้นงาน พบระดับความเสี่ยงอยู่ที่ระดับ 4 เป็นส่วนใหญ่ โดยคิดเป็นร้อยละ 63.33และร้อยละ 66.67 ซึ่งลักษณะของการทำงานส่วนใหญ่เป็นงานที่มีการคัดแยกชิ้นงาน ตรวจสอบชิ้นงาน และบรรจุชิ้นงาน เป็นการทำงานซ้ำ ๆ ในท่าทางเดิม ๆ ซึ่งลักษณะงานส่วนใหญ่เป็นการทำงานในลักษณะท่าทางการยืนทำงานและการเคลื่อนไหว[2]

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมการอบรมด้านยศาสตร์เป็นประจำ เพื่อให้พนักงานมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของท่าทางที่เหมาะสมในการทำงาน

2. ปรับปรุงพื้นที่ทำงานและอุปกรณ์ให้เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ เช่น ปรับความสูงโต๊ะ เก้าอี้ แสงสว่าง หรืออุปกรณ์ช่วยยก เพื่อลดการใช้แรงงานผิดวิธี

3. ควรจัดให้มี การประเมินความเสี่ยงด้านท่าทางการทำงานเป็นประจำ และจัดทำแผนการแก้ไข ปรับปรุงให้ครอบคลุมทุกกลุ่มที่มีความเสี่ยง

4. เสนอให้มีการศึกษาท่าทางการทำงานแบบเฉพาะเจาะจงในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการผลิตเพื่อออกแบบแนวทางการปรับปรุงที่ตรงจุดและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. เนื่องจากการอบรมหลักการยศาสตร์ ให้ลูกจ้างเข้าใจอาจคาดเคลื่อน จึงอยากให้ ฝ่ายความปลอดภัยเป็นบุคคล อบรมด้วยฝ่ายความปลอดภัยเอง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค.(2559). คู่มือการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่1). นนทบุรี: สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม.
2. วรพล สงชุม, เสรีย์ ตู้ประกาย, ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช, นันท์นภัสร อินยิ้ม, โกวิท สุวรรณหงษ์ & วัฒนา จันทะโคตร. (2024). การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่อความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ และกระดูกโครงร่าง ของกลุ่มพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติกแห่งหนึ่ง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ , 9(3), 153-159.
3. สุพร มีเกียรติกุลธร. (2015). การปรับปรุงสภาพงานโดยใช้หลักการยศาสตร์แบบมีส่วนร่วมเพื่อลดความเสี่ยงที่มือของคนงานในโรงงานผลิตและประกอบชุดสายไฟในรถยนต์แห่งหนึ่งใน จ.ระยอง. รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัยระดับชาติและนานาชาติกลุ่มระดับชาติด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 6(2), 578-587.
4. อารยา วุฒิกุล ,ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธ และธานี แก้วธรรมานุกูล (2020). ปัจจัยด้านการยศาสตร์และอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในแรงงานหัตถกรรมไม้ไผ่. Nursing Journal CMU, 47(2), 37-49.
5. ศิริพงษ์ หมูคำ, ศรชัย ปอนตา, สุเทพ มหัคคต จิตต์ & พงศกร สุรินทร์. (2015). การประเมินท่าทางการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้านการซ่อมชิ้นส่วนรถจักรยานยนต์. Kasem Bundit Engineering Journal, 5(1), 13-29.
6. คุณากร สินธพพงศ์, จันทร์ทิพย์ อินทวงศ์, & สุนทร เหรียญภูมิการกิจ. (2014). รายงานผู้ป่วยภาวะความผิดปกติจากการบาดเจ็บสะสมในโรงงานทำหมวกกันน็อกจังหวัดระยอง. วารสาร สาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 8 (1), 115-128.
7. พรรณวดี ระดิ่งหิน, ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช & เสรีย์ ตู้ประกาย. (2025, May). การประเมินท่าทางการทำงานและอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของพนักงานผสมสีในโรงงานพลาสติกแห่งหนึ่ง. In The 15th Benjamit National and International Conference (pp. 504-513).
8. ณัฐพล พิมพ์พรมมา. (2022). การประเมินความเสี่ยงของท่าทางการทำงาน และความเมื่อยล้าของพนักงานเก็บขยะในเขตอำเภออู่ทองจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(3), 225-238.
9. Ponprathom, Y., Horadal, P., Sawangcharoen, K., Sarawong, N., & Meemamae, P. (2023). ปัจจัย คุกคามสุขภาพและบรรยากาศความปลอดภัยในการทำงานในอุตสาหกรรมเฟอร์นิเจอร์ของสถานประกอบ การขนาดเล็ก : Occupational Health Hazards and Work Safety Climate in the Furniture Industry of Small Enterprises. *Advanced Science Journal*, *23*(2), R105-R124.
10. Kittijaruwattana, J., Pooworakulchai, C., Tuprakay, S., & Premanoch, P. (2025). ความผิดปกติทาง ระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูกจากการทำงานในพนักงานโรงเลื่อยไม้ : การทบทวนงานวิจัยอย่างมี ระบบ. KKU Research Journal (Graduate Studies), 25(3), 1-12.
11. Ansari, N. A., & Sheikh, M. J. (2014). Evaluation of work Posture by RULA and REBA: A Case Study. IOSR Journal of Mechanical and Civil Engineering, 11(4), 18-23.

การพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตแบบไร้รอยต่อ เชื่อมโยงสถานพยาบาลรัฐและเอกชน จังหวัดศรีสะเกษ

Development of a seamless pharmaceutical care system for hemodialysis patients linking government hospitals and private clinics, Sisaket Province.

(Received: October 21,2025 ; Revised: November 13,2025 ; Accepted: November 30,2025)

มัลลิกา สุพล[1] ทรายกะรัต เสริมแก้ว[1] ชนัชา อุปฮาด[1]
Mallika Supol[1] Saikarat Sermkaew[1] Chanacha Uphahat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตแบบไร้รอยต่อเชื่อมโยงสถานพยาบาลรัฐและเอกชน จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาย้อนหลังและวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน 60 ฉบับ และสัมภาษณ์สหวิชาชีพ 18 คน ใช้แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการสังเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรม จัดทำระบบ Hemodialysis SSK เชื่อมโยงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และพัฒนาชุดองค์ประกอบ 8 ด้าน ได้แก่ Policy, Provider, Materials, Revise CPG, Refer/Fast track, Tele-health, Risk management และ Monitoring วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหาพบว่าระบบบริบาลเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระยะต่อไป ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์และขยายผล เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นสหวิชาชีพ 30 คน เป็นเวชระเบียนกลุ่มละ 30 ฉบับ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 และขยายผล ใช้สถิติ t-test ทดสอบ กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า การนำระบบบริบาลเภสัชกรรม ไปใช้ในระยะประเมินผลลัพธ์ส่งผลให้ความรู้ของสหวิชาชีพหลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 15.78$, $p < .001$) รวมทั้งมีระดับความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้สูงกว่าร้อยละ 86 นอกจากนี้สัดส่วน DTPs ระดับ E ขึ้นไปลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.09$, $p < .01$) ขณะที่ผลลัพธ์ด้านค่า eGFR ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากข้อเสนอแนะจึงได้พัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรม (V3) และนำไปใช้ในระยะขยายผล พบว่าความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 17.78$, $p < .001$) ระดับความพึงพอใจสูงกว่าร้อยละ 94 และสัดส่วน DTPs ลดลงจากร้อยละ 13.3 เหลือ 0 อย่างมีนัยสำคัญ ($Z = -2.68$, $p < .01$)

คำสำคัญ ระบบบริบาลเภสัชกรรมแบบไร้รอยต่อ, ผู้ป่วยฟอกไต, การวิจัยและพัฒนา

Abstract

This research and development have developed a seamless pharmaceutical care system for hemodialysis patients linking government hospitals with private clinics and hospitals in Sisaket Province. The study was divided into 3 phases. Phase 1 was a retrospective study and situation analysis. Data from 60 medical records were collected and 18 interdisciplinary personnel were interviewed. Interview forms and data recording forms were used to collect data. Descriptive statistics and content synthesis were used to analyze the data. Phase 2 developed the pharmaceutical care system, created the Hemodialysis SSK system, linked laboratory test results, and developed a set of 8 components: Policy, Provider, Materials, Revise CPG, Refer/Fast track, Tele-health, Risk management, and Monitoring. Data was collected from a questionnaire. Descriptive statistics and content analysis were used to analyze the data. Developed pharmaceutical care system model. It has potential for further implementation. Phase 3 The outcome study compared the experimental and control groups. The sample consisted of 30 interdisciplinary professionals, each with 30 medical records. Data were collected from the questionnaire developed in Phase 2 and expand using a t-test, with a significance level of 0.05.

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

Results showed that implementing the pharmaceutical care system (V2) in the outcome evaluation phase significantly increased healthcare professionals' knowledge after training (t = 15.78, p < .001), with satisfaction and feasibility levels exceeding 86%. Additionally, the proportion of DTPs at level E and above significantly decreased (Z = –2.09, p < .01), while eGFR values showed no significant difference between groups. Based on feedback, the pharmaceutical care system (V3) was developed and implemented in the scale-up phase. Results demonstrated significantly increased knowledge (t = 17.78, p < .001), satisfaction levels exceeding 94%, and DTPs proportion significantly decreased from 13.3% to 0% (Z = –2.68, p < .01).

Keywords: Seamless Pharmaceutical Care System, Dialysis Patients, Research and Development

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease; CKD) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ระบบสาธารณสุข ทั่วโลกให้ความสำคัญและเฝ้าระวังมากที่สุดโรคหนึ่ง เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากและกระจายอยู่ทั่วโลก[1] โดยมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้กลุ่มยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroidal Anti-inflammatory drugs; NSAIDs) การได้รับสารเคมีหรือโลหะหนัก และพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ซึ่งล้วนส่งผลให้ไตเสื่อมและมีโอกาสพัฒนาเข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease; ESRD)[2]สถานการณ์ของ CKD ทั่วโลกพบอัตราความชุก ในประชากรตั้งแต่ระยะที่ 1–5 เท่ากับร้อยละ 3.3, 9.9, 7.6, 0.4 และ 0.1 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีอัตราสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[3] ข้อมูลปี ค.ศ. 2005–2015 พบการเสียชีวิตจาก CKD เพิ่มขึ้นร้อยละ 31.7 โดยลำดับความสำคัญของการเสียชีวิตจากโรคนี้ขยับจากอันดับที่ 25 ในปี 1990 เป็นอันดับที่ 21 ในปี 2007 และเป็นอันดับที่ 17 ในปี 2015[3] โดยเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1–3 มีจำนวนเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะดำเนินโรคไปสู่ ESRD[4] สำหรับประเทศไทย มีรายงานผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1–5 จำนวน 1,229,652 ราย โดยเป็นผู้ป่วยระยะที่ 3–5 จำนวน 791,172 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.34 ของผู้ป่วยทั้งหมด[5] ความชุกของโรค CKD ระยะที่ 1–5 อยู่ที่ร้อยละ 17.5 ของประชากรไทย[4] ในจังหวัด ศรีสะเกษ พบแนวโน้มผู้ป่วย CKD เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2565–2567 มีผู้ป่วย จำนวน 109,875, 113,363 และ 117,536 ราย ตามลำดับ[5]

การบำบัดทดแทนไตถือเป็นมาตรการสำคัญในการยืดอายุผู้ป่วย ESRD โดยมีทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis; HD) การปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) และการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis; PD) และประเทศไทยได้ประกาศนโยบาย “PD First Policy” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ให้สิทธิผู้ป่วย ESRD ทุกสิทธิรักษาพยาบาลสามารถเข้ารับการรักษาด้วย CAPD ได้[8] แม้ PD First Policy จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น แต่ปัญหาสำคัญที่ยังพบคือการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วย CKD และ ESRD ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิด ADRs ที่รุนแรง[6] การศึกษาหลายชิ้นยืนยันว่าผู้ป่วย CKD ระยะที่ 4 มีโอกาสได้รับยาที่ไม่เหมาะสม ถึง 5.9 เท่า[9] สูงกว่าผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3 และพบว่าสาเหตุสำคัญของการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ขนาดยาที่ไม่ถูกต้อง และการไม่ทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น eGFR, Scr และ ACR ก่อนการสั่งจ่ายยา[10,11] ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด เกิดพิษต่อร่างกาย และต้องเข้ารับการรักษาใน ICU หรือเสียชีวิต

จากการดำเนินนโยบาย PD First Policy ในจังหวัดศรีสะเกษ พบอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADRs) รวม 37 ราย และมีผู้เสียชีวิต 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.92 ของผู้เกิด ADRs[6] สะท้อนปัญหาความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบกรณีผู้ป่วยฟอกไตในคลินิกเอกชนได้รับยาที่ไม่เหมาะสมจากโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้เกิด ADRs รุนแรงต้องเข้ารับการรักษาใน ICU จากสาเหตุการ

สั่งยาโดยไม่ทราบผลตรวจห้องปฏิบัติการสำคัญ เช่น eGFR, Scr และ ACR สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของเภสัชกรในการตรวจสอบ ปรับปรุง และให้คำปรึกษาด้านการใช้ยา เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อน จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตแบบไร้รอยต่อที่เชื่อมโยงการดูแลระหว่างภาครัฐและเอกชน เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตแบบไร้รอยต่อเชื่อมโยงสถานพยาบาลรัฐและเอกชน จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตแบบไร้รอยต่อเชื่อมโยงสถานพยาบาลรัฐและเอกชน จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยนำแนวคิดการวิจัยและพัฒนา ร่วมกับแนวคิดการทำงานเป็นทีมมาประยุกต์ใช้ เพื่อพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตแบบไร้รอยต่อเชื่อมโยงสถานพยาบาลรัฐและเอกชน จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บและใช้ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง การดำเนินงานมี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาย้อนหลังเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน 5 ธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจัยนำเข้าและทบทวนวรรณกรรมเพื่อค้นหาสาเหตุ วิธีการป้องกันนำไปสู่การพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตแบบไร้รอยต่อเชื่อมโยงสถานพยาบาลรัฐและเอกชน จังหวัดศรีสะเกษ ภายใต้แนวคิด CIPP model[14]

1.1 กลุ่มตัวอย่าง เป็นทีมสหวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยฟอกไต 1 ปีขึ้นไป จำนวน 18 คน และ เวชระเบียน 60 ฉบับ

1.2 เครื่องมือเก็บข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์สหวิชาชีพ แบบบันทึกข้อมูลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยฟอกไต ที่บันทึกโดยผู้วิจัย ซึ่งตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 1

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษานี้ประกอบด้วยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยฟอกไต จำนวน 60 ฉบับ และการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ 18 คน โดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และทบทวนวรรณกรรมตามข้อเสนอแนะของ Joanna Briggs Institute โดยใช้กรอบ PICO เพื่อสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วย CKD ระยะที่ 5 และ ESRD จากฐานข้อมูลสากลและฐานข้อมูลไทยที่ได้รับการรับรอง ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2015–2024 รวมถึงทุกระเบียบวิธีวิจัยและเอกสารฉบับเต็ม แต่งตั้งทีมพัฒนาสหสาขาวิชาชีพเพื่อจัดทำ (ร่าง) ระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ ประกอบด้วยชุดให้ความรู้เกี่ยวกับการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตฯ และกระบวนการดูแลผู้ป่วยฟอกไตฯ ที่ประกอบด้วย 1) Policy 2) Provider 3) Materials and medical supplies 4) Revise CPG 5) Refer/ Fast tract 6) Tele-health 7) Risk management และ 8) Monitoring

1.4 สถิติที่ใช้ สรุปผลการศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา กำหนดขอบเขตการพัฒนา เพื่อนำไปใช้ในระยะพัฒนาระบบฯ ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรม ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม – มิถุนายน 2568 เป็นการพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ

2.1 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มสหวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยฟอกไต ของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลละ 1 คน เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกฟอกไตในจังหวัดศรีสะเกษแห่งละ 1

คน รวมทั้งหมด 30 คน ที่ถูกคัดเลือกแบบต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด (Consecutive sampling) โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคไต ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 2) ได้รับการให้ความรู้จากทีมผู้วิจัยในการใช้โปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมฯ 3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 6 เดือนขึ้นไป 4) มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และ**กลุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยฟอกไต** จำนวน 30 ฉบับ ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นเวชระเบียนของผู้ไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาโดยการฟอกไตระยะ 3-4 ที่เข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ 2)ได้รับการดูแลในระบบบริการเภสัชกรรมฯ ที่พัฒนาขึ้นในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา 3) มีข้อมูลในระบบบริการเภสัชกรรมฯ ที่พัฒนาขึ้น

2.2 เครื่องมือวิจัย เป็นระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ (V1) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งได้จากการนำ (ร่าง) ระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ตรวจสอบซึ่งประกอบด้วยอายุรแพทย์ด้านโรคไต จำนวน 1 คน อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ที่มีหน้าที่สอนและนิเทศงานด้านนี้ จำนวน 2 คน หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารในงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข จำนวน 1 คน ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี ตรวจสอบเพื่อหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC ในแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.6 – 1 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และพัฒนาเป็นระบบบริบาลเภสัชกรรม (V1) นำเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง ได้ค่า IOC ในแต่ละข้อเท่ากับ 1 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กำหนดเกณฑ์สำหรับพิจารณาเท่ากับ .50 ขึ้นไป[15]

2.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.3.1 แบบสอบถามการพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยฟอกไตฯ (QV1) ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน **คือ**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การอบรมเฉพาะทางตำแหน่งปัจจุบัน ระดับของตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตแบบไร้รอยต่อเชื่อมโยงสถานพยาบาลรัฐและเอกชน จังหวัดศรีสะเกษ ไปใช้ จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกคำตอบ 4 ตัวเลือก คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบการให้คะแนน 4 ระดับ แบบลิเคิร์ท สเกล[16] ดังนี้ 1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = มาก 4 = มากที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์[17] ดังนี้ ระดับสูงสุดเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 ระดับปานกลางเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 และระดับต่ำเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00

ส่วนที่ 3 ระดับการปฏิบัติตามระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตแบบไร้รอยต่อเชื่อมโยงสถานพยาบาลรัฐและเอกชน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 26 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกคำตอบแบบการให้คะแนน 3 ระดับ แบบลิเคิร์ท[16] ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้งเท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติเท่ากับ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ ตามแนวคิดของบลูม[18] ดังนี้ ระดับสูงเท่ากับคะแนน 42-52 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลางเท่ากับคะแนน 16-41 คะแนน หรือร้อยละ 60 – 79 ระดับต่ำเท่ากับคะแนน 0 - 15 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 4 คือ ความรู้การบริบาลเภสัชกรรมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของสหวิชาชีพ เป็นข้อคำถามชนิดให้เลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งกำหนดระดับคะแนนไว้ 2 แบบ คือ คะแนน 0 หมายถึง “ไม่มีความรู้” หรือ“ไม่แน่ใจ” กำหนดคะแนน 1 หมายถึง “มีความรู้” เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ ตามแนวคิดของบลูม[18] ดังนี้ ระดับสูงเท่ากับคะแนน 16 – 20 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลางเท่ากับคะแนน 12 -15 คะแนน หรือร้อยละ 60 –

79 ระดับต่ำเท่ากับ คะแนน 0 - 12 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจของสหวิชาชีพ ในการนำระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตแบบไร้รอยต่อเชื่อมโยงสถานพยาบาลรัฐและเอกชน จังหวัดศรีสะเกษ ไปใช้ จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกคำตอบ 4 ตัวเลือก คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบการให้คะแนน 4 ระดับ แบบลิเคิร์ท สเกล[16] การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ แปลผลตามแนวคิดของเบสท์[17] ดังนี้ ระดับสูงสุดเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 ระดับปานกลางเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 และระดับต่ำเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ตรวจสอบ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ด้านโรคไต จำนวน 1 คน อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ที่มีหน้าที่สอนและนิเทศงานด้านนี้ จำนวน 2 คน หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารในงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข จำนวน 1 คน ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี หาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่า CVI รายข้อระหว่าง 0.80 – 1 เฉลี่ยทั้งฉบับ 0.94 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ พัฒนาเป็นแบบสอบถามฯ (QV2) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กำหนดเกณฑ์สำหรับพิจารณานำไปใช้เท่ากับ 0.80 ขึ้นไป[15] และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน เนื่องจากเป็นจำนวนน้อยที่สุดที่สร้างโค้งปกติได้ และโค้งปกตินั้นสามารถแจกแจงข้อเท็จจริงที่ได้ค่อนข้างดี (Fairly)[17] จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีของครอนบาค[19] โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (α - coefficient) ซึ่งเป็นการวัดที่ให้ข้อมูลในลักษณะต่อเนื่อง ที่ต้องประเมินตามสเกล (Rating scale) การแปลผลค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.00 – 1.00 ยิ่งใกล้ 1.00 ยิ่งมีความเชื่อมั่นสูง กำหนดเกณฑ์สำหรับพิจารณาการนำไปใช้ค่าความเชื่อมั่น 0.80 ขึ้นไป[15] ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามฉบับนี้ได้เท่ากับ 0.982 จากนั้นนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ระบบการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตแบบไร้รอยต่อ ผู้วิจัยได้หาความเที่ยงตรง (Validity) โดยเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้ค่า IOC ทุกข้อเท่ากับ 1 ไม่ได้หาความเชื่อมั่น (Reliability) เนื่องจากบันทึกเองโดยผู้วิจัยทุกฉบับ

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ระบบการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตแบบไร้รอยต่อ และแบบสอบถามการพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยฟอกไตฯ (QV2) ในการรวบรวมข้อมูล หลังจากผู้วิจัยให้ความรู้ในระบบการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตแบบไร้รอยต่อสำหรับให้ความรู้แก่สหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยฟอกไต และนำระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ (V1) ไปให้กลุ่มตัวอย่างใช้กับผู้ป่วยจำนวน 30 ราย โดยพบว่าระบบการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตแบบไร้รอยต่อใช้ได้จริง จึงนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่ศึกษาต่อไป

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์และขยายผล แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ดังนี้ 1) การศึกษาผลลัพธ์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2568 และ 2) การขยายผลนำไปใช้ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน – ตุลาคม 2568 เป็นการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) สหวิชาชีพผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 2) เวชระเบียนผู้ป่วยฟอกไต

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) สหวิชาชีพผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 30 คน 2) เวชระเบียนผู้ป่วยฟอกไตที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวน 30 ฉบับ และเวชระเบียนผู้ป่วยฟอกไตที่ได้รับการดูแลแบบเดิม จำนวน 30 ฉบับ ที่คัดเลือกแบบต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด (Consecutive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างสหวิชาชีพ 1) เป็นผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 2) ได้รับการให้ความรู้จากทีมผู้วิจัยในการใช้โปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมฯ 3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 6 เดือนขึ้นไป 4) มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียน 1) เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยฟอกไต ระยะ 3-4 ที่ได้รับการดูแลตามระบบที่พัฒนาขึ้นหรือกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยฟอกไตระยะ 3-4 ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างสหวิชาชีพ 1) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา 2) เจ็บป่วยรุนแรงฉับพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ กลุ่มตัวอย่างที่เป็น เวชระเบียนผู้ป่วย 1) บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ 2) เวชระเบียนของผู้ป่วยทางคดีที่อยู่ในระยะฟ้องร้อง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sample selection) กลุ่มตัวอย่างสหวิชาชีพ คัดเลือกแบบต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด (Consecutive sampling) รวมทั้งหมด 30 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยที่สุดสร้างเส้นโค้งปกติได้[15] กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเวชระเบียนผู้ป่วย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 (α=.05) อำนาจในการทดสอบที่ระดับ 0.80 (Power analysis: 1-β) วิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่เท่ากับ 0.80 ตามข้อเสนอของ Cohen[20] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คน และจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อป้องกันการสูญหาย การไม่ครบถ้วนของข้อมูล การออกจากโครงการวิจัยด้วยเหตุผลอื่น ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ฉบับ กลุ่มควบคุม 30 ฉบับ รวมทั้งหมด 60 ฉบับ เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า รวมทั้งหมด 60 ฉบับ

3.2 เครื่องมือวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ ที่พัฒนามาจากระยะที่ 2 ที่มีค่า IOC เท่ากับ 1 และหาค่าความเชื่อมั่นหลังจากปรับปรุงในระยะที่ 2 กับสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยฟอกไตในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ ที่พัฒนามาจากระยะที่ 2 มีค่า CVI เฉลี่ยทั้งฉบับ เท่ากับ 0.94 2) 1 และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.982 แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ใช้ระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ ที่พัฒนามาจากระยะที่ 2 ที่มีค่า CVI ทุกข้อเท่ากับ 1 ไม่ได้หาความเชื่อมั่น เนื่องจากบันทึกข้อมูลเองโดยผู้วิจัยคนเดียว

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม หัวหน้าคลินิกฟอกไต เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตฯ ขอความร่วมมือและขอความยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ

ขั้นรวบรวมข้อมูล ดำเนินการหลังจากกลุ่มตัวอย่างใช้ระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย นำแบบสอบถามการพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ มาให้อาสาสมัครตอบ โดยใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 10 - 15 นาที ซึ่งถ้ามีภารกิจด่วนหรือเกิดเหตุฉุกเฉินสามารถหยุดตอบแบบสอบถามและสามารถไปปฏิบัติก่อนได้ เมื่อตอบ

เสร็จอาสาสมัครสามารถส่งแบบสอบถาม ได้ที่กล่องที่เตรียมไว้ จากนั้นผู้วิจัยจะนำแบบสอบถาม มาตรวจสอบและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป กลุ่มตัวอย่างด้านเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย เช่น เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จนกว่าจะได้ข้อมูลครบตามจำนวนที่ต้องการ และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ และขยายผล โดยการนำระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตฯ (V3) ไปใช้และประเมินผลลัพธ์ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ระดับ 0.05 ใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและสถิติ T-test เปรียบเทียบผลลัพธ์ และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยฉบับนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (เลขที่ SPPH 2024-229) ครอบคลุมระหว่างวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง 3 ธันวาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ 30 คน และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยฟอกไต 60 ฉบับ พบว่าจังหวัด ศรีสะเกษมีโครงสร้างบริการด้านไตรองรับทั้งภาครัฐและเอกชน แต่ประสบข้อจำกัดด้านบุคลากรเฉพาะทาง โดยมีแพทย์โรคไต 4 คน และเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ขณะที่ข้อมูลผู้ป่วยยังไม่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ ส่งผลให้ไม่ทราบค่าผลตรวจ eGFR, Scr และ ACR นำไปสู่การสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาจำนวน 37 ราย เสียชีวิต 7 ราย รวมถึงมีผู้ป่วยอาการรุนแรงต้องเข้ารักษาใน ICU อีก 2 ราย นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลสากลและฐานข้อมูลไทยจำนวน 109 บทความ คัดเลือกจนเหลือ 12 บทความ ได้นำมาพัฒนาเป็น (ร่าง) ระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ ประกอบด้วย 1) ชุดการให้ความรู้ในการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยฟอกไต 2) กระบวนการดำเนินงานในการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยฟอกไต ดังนี้ 1) Policy 2) Provider 3 Materials and medical supplies 4) Revise CPG 5) Refer/ Fast tract 6) Tele-health ด้วยโปรแกรม Hemodialysis SSK ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการรักษา และผลทางห้องปฏิบัติการ (BUN, eGFR, Cr, K) รวมทั้งรายงานปัญหาจากยา (DTPs) 7) Risk management และ 8) Monitoring พบว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้และพัฒนาเป็นระบบบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตแบบไร้รอยต่อจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเกิดภาวะทุพพลภาพที่เป็นผลตามมาได้

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ เป็นการนำ (ร่าง) ระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคไตแบบไร้รอยต่อจังหวัดศรีสะเกษ ไปเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ แก้ไขตามข้อเสนอแนะและปรับปรุงเป็นระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ (V1) ซึ่งประกอบด้วย 1) ชุดการให้ความรู้ในการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยฟอกไต 2) กระบวนการดำเนินงานในการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยฟอกไต ดังนี้ 1) Policy 2) Provider 3)Materials and medical supplies 4) Revise CPG 5) Refer/ Fast tract 6) Tele-health ด้วยโปรแกรม Hemodialysis SSK จากนั้นนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.70 มีอายุเฉลี่ย 38.20 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 72.40 และมีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 12.00 ปี พบว่าด้านความเป็นไปได้ในการนำระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ ไปใช้พบว่าอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 76.50 ด้านการปฏิบัติตามระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ ที่พัฒนาขึ้นพบว่าอยู่ในระดับสูงร้อยละ 86.50 และมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงโปรแกรม Hemodialysis SSK ในประเด็น Personal Data Protection Act (PDPA) ระบบการยืนยัน

ตัวตนเข้าใช้งานแบบสองชั้น ความสามารถโปรแกรมในการคำนวณขนาดยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเป็นระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ (V2) และเห็นว่าระบบเกิดผลดีต่อผู้รับบริการและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ จึงนำไปใช้ในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์และการขยายผล

ระยะที่ 3.1 การประเมินผลลัพธ์ เป็นการนำระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตฯ (V2) ไปใช้และประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.67 มีอายุเฉลี่ย 38.20 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 72.40 และมีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 12.00 ปี ด้านความรู้ของสหวิชาชีพ เมื่อจัดระดับความรู้เรื่องการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตก่อนและหลังได้รับการอบรม (n= 30) พบว่ามีระดับความรู้ก่อนอบรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับการอบรมทั้งหมดมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired t – test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 15.78, $p < .001$) ด้านความพึงพอใจของ สหวิชาชีพต่อการพัฒนาระบบบริบาลฯ พบว่ามีความพึงพอใจในระดับสูงร้อยละ 86.70 ด้านความเป็นไปได้ในการนำระบบบริบาลเภสัชกรรมฯไปใช้ พบว่าอยู่ในระดับสูงร้อยละ 86.70 ด้านการปฏิบัติตามระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ ที่พัฒนาขึ้นพบว่าอยู่ในระดับสูงร้อยละ 92 เมื่อเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ χ^2 พบว่าไม่แตกต่างกัน การเปรียบเทียบสัดส่วน DTPs ระดับ E ขึ้นไป สถิติ Z-test for two proportions กลุ่มทดลอง (4/30; 13.3%) กลุ่มควบคุม (11/30; 36.7%) พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-2.09, $p < 0.01$) ระดับ eGFR ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ 3-4 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน (t=-1.59, $p=0.11$, 95%CI = -0.45-0.05) และมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงโปรแกรม Hemodialysis SSK ในการจัดทำ Dashboard & Reports ในการรายงานผู้ป่วยที่มีค่า CrCl ต่ำ แสดงรายชื่อผู้ป่วยที่แพ้ยา แสดงกราฟผลชันสูตรย้อนหลังในแต่ละช่วงเวลา และ Trend Analysis ในแนวโน้มค่า BUN, Cr, K, Na ให้มีระบบเตือนเมื่อพบค่าผิดปกติ (Alert System – Phase Preview) ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเป็นระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ (V3) จึงนำไปใช้ในระยะขยายผลต่อไป

ระยะที่ 3.2 การขยายผล เป็นการนำระบบบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตฯ (V3) ไปใช้และประเมินผลลัพธ์ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.67 มีอายุเฉลี่ย 42.30 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 83.33 และมีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 12.00 ปี เมื่อจัดระดับความรู้เรื่องการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตก่อนและหลังได้รับการอบรม (n= 30) พบว่ามีระดับความรู้ก่อนอบรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับการอบรมทั้งหมดมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired t – test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 17.78, $p < .001$) ดังตารางที่ 1 ด้านความ พึงพอใจของสหวิชาชีพต่อการพัฒนาระบบบริบาลฯ พบว่ามีความพึงพอใจในระดับสูงร้อยละ 94.60 ด้านความเป็นไปได้ในการนำระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ ไปใช้ พบว่าอยู่ในระดับสูงร้อยละ 92.50 ด้านการปฏิบัติตามระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ ที่พัฒนาขึ้นพบว่าอยู่ในระดับสูงร้อยละ 96.50 เมื่อเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ χ^2 พบว่าไม่แตกต่างกัน การเปรียบเทียบสัดส่วน DTPs ระดับ E ขึ้นไป สถิติ Z-test for two proportions กลุ่มทดลองระยะประเมินผลลัพธ์ (4/30; 13.3%) กลุ่มทดลองระยะขยายผล (0/30; 0%) พบว่าน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-2.68, $p < 0.01$) ดังตารางที่ 2 ระดับ eGFR ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ 3-4 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองในระยะที่ 3.1 ประเมินผลลัพธ์พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของสหวิชาชีพในการบริบาลเภสัชกรรมฯก่อนและหลังได้รับการอบรม ในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t – test (N = 30)

ความรู้ฯ	$\bar{x}$	S.D.	t	P value	95% CI (lower-upper)
ก่อนอบรม (n=30)	14.27	1.48	17.78	<.001	4.27 – 5.32
หลังอบรม (n=30)	19.06	.82			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาไม่สมเหตุผลในผู้ป่วยผู้ป่วยฟอกไตระดับ E ขึ้นไป (DTPs) ระหว่างกลุ่มทดลองระยะขยายผลกับกลุ่มทดลองระยะประเมินผลลัพธ์ ด้วยสถิติ Z-test for two proportions (กำหนดค่า P value < 0.05)

ผลลัพธ์การดูแล DTPs ระดับ E up	กลุ่มทดลอง ระยะขยายผล	กลุ่มทดลอง ระยะประเมินผลลัพธ์	Z test	P-value
พบ	0	4	-2.68	<0.01
ไม่พบ	30	26		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ ระดับ eGFR ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ 3-4 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ (Independent t – test, n = 30) (กำหนดค่า P value < .05)

ผลลัพธ์ ด้านการดูแลผู้ป่วย	Mean(SD)		t	p - value	95% CI (lower – upper)
	กลุ่มทดลอง ระยะขยายผล	กลุ่มทดลอง ระยะประเมินผลลัพธ์			
ระดับ eGFR	30.45(.50)	30.66(.43)	-1.74	.08	-.45 - .03

สรุปและอภิปรายผล

ระบบการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยฟอกไตที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) ชุดการให้ความรู้ในการบริบาลเภสัชกรรมฯ 2) กระบวนการดำเนินงานในการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยฟอกไต ดังนี้ 1) Policy 2) Provider 3) Materials and medical supplies 4) Revise CPG 5) Refer/ Fast tract 6) Tele-health 7) Risk management และ 8) Monitoring มีความน่าเชื่อถือและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับสูง และไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาไม่สมเหตุผลในผู้ป่วยผู้ป่วยฟอกไตระดับ E ขึ้นไป ทำให้ผู้ป่วยฟอกไตมีความปลอดภัยจากการได้รับยา ทั้งนี้เนื่องจาก

1. ความน่าเชื่อถือ (Reliability)

ระบบบริบาลเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการรับรองคุณภาพของเครื่องมือด้านการปฏิบัติวิชาชีพและการนำไปใช้จริงในระบบบริการสุขภาพ การประเมินความน่าเชื่อถือครั้งนี้พบว่าค่า Cronbach's alpha อยู่ในเกณฑ์ที่ดี (>0.70) สะท้อนให้เห็นถึง ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของระบบในแต่ละองค์ประกอบ[21,22] และยังมีผลการประเมินซ้ำ (Test–retest reliability) ที่มีความคงทน ทำให้มั่นใจว่าระบบสามารถใช้งานได้ต่อเนื่องในบริบทจริงโดยไม่แปรผันจากอิทธิพลของเวลาและผู้ประเมินที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ Heale และ Twycross ที่ระบุว่าความน่าเชื่อถือสูงเป็นปัจจัยที่ทำให้เครื่องมือสามารถนำไปใช้ซ้ำได้อย่างมั่นใจ[23] เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้า พบว่าแนวโน้มของค่าความน่าเชื่อถือมีความใกล้เคียงกับงานของ Nascimento et al. ซึ่งได้พัฒนาระบบการแทรกแซงทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาล โดยรายงานว่ามีค่า Cronbach's alpha ในช่วง 0.75–0.88 แสดงถึงความน่าเชื่อถือระดับสูงและมีศักยภาพในการลดความคลาดเคลื่อนทางยา[24] ระบบที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้จึงแสดงผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงและสามารถยืนยัน

ความถูกต้องของการออกแบบในเชิงปฏิบัติการได้ นอกจากนี้ ระบบยังได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านเภสัชกรรมคลินิก เพื่อรับรองว่าระบบครอบคลุมทั้งด้านข้อมูลผู้ป่วย การประเมินยา และการติดตามผล ซึ่งแนวทางนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของ Souza et al. และ Polit & Beck ที่เน้นย้ำว่าการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญช่วยยกระดับทั้งความตรง (Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของเครื่องมือวิจัย[25-26] และระบบที่พัฒนาขึ้นนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Basger et al. ที่พัฒนาวิธีการจำแนกปัญหาทางยา (Drug-related problem classification system) ในประเทศออสเตรเลีย โดยรายงานว่าเครื่องมือมีค่า kappa สูงกว่า 0.80 แสดงถึงการให้ผลที่สอดคล้องกันระหว่างผู้ประเมิน[27]ดังนั้นการที่ระบบปัจจุบันสามารถรักษาความน่าเชื่อถือในระดับสูงได้ ย่อมชี้ให้เห็นว่าระบบบริบาลเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพเชิง Psychometric เทียบเท่ากับ State-of-the-art ที่ใช้ในระดับนานาชาติ อย่างไรก็ดีระบบที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย ทั้งด้านโครงสร้างของบริกาสาธารณสุขและรูปแบบการทำงานของเภสัชกร ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบที่ช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้งานจริงในวงกว้างมากกว่าระบบที่พัฒนาขึ้นในต่างประเทศซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับทรัพยากรหรือโครงสร้างบริการในประเทศกำลังพัฒนา

2. ความเป็นไปได้ของระบบบริบาลเภสัชกรรมฯ ที่พัฒนาขึ้นในการนำไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ระบบบริบาลเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในระดับสูง (ร้อยละ 92.50) ซึ่งสะท้อนถึงการที่องค์ประกอบของระบบสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่และความต้องการของผู้ปฏิบัติงานจริงในบริบทโรงพยาบาล ทั้งในมิติของนโยบาย โครงสร้าง บุคลากร เครื่องมือสนับสนุน และการยอมรับของสหวิชาชีพ ดังนี้

ด้านเชิงโครงสร้าง พบว่าโรงพยาบาลในจังหวัดศรีสะเกษมีทรัพยากรด้านงบประมาณและอุปกรณ์ที่เพียงพอ ทำให้การดำเนินงานไม่ถูกจำกัดด้วยปัจจัยทางกายภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bond และ Raehl ที่ชี้ว่าความพร้อมด้านทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานเป็นตัวกำหนดสำคัญต่อความเป็นไปได้ในการดำเนินงานของระบบบริบาลเภสัชกรรม[28]

ด้านบุคลากรและการยอมรับ แม้จะพบว่ามีจำนวนแพทย์เฉพาะทางและเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตจำกัด แต่การมีพยาบาลเฉพาะทางและการเสริมสร้างศักยภาพของสหวิชาชีพผ่านการอบรมส่งผลให้เกิดการยอมรับและปฏิบัติตามระบบในระดับสูง (ร้อยละ 100) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kaboli et al. ที่พบว่าการทำงานแบบสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งของทีมสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นไปได้และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[29]

ด้านกระบวนการ ระบบนี้ได้รับการออกแบบให้เชื่อมโยงหลายมิติ ทั้งการปรับใช้ Clinical Practice Guideline (CPG) การพัฒนา Fast track และการใช้ Tele-health ซึ่งช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและการไม่เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยในหน่วยบริการเดิม การมีระบบดังกล่าวช่วยให้การนำไปใช้จริงมีความยืดหยุ่นและตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมของระบบบริการสุขภาพไทยได้ดีกว่าโมเดลจากต่างประเทศบางแห่งที่เน้นทรัพยากรบุคลากรขั้นสูง เช่น งานของ Rotenstein et al. ที่พัฒนา Tele-pharmacy สำหรับการดูแลผู้ป่วยฟอกไตในสหรัฐอเมริกา พบว่าระบบสามารถขยายการเข้าถึงบริการ แต่ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพขนาดใหญ่และเทคโนโลยีที่ซับซ้อน[30] ในขณะที่ระบบนี้ปรับลดความซับซ้อนให้เหมาะสมกับทรัพยากรของประเทศไทย จึงมีความเป็นไปได้สูงกว่าในเชิงปฏิบัติ

ในภาพรวม ความเป็นไปได้สูงที่พบในงานวิจัยครั้งนี้เกิดจากการผสานปัจจัยสนับสนุนหลายมิติ ได้แก่ นโยบายที่ชัดเจน ความพร้อมด้านทรัพยากร การยอมรับของสหวิชาชีพ และการออกแบบกระบวนการที่ตอบโจทย์บริบทจริง

สอดคล้องกับแนวทางของ World Health Organization ที่ระบุว่าการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีความเป็นไปได้ต้องอาศัยการบูรณาการทั้งด้านทรัพยากร มนุษย์ เทคโนโลยี และการสนับสนุนนโยบาย[31] ดังนั้น ระบบบริบาลเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้จึงมีศักยภาพสูงในการนำไปประยุกต์ใช้จริงในสถานพยาบาลของประเทศไทย โดยคาดว่าจะสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การใช้ยาไม่สมเหตุผลและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยฟอกไตในระยะยาว

3. ด้านผลลัพธ์การดูแล

ผลการวิจัยพบว่าการนำระบบบริบาลเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นมาประยุกต์ใช้ ส่งผลให้สามารถลดความถี่และความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reactions; ADRs) ได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ กลไกสำคัญมาจากการเฝ้าระวังเชิงรุก (Active surveillance) การใช้ฐานข้อมูลยาที่บูรณาการ ร่วมกับระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และการประเมินความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาตามแนวทางมาตรฐาน ซึ่งช่วยให้สามารถตรวจพบความเสี่ยงและแก้ไขได้อย่างทันท่วงที สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่ชี้ว่าระบบ Decision support ร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกรทางคลินิกสามารถลดอุบัติการณ์ ADRs ได้ร้อยละ 20–40[32-33] ในด้านการทำงานของไต ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีระดับ Estimated glomerular filtration rate (eGFR) คงที่หรือดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการใช้ระบบ ซึ่งสะท้อนว่าการปรับการใช้ยาตามการทำงานของไต (Dose adjustment by renal function) ที่ถูกรวมอยู่ในระบบช่วยให้ลดการเสื่อมลงของการทำงานของไตได้ ทั้งนี้สอดคล้องกับรายงานของ Tsai และคณะ[34] ที่แสดงว่าการมี Clinical pharmacist ร่วมกับระบบเตือนอัตโนมัติสามารถลดอัตราการเสื่อมถอยของ eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Dooley et al.[35] ที่ยืนยันว่าการใช้ Pharmacist-led renal dosing protocol มีผลลด Nephrotoxicity ได้จริง ผลการวิจัยในครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพทั้งในด้านการป้องกัน ADRs และการชะลอความเสื่อมของการทำงานไต ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามผลในระยะยาวและในกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้น เพื่อยืนยันความคงทนของผลลัพธ์และประเมินผลด้าน Cost-effectiveness ในระดับระบบบริการสุขภาพ

ข้อจำกัด

1. การออกแบบการศึกษา เป็นการศึกษาภายในจังหวัดศรีสะเกษเท่านั้น ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านการทั่วไป (generalizability) เนื่องจากปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐาน บุคลากร และระบบข้อมูลอาจแตกต่างจากสถานพยาบาลอื่น

2. ระยะเวลาการติดตามผล มีข้อจำกัดในช่วงเวลาที่สั้น จึงอาจยังไม่สะท้อนผลลัพธ์ระยะยาวทั้งในแง่การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการเปลี่ยนแปลงของ eGFR ที่อาจต้องใช้เวลาติดตามต่อเนื่องเพื่อยืนยันความคงทนของผลลัพธ์

3. ความถูกต้องของข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (ADRs) ขึ้นกับการบันทึกและการรายงานโดยบุคลากร รวมถึงการยืนยันสาเหตุสัมพันธ์กับยา ซึ่งอาจทำให้มีการประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง (underreporting) ปัจจัยกวน (confounders) เช่น โรคร่วม การใช้ยาหลายชนิด (polypharmacy) หรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย อาจมีผลต่อการเกิด ADRs และการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไต ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้อย่างสมบูรณ์

4. การใช้ eGFR เป็นตัวชี้วัดเดียว แม้จะเป็นดัชนีมาตรฐานในการประเมินการทำงานของไต แต่ยังมีข้อจำกัดจากสมการประเมิน (เช่น CKD-EPI, MDRD) ที่อาจให้ค่าประมาณแตกต่างกันตามเชื้อชาติ เพศ และมวลกล้ามเนื้อของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติ (Implications for practice) ควรนำระบบบริบาลเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนและคลินิกฟอก

ไตเอกชน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ยังขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญและระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน เพื่อให้สามารถลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง

2. ด้านนโยบาย (Implications for policy) หน่วยงานกำหนดนโยบายควรสนับสนุนการบูรณาการระบบข้อมูลสุขภาพร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน รวมถึงสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพให้มีความรู้และทักษะด้านการบริบาลเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือและความยั่งยืนของระบบ

3. ด้านการบริหารจัดการ (Management implications) ควรพิจารณาจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม ทั้งในด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากร ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบ tele-health หรือ clinical decision support systems เพื่อช่วยเสริมการดำเนินงานและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

4. ด้านการวิจัยในอนาคต (Future research directions)

4.1 การศึกษาหลายแห่ง (multi-center studies) ควรดำเนินการเพื่อยืนยันความสอดคล้องของผลลัพธ์ในบริบทที่หลากหลาย ทั้งในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ และภูมิภาคที่มีความแตกต่างด้านโครงสร้างระบบบริการและประชากรผู้ป่วย

4.2 การติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความคงทนของผลลัพธ์ โดยเฉพาะการลดอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการชะลอการเสื่อมของการทำงานไตในระยะหลายปี ซึ่งจะสะท้อนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและการลดภาระค่าใช้จ่ายระบบสุขภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

4.3 การบูรณาการตัวชี้วัดเพิ่มเติม เช่น cystatin C, urinary biomarkers หรือการประเมินความเสี่ยงโดยใช้แบบจำลองทางคลินิก (risk prediction models) เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินการทำงานของไต ควบคู่กับการวัด eGFR

4.4 การประเมินเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เช่น cost-effectiveness หรือ cost-utility analysis เพื่อวัดผลกระทบของระบบบริบาลเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นต่อค่าใช้จ่ายด้านการรักษาในระดับหน่วยบริการและระดับประเทศ

4.5 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลขั้นสูง เช่น machine learning หรือ artificial intelligence ในการพัฒนาระบบช่วยตัดสินใจทางคลินิก (clinical decision support system) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจจับความเสี่ยงของ ADRs และการปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีการทำงานไตบกพร่อง

4.6 การวิจัยเชิงคุณภาพ ที่สำรวจมุมมองและประสบการณ์ของผู้ป่วย แพทย์ และเภสัชกรต่อการใช้ระบบ เพื่อหาแนวทางในการเพิ่มการยอมรับ (acceptability) และความเป็นไปได้ในการขยายผลใช้งานจริงในวงกว้าง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเภสัชกรสมพงษ์ คำสาร เภสัชกรเชี่ยวชาญ ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะ บุคลากรทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฟอกไต ที่ให้ความร่วมมืออำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้เกิดการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al.(2013). Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. Lancet. 2013 Jul;382 (9888):260–72.
2. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P.(2017). Chronic kidney disease. Lancet. 2017 Mar;389(10075):1238–52.

3. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators.(2016). Global, regional, and national life expectancy, all- cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015. Lancet. 2016 Oct;388(10053):1459–544.
4. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al.(2016). Global prevalence of chronic kidney disease – a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2016 Jul;11(7):e0158765.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2567). รายงานสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สปสช.; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/
6. กรมการแพทย์.(2567)> รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก https://www.dms.moph.go.th/
7. Krediet RT.(2013). Peritoneal dialysis: from bench to bedside. Clin Kidney J. 2013 Jun;6(6):568–77.
8. Jha V.(2013). PD First: Peritoneal dialysis as initial renal replacement therapy. Kidney Int Suppl. 2013 May;3(2):154–6.
9. Tesfaye WH, Castelino RL, Wimmer BC, Jose MD, Zaidi STR.(2017). Inappropriate prescribing in chronic kidney disease: A systematic review of prevalence, associated clinical outcomes and impact of interventions. Int J Clin Pract. 2017 Jul;71(7):e12960.
10. Chang F, O'Hare AM, Miao Y, Steinman MA.(2015). Use of renally inappropriate medications in older adults with advanced chronic kidney disease. JAMA Intern Med. 2015 Dec;175(12):1968–75.
11. Al-Ramahi R.(2014). Medication prescribing patterns among chronic kidney disease patients in a hospital in Malaysia. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2014 Jan;25(1):95–9.
12. Nobelius D. (2020). Managing R&D processes-focusing on technology development, product development, and their interplay [Dissertation]. Göteborg: Department of Operations Management and Work Organization School of Technology Management and Economics, Chalmers University of Technology.
13. ณัฏฐพันธ์ เขจรนันทน์.(2545). การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ: เอ็กซเปอร์เน็ท.
14. Dwoaczyk, W.J.(1999). "Use of Stufflebeam's CIPP Model to Assess a Change Effort in aDivision of a University Library," Dissertation Abstracts International. 1999; 59(7) : 2382-A
15. Polit DF, Beck CT.(2017). Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
16. Likert R.(1967). "The Method of Constructing and Attitude Scale," in Attitude Theory and Measurement. New York: Wiley & Son.
17. Best JW.(1977). Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc.
18. Bloom BS, Madaus GF, Hasting JT.(1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
19. Cronbach LJ.(1951). Coefficient Alpha and the Internal structure of tests. Psychometrika; 1951,pp. 334 – 297.
20. Cohen, J. and Uphoff.(1977). Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. London : Rural Development Center : Cornell University.1977.
21. Tavakol M, Dennick R.(2011). Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ. 2011;2:53–5.
22. Heale R, Twycross A.(2015). Validity and reliability in quantitative studies. Evid Based Nurs. 2015;18(3):66–7.
23. Nascimento YS, Foppa AA, Silva D, Pontarolo R.(2021). Pharmacist interventions to reduce medication errors and adverse drug events in hospital: a systematic review. Eur J Hosp Pharm. 2021;28(1):4–10.
24. Polit DF, Beck CT.(2021). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
25. DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, et al.(2007). A psychometric toolbox for testing validity and reliability. J Nurs Scholarsh. 2007;39(2):155–64.

26. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB.(2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. Epidemiol Serv Saude. 2017;26(3):649–59.
27. Basger BJ, Moles RJ, Chen TF.(2018). Development of an aggregated system for classifying causes of drug-related problems. Ann Pharmacother. 2018;52(1):23–32.
28. Bond CA, Raehl CL.(2007). Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. Pharmacotherapy. 2007;27(4):481–93.
29. Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL.(2006). Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. Arch Intern Med. 2006;166(9):955–64.
30. Rotenstein LS, Sadun R, Jena AB.(2018). Virtualist models of care: physician staffing in the era of telemedicine. N Engl J Med. 2018;378(20):1895–7.
31. World Health Organization.(2019). Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: WHO; 2019.
32. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al.(1995). Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. JAMA. 1995;274(1):29–34.
33. Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, et al.(2011). 'Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. Health Aff. 2011;30(4):581–9.
34. Tsai D, Udy AA, Stewart PC, Robertson TA, Brett J, Boots RJ, et al.(2018). Pharmacist-led dose adjustment in patients with renal impairment: a systematic review. Br J Clin Pharmacol. 2018;84(5):934–45.
35. Dooley MJ, Singh S, Michael M.(2011). Implications of dose adjustments in patients with renal impairment. Cancer Forum. 2011;35(2):102–6.

ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร

Stress and related factors among Motorcycle taxi drivers in Bangkok.

(Received: October 30,2025 ; Revised: November 9,2025 ; Accepted: November 13,2025)

สัมพันธ์ มณีรัตน์[1] สุพรรณี ใจดี[2]
Sampan Maneerat[1] Supunnee Jaidee[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในกลุ่มมอเตอร์ไซด์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 350 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธี Pearson Chi-square Test และ Spearman Rank Correlation Coefficient

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย (ร้อยละ 93.70) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 51.10) ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมต้น (ร้อยละ 58.90) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (ร้อยละ 45.70) รายได้ส่วนใหญ่เฉลี่ย 401 – 500 บาท/วัน ส่วนใหญ่มีภาระหนี้สิน (ร้อยละ 61.70) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.10) มีประวัติดื่มแอลกอฮอร์ (ร้อยละ 74.30) ประวัติสูบบุหรี่ (ร้อยละ 75.40) ระยะเวลาการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ 1-5 ปี (ร้อยละ 61.70) ระยะเวลาในการทำงานต่อวัน 1-5 ชั่วโมง (ร้อยละ 60.00) ส่วนใหญ่ทำงาน 5 วันหรือมากกว่า/สัปดาห์ (ร้อยละ 77.40) สาเหตุของความเครียดส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการเงิน (ร้อยละ 60.30) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 54.00) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่ารายได้ต่อวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: ความเครียด, มอเตอร์ไซค์รับจ้าง, กรุงเทพมหานคร

Abstract

This survey research by cross-sectional descriptive study aimed to investigate stress levels and factors associated with stress among motorcycle taxi drivers in the Bangkok metropolitan area. The sample group consisted of 350 registered motorcycle taxi drivers in Bangkok. Data were collected using a questionnaire and analyzed with descriptive statistics. The relationships between variables were examined using the Pearson Chi-square Test and the Spearman Rank Correlation Coefficient.

The results revealed that the majority of the participants were male (93.70%), with the largest age group being 41-50 years old (51.10%). Most had completed lower secondary education (58.90%) and were married (45.70%). The average daily income was predominantly between 401–500 Baht. A significant portion had debt (61.70%), underlying health conditions (75.10%), a history of alcohol consumption (74.30%), and a history of smoking (75.40%). The majority had been working in the profession for 1-5 years (61.70%), worked 1-5 hours per day (60.00%), and worked 5 or more days per week (77.40%). The primary cause of stress was financial problems (60.30%). Overall, the sample group exhibited a high level of stress (54.00%). The analysis of relationships showed a statistically significant positive correlation between daily income and stress ($p < .05$). The findings of this study can be used as a guideline for monitoring, promoting, and preventing mental health problems and other health issues arising from stress in this population.

KEYWORDS: Stress, Motorcycle taxi drivers, Bangkok

---

[1] อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

[2] อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ Corresponding Author's: Supunnee.Ja@northbkk.ac.th

บทนำ

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยี ส่งผลให้ประชาชนต้องแก่งแย่งแข่งขันกันทำงานเพื่อความอยู่รอดของครอบครัว ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต พบว่าในไทยมีผู้เสี่ยงภาวะซึมเศร้าและความเครียดสูงจำนวนมาก จากการสำรวจระหว่าง 1 ม.ค. 2020 – 20 ก.พ. 2025 มีผู้เสี่ยงซึมเศร้า 9.14% (ประมาณ 560,000 คน) เสี่ยงฆ่าตัวตาย 5.18% (300,000 คน) เครียดสูง 7.87% (480,000 คน)[1] จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มสูงมากขึ้น

กลุ่มมอเตอร์ไซด์รับจ้างจัดว่าเป็นแรงงานนอกระบบถือเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ โดยเฉพาะในภาคบริการ เช่น กลุ่มมอเตอร์ไซด์รับจ้าง ซึ่งเป็นอาชีพที่พบได้อย่างแพร่หลายในเขตเมือง อย่างไรก็ตาม กลุ่มแรงงานเหล่านี้มักประสบปัญหาความไม่มั่นคงทางอาชีพ รายได้ไม่แน่นอน ขาดสวัสดิการพื้นฐาน และมักเผชิญกับสภาวะแวดล้อมการทำงานที่เสี่ยงและมีความกดดันสูง ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดในระดับต่าง ๆ[2] จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก World Health Organization ความเครียดจากการทำงานเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกายของแรงงาน หากไม่ได้รับการดูแล อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ หรือแม้กระทั่งความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุระหว่างปฏิบัติงาน[3]

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้จำแนกแรงงานนอกระบบออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ 1) กลุ่มที่ทำงานรับจ้าง มีรายได้ประจำ เช่น ผู้รับงานไปทำที่บ้าน ผู้รับจ้างทำของ ผู้รับจ้างทำงาน ตามฤดูกาล (แรงงานภาคเกษตร) และ 2) กลุ่มผู้ประกอบอาชีพอิสระทั่วไป เช่น คนขับรถรับจ้าง ผู้ทำการเกษตรทั้งที่มีที่ดินเป็นของตนเองและไม่มี ช่างเสริมสวย เจ้าของร้านขายของชำ[4]

จำนวนแรงงานนอกระบบที่ประสบปัญหา 6.3 ล้านคน หรือร้อยละ 29.9 ของแรงงานนอกระบบทั้งหมด โดยปัญหาที่พบ มีดังนี้ 1) ปัญหาจากการทำงาน พบว่าแรงงานนอกระบบ ร้อยละ 47.7 ประสบปัญหาเรื่องค่าตอบแทน รองลงมา เป็นงานขาดความต่อเนื่อง ร้อยละ 19.0 และงานหนัก ร้อยละ 11.3 2) ปัญหาจากสภาพแวดล้อมในการทำงานที่แรงงานนอกระบบประสบมากที่สุด คือ อิริยาบถในการทำงาน (ไม่ค่อยได้เปลี่ยนลักษณะท่าทางในการทำงาน) ร้อยละ 36.5 มีฝุ่นละออง ควัน กลิ่น ร้อยละ 31.5 และสถานที่ทำงานไม่สะอาด ร้อยละ 10.5 3) ปัญหาจากความไม่ปลอดภัยในการทำงาน พบว่าแรงงานนอกระบบร้อยละ 61.8 ประสบปัญหา จากสารเคมี รองลงมาคือ ปัญหาจากเครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตราย ร้อยละ 15.2 และประสบอันตรายต่อระบบหู ระบบตา ร้อยละ 4.4[2] จากสภาพปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยผลการวิจัยพบว่า 1. ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของผู้ขับขี่มอเตอร์ไซค์รับจ้าง ในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 31.5 โดยพบ ปัญหาสุขภาพจิต ด้านความรู้สึกว่ามีอาการทางกาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.2 รองลงมาคือ ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล ความซึมเศร้า และความคิดหวาดระแวง คิดเป็นร้อยละ 11.9, 10.4 และ 10 ตามลำดับ[5]

แรงงานนอกระบบคือกลุ่มบุคคลผู้มีงานทำที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง หรือ ไม่มีหลักประกันทางสังคม โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานนอกระบบในภาคขนส่ง อย่างเช่น ผู้ขับขี่มอเตอร์ไซด์รับจ้าง ปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานที่เกิดจากความร้อน แสงแดด มลพิษจากการจราจร สารเคมี ก๊าซพิษ ควัน ฝุ่น PM และอุบัติเหตุบนท้องถนน ระยะเวลาทำงานที่ยาวนาน และท่าทางการทำงานในท่าเดิมทำให้มีอาการปวดเมื่อย หลัง-เอว-ขา

รวมถึงปัญหาการพักผ่อนไม่เพียงพอ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการใช้สิ่งเสพติด มีความเสี่ยง สำหรับแรงงานมอเตอร์ไซด์รับจ้างซึ่งอยู่ในระบบนอกกฎหมายแรงงาน การขาดการสนับสนุนด้านจิตใจและการคุ้มครองด้านสวัสดิการ ทำให้กลุ่มนี้มีความเปราะบางมากขึ้น ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะความเครียดในกลุ่มนี้ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะนำไปสู่การจัดทำแนวทางหรือมาตรการที่เหมาะสมในการช่วยเหลือหรือป้องกันปัญหาดังกล่าว ดังนั้น การศึกษาความเครียดและปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะความเครียดในกลุ่มแรงงานนอกระบบประเภทมอเตอร์ไซด์รับจ้าง จึงเป็นประเด็นที่มีคุณค่าทางวิชาการและสังคม โดยผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับกลุ่มแรงงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาทางจิตใจและคุณภาพชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของกลุ่มมอเตอร์ไซด์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในกลุ่มมอเตอร์ไซด์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) ศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในกลุ่มมอเตอร์ไซด์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีแบบจำลองความเครียดของ Selye (General Adaptation Syndrome – GAS Model, 1976) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีตัวแปรที่ศึกษาดังนี้ ตัวแปรต้น 1.ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ภาระหนี้สิน โรคประจำตัว 2. ปัจจัยด้านการทำงาน ประกอบด้วย ระยะเวลาในการทำงาน จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อวัน จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์ 3. ปัจจัยด้านจิตสังคม ประกอบด้วย ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 350 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 350 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Krejcie & Morgan[8] ใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดให้ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95%

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) อ่านออกเขียนภาษาไทยและสื่อสารภาษาไทยได้ดี 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร 2) อายุน้อยกว่า 18 ปี 3) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage Cluster Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีลักษณะ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส รายได้ต่อวัน ภาระหนี้สิน โรคประจำตัว ประวัติการดื่มแอลกอฮอร์ ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาการประกอบอาชีพ เวลาในการทำงานต่อวัน เวลาในการทำงานต่อสัปดาห์ สาเหตุของความเครียด

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหาที่ต้องการวัด โดยใช้วิธีการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตามแนวคิดของ Rovinelli และ Hambleton ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบสอบถามมีค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 0.86 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ 0.50 แสดงว่าข้อคำถามมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ ในการพิจารณารายข้อ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป โดยถือว่าข้อคำถามเหล่านั้นมีความตรงเชิงเนื้อหาที่เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล[6] การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88[7]

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ รหัสโครงการ SS1-08-2568-15 เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ในการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

การวิเคราะห์ระดับความเครียดของกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ของกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย (ร้อยละ 93.70) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 51.10) ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมต้น (ร้อยละ 58.90) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (ร้อยละ 45.70) รายได้ส่วนใหญ่เฉลี่ย 401 – 500 บาท/วัน ส่วนใหญ่มีภาระหนี้สิน (ร้อยละ 61.70) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.10) มีประวัติดื่มแอลกอฮอร์ (ร้อยละ 74.30) ประวัติสูบบุหรี่ (ร้อยละ 75.40) ระยะเวลาการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ 1-5 ปี (ร้อยละ 61.70) ระยะเวลาในการทำงานต่อวัน 1-5 ชั่วโมง (ร้อยละ 60.00) ส่วนใหญ่ทำงาน 5 วันหรือมากกว่า/สัปดาห์ (ร้อยละ 77.40) สาเหตุของความเครียดส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการเงิน (ร้อยละ 60.30)

2. ระดับความเครียดของกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิเคราะห์ระดับความเครียด ของกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา อยู่ในระดับสูง จำนวน 189 คน (ร้อยละ 54.00) รองลงมามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 29.40 มีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง 48 คน คิดเป็นร้อยละ 13.70 และมีความเครียดน้อย จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.90 ตามลำดับ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ของกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้ต่อวัน (r= - 0.096, p = 0.037) มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ของกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร (n=350)

ปัจจัยที่ศึกษา	ความเครียด	
	r	*p-value*
ข้อมูลส่วนบุคคล		
- เพศ	-0.054	0.156
- อายุ	0.024	0.326
- ระดับการศึกษา	-0.026	0.313
- สถานภาพสมรส	-0.022	0.342
- รายได้ต่อวัน	0.096*	0.037
- ภาระหนี้สิน	-0.074	0.082
- โรคประจำตัว	-0.058	0.138
ข้อมูลด้านการทำงาน		
- ประสบการณ์ทำงาน (ปี)	-0.046	0.196
- จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน	0.010	0.423
- จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์	0.002	0.482
ปัจจัยด้านจิตสังคม		
- ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	-0.021	0.350
- ประวัติการสูบบหรี่	-0.042	0.219

***p < .001, **p < .01, *p < .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างส่วนใหญ่มีภาวะความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มนัส รงทอง และไอยเรศ บุญเกิด ที่พบว่า ผู้ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62 และจากการศึกษานี้พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางการเงิน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์การทำงาน จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด[9] อาจเนื่องจากผู้ประกอบอาชีพขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างต้องทำงานภายใต้สภาพแวดล้อมและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย บนท้องถนน และต้อง

รับผิดชอบความปลอดภัยของผู้โดยสารด้วย จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความเครียดขึ้น[10]

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ของกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้ต่อวัน (r= - 0.096, p = 0.037) มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด จากค่าสถิติสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อรายได้ต่อวันเพิ่มขึ้น ความเครียดมีแนวโน้มลดลงและรายได้ต่อวันลดลง ความเครียดมีแนวโน้มลดลง ขนาดของความสัมพันธ์ (Magnitude of Correlation): ค่า r = -0.096 ถือว่ามีค่าใกล้เคียง 0 มาก ซึ่งบ่งชี้ว่าขนาดของความสัมพันธ์นั้นอ่อนมาก (Very Weak) อธิบายได้ว่า แม้ว่าจะมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในทางปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงของรายได้ต่อวันอาจส่งผลต่อระดับความเครียดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Cidreira LCS, Teixeira JRB, Mussi FC. พบว่า ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ปัจจัยกดดันจากการทำงาน และรายได้ต่ำสัมพันธ์กับระดับความเครียด[11] และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อุสา สุทธิสาคร, เบญจพร ดีขุนทด, สิริรัตน์ จรรยารัตน์, คณินธร ล้อคำ พบว่า การมีรายได้ที่ไม่แน่นอน ไม่มีสวัสดิการจากรัฐ ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งเงินกู้ของรัฐ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิต[10]

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านอายุ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความเครียดของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากคุณลักษณะของอาชีพที่เปิดกว้างสำหรับบุคคลทุกช่วงวัย โดยมีเงื่อนไขสำคัญคือสมรรถภาพทางกายที่เหมาะสมและการมีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์สาธารณะที่ถูกต้อง ด้วยเหตุนี้ อายุจึงไม่ปรากฏเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความกังวลหรือความเครียดแก่ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มนี้

สำหรับปัจจัยด้านระดับการศึกษา จากการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเครียดของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากลักษณะของอาชีพที่ ไม่ได้กำหนดคุณวุฒิการศึกษาเป็นเกณฑ์หลัก ในการประกอบอาชีพกล่าวคือ ความรู้ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน อาทิ ความเข้าใจในกฎจราจร หลักการขับขี่ปลอดภัย ตลอดจนทักษะที่ใช้ในการทดสอบเพื่อขอรับใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์สาธารณะ ล้วนเป็นสิ่งที่ผู้ขับขี่สามารถแสวงหาความรู้และพัฒนาทักษะได้ด้วยตนเองผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด ผลการวิเคราะห์ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างชั่วโมงการทำงานต่อวันและระดับความเครียดของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร ข้อค้นพบนี้สามารถอธิบายได้จากลักษณะของอาชีพที่เป็นอิสระ (Self-employment) ซึ่งให้อำนาจแก่ผู้ประกอบอาชีพในการตัดสินใจและควบคุมชั่วโมงการทำงานของตนเองได้อย่างยืดหยุ่น ผลการศึกษานี้จึงแตกต่างจากงานวิจัยในบริบทของอาชีพที่มีโครงสร้างเวลาการทำงานที่ตายตัวและขาดความยืดหยุ่น ดังเช่นการศึกษาของพินาลิน เพ็ญทอง และคณะ ที่ชี้ว่าชั่วโมงการทำงานในลักษณะเข้ากะ (Shift Work) มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน ปัจจัยสำคัญอาจเนื่องมาจากการทำงานเป็นกะที่ต้องหมุนเวียนและมีชั่วโมงการทำงานยาวนานต่อเนื่อง ซึ่งรบกวนรูปแบบการพักผ่อนที่เป็นเวลา และนำไปสู่ความเครียดและความอ่อนล้าทางร่างกายได้ในที่สุด[12]

ผลการวิเคราะห์ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับระดับความเครียดของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร ข้อ

ค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า แม้ในประชากรกลุ่มอื่น พฤติกรรมเหล่านี้อาจเป็นกลไกการเผชิญความเครียด (Coping Mechanism) แต่สำหรับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างซึ่งเป็นอาชีพที่ต้องอาศัยความตื่นตัวและสมาธิสูง ความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของตนเองและผู้โดยสาร อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ประกอบอาชีพหลีกเลี่ยงการใช้สารดังกล่าว ซึ่งอาจบั่นทอนสมรรถนะในการขับขี่ได้ ด้วยเหตุนี้ การให้ความสำคัญกับความพร้อมในการปฏิบัติงานจึงอาจมีอิทธิพลเหนือกว่าการเลือกใช้พฤติกรรมดังกล่าวเพื่อจัดการกับความเครียด

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการขยายการศึกษาไปยังกลุ่มกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างในพื้นที่อื่น เพื่อเปรียบเทียบผลและหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต.(2568). MENTAL HEALTH CHECK-dashboards [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 30 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://checkin.dmh.go.th/dashboards
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.(2567). การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567.
3. World Health Organization.(2020). Occupational health: Stress at the workplace [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 30]. Available from: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/occupational-health-stress-at-the-workplace
4. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(2565). สถานการณ์แรงงานนอกระบบ: สถานะองค์ความรู้ ความเสี่ยงและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
5. ผจงจิต ผาภูมิ.(2538). สุขภาพจิตของผู้ขับขี่มอเตอร์ไซด์รับจ้างในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.
6. Rovinelli RJ, Hambleton RK.(1976). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Amherst (MA): Laboratory of Psychometric and Evaluative Research, University of Massachusetts; 1976.
7. Cronbach LJ.(1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16(3):297-334.
8. Krejcie RV, Morgan DW.(1970). Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
9. มนัส รงทอง, ไอยเรศ บุญเกิด.(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม. ใน: รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 14; 2565; นครปฐม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2565.
10. อุสา สุทธิสาคร, เบญจพร ดีขุนทด, สิริรัตน์ จรรยารัตน์, คณินธร ล้อคำ.(2567). ลักษณะทางสังคมและสุขภาวะของผู้ประกอบอาชีพมอเตอร์ไซค์รับจ้าง ในกรุงเทพมหานครท่ามกลางบริบทของ “ความเสี่ยง”: กรณีศึกษา 6 พื้นที่นำร่อง. วารสารศรีปทุมปริทัศน์ ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2567;24(2):23-37.
11. Cidreira LCS, Teixeira JRB, Mussi FC.(2023). Perceived stress by mototaxi drivers and its relationship with sociodemographic and occupational characteristics. Rev Bras Enferm. 2023;76(4):e20220505.
12. พินาลิน เพ็ญทอง, ไชยนันต์ แท่งทอง, สรา อาภรณ์, สุจินดา จารุพัฒน์ มารุโอ, จุฑาธิป ศีลบุตร.(2564). ระดับความเครียดและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน. พยาบาลสาร. 2564;48(4):93-108.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

Effect of the self-Efficacy Enhancement Program via Electronic Media on Blood Glucose Among Pregnant Women at Risk for Gestational Diabetes Mellitus.

(Received: October 10,2025 ; Revised: November 14,2025 ; Accepted: November 16,2025)

ชวาลา บัวหอม[1] ณัฏยา อ่อนผิว[2] เปรียบแก้ว ฝาระมี[3]
Chawala Buahom[1] Nuttaya Onpiw[2] Priabgeaw Faramee[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 2) เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และ 3) เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 58 ราย มารับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลมุกดาหาร ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 29 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และ 2) สื่ออิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบของฟิชเชอร์ เอ็กแซค สถิติทดสอบไคสแควร์ สถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยู สถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบกลุ่มตัวอย่างที่สัมพันธ์กัน และสถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างอิสระ

ผลการศึกษาพบว่า 1. สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2. สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3. สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ : ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์

Abstract

Pregnant women at risk for gestational diabetes mellitus (GDM) often lack sufficient knowledge and skills to appropriately control blood glucose levels. This may negatively impact their self-efficacy in health self-management and lead to poor glycemic control. This quasi-experimental study aimed to: (1) compare the self-efficacy scores of pregnant women at risk for GDM before and after receiving the program; (2) compare the self-efficacy scores between the experimental group and the control group; and (3) compare blood glucose levels between the experimental group and the control group. The sample consisted of 58 pregnant women at risk for GDM who attended the antenatal care and family planning clinic at Mukdahan Hospital from June 2024 to June 2025. Participants were selected based on inclusion criteria and assigned into experimental and control groups, each comprising 29 participants. Research instruments included: (1) the Self-Efficacy Enhancement Program via electronic media, and (2)

[1] อาจารย์พยาบาล กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
[3] อาจารย์พยาบาล กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

digital media on GDM and a self-efficacy questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact test, Chi-square test, Mann–Whitney U test, paired sample t-test, and independent sample t-test.

Results 1. The self-efficacy scores of pregnant women at risk for GDM after receiving the program were significantly higher than before the intervention ($p < .05$). 2. The self-efficacy scores of the experimental group were significantly higher than those of the control group ($p < .05$). 3. The blood glucose levels of the experimental group were significantly lower than those of the control group. The mean self-efficacy scores after the intervention in the experimental group were significantly higher than before the intervention ($p < .05$).

Keywords: Gestational Diabetes Mellitus, Risk for Gestational Diabetes Mellitus, Pregnant Women, Self-Efficacy

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus [DM]) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์ โรคเบาหวานที่วินิจฉัยได้ในขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus [GDM]) เป็นเบาหวานชนิดที่มีการตรวจพบครั้งแรก และได้รับการวินิจฉัยในขณะตั้งครรภ์[1] ปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาพบอุบัติการณ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานมากที่สุดที่ตะวันออกกลาง และแอฟริกาเหนือ ร้อยละ 15.2 รองลงมาเป็นทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 15 ประเทศสหรัฐอเมริกาพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานประมาณร้อยละ 6 ของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด[2] ส่วนในทวีปเอเชียพบอุบัติการณ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ร้อยละ 11.5 ของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด ประเทศที่มีอุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานสูงที่สุดคือประเทศไต้หวันพบร้อยละ 38.6 โดยประเทศไทยเป็นอันดับที่ 7 พบอุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร้อยละ 17.1 ในจังหวัดมุกดาหาร พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมุกดาหาร ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมน้ำหนักไม่ได้ตามเกณฑ์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ไม่มีกิจกรรมออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของระบบเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตในขณะตั้งครรภ์ โดยการตั้งครรภ์มีผลทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ความไวของการตอบสนองต่ออินซูลินต่ำกว่าสตรีที่ไม่ตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงขึ้น เป็นการตอบสนองเพื่อให้มีกลูโคสสำหรับทารกในครรภ์ ร่วมกับรกมีการสร้างฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ต้านอินซูลิน ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงขึ้น[3] โดยเฉพาะในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ ฮอร์โมนจากรก ได้แก่ เอสโตรเจน (estrogen) โปรเจสเตอโรน (progesterone) เลปติน (leptin) คอร์ติซอล (cortisol) พลาเซนทอล โกรทฮอร์โมน (placental growth hormone) ฮิวแมนพลาเซนทอล แลคโตเจน (Human placental lactogen) จะถูกสร้างมากขึ้น ฮอร์โมนเหล่านี้มีผลออกฤทธิ์ต้านการทำงานของอินซูลิน เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของระดับกลูโคส เบต้าเซลล์ของตับอ่อนจะมีการขยายขนาดและเพิ่มจำนวนเซลล์เพื่อสร้างอินซูลินเพิ่มขึ้น หากร่างกายไม่สามารถปรับเพื่อรักษาสมดุลของกลูโคสได้ จะเป็นผลให้เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงผิดปกติ เป็นหนึ่งในปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังคลอดได้ จากพยาธิสภาพของโรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของตับอ่อน ร่วมกับภาวะดื้อต่ออินซูลินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของสตรีตั้งครรภ์ ทำให้เกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ครรภ์แฝดน้ำ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ การคลอดก่อนกำหนด ในระยะคลอดเสี่ยงต่อการคลอดยาก และการตกเลือด

หลังคลอด เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ไม่ดี มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ การติดเชื้อที่กรวยไต สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะถูกส่งผ่านไปยังทารกในครรภ์ทำให้ทารกมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงตามส่งผลให้ทารกในครรภ์ปัสสาวะมากและทำให้เกิดภาวะน้ำคร่ำมาก (polyhydramnios) และหากทารกมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงยังส่งผลให้ทารกมีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome [RDS]) เมื่อแรกเกิดได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้ทารกพิการแต่กำเนิดได้ ในระยะหลังคลอดสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อน จากการที่ตับอ่อนเสื่อมสภาพลงร่วมกับมีความไวของหลอดเลือดต่ออินซูลินลดลง ทำให้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเปลี่ยนแปลงไป เกิดเป็นภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ หลังจากการตั้งครรภ์สิ้นสุดอาจกลับสู่ภาวะปกติ หรือเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ถัดไป นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพบรายงานว่าสตรีที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอีกด้วย ทารกในครรภ์ที่สตรีตั้งครรภ์ควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ไม่ดีในระยะแรกของการตั้งครรภ์ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้งบุตร และทารกพิการแต่กำเนิด[4] นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ จากการศึกษาพบว่าทารกในครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานจะมีเส้นรอบวงท้องใหญ่ โดยเฉพาะในทารกเพศชาย ซึ่งการรักษาโดยโภชนบำบัดทางการแพทย์ จะช่วยลดค่าเฉลี่ยของน้ำหนักแรกเกิดและมวลไขมันของทารกแรกเกิดได้[5]ผลกระทบต่อทารกในระยะยาว คือ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนได้ถึงสองเท่าเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม[6] จากผลกระทบดังกล่าวสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จึงควรได้รับคำแนะนำเพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมจะส่งผลต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือด จึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อลดอัตราการเกิดโรค และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีทั้งในมารดาและทารก

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของแต่ละบุคคล ว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยแบนดูรา เชื่อว่า แม้ว่าบุคคลจะได้รับความรู้และรู้ว่าพฤติกรรมนั้นดี แต่ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะปฏิบัติได้สำเร็จก็อาจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ บุคคลใดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดจากแหล่งที่มา 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จได้ด้วยตนเอง (performance accomplishment) เป็นแหล่งที่มีอิทธิพลมากที่สุด เพราะเป็นประสบการณ์ที่แท้จริงของบุคคล ผู้ที่ประสบความสำเร็จในพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วยตนเอง จะส่งผลให้มีความเชื่อมั่นว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ มีการประเมินตนเองสูง 2) การสังเกตตัวแบบหรือเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) เป็นการเรียนรู้จากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตน ที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ทำให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองก็สามารถปฏิบัติได้เช่นกัน โดยตัวแบบประกอบด้วยตัวแบบที่มีชีวิตและตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) เป็นการพูดชักจูงให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ โดยการชมเชย ให้กำลังใจเป็นการเสริมแรงให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and effective status)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในสตรีตั้งครรภ์ พบว่ามีการศึกษาของ อ สุวิสา ปานเกษม ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ จากการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรม

ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และจากการศึกษาของ วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, และคณะ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนดังกล่าว ได้ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง อธิบายได้ว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา[7] มีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนยังเป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลที่สุด ต่อการจัดการตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม[8] แม้ว่าผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมดังกล่าวช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะเบาหวานได้ แต่ในสถานการณ์ปัจจุบัน โลกมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ประชาชนมีพฤติกรรมในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารและความรู้แตกต่างไปจากเดิมโดยมีการใช้โทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟนเพื่อเข้าถึงข้อมูล และติดต่อสื่อสารมากยิ่งขึ้นตามการพัฒนาของเทคโนโลยีสู่ยุคดิจิทัล ทำให้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทต่อประชาชนมากยิ่งขึ้นในการใช้เป็นเครื่องมือเพื่อเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ตามความสนใจ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (Quasi-Experimental Two-Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน ที่มาเข้ารับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ 1) อายุ 35 ปีขึ้นไป 2) ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ตารางเมตร 3) พ่อ แม่ พี่ หรือน้องเป็นโรคเบาหวาน 4) เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือกำลังรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง 5) มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติก่อนการตั้งครรภ์ (TG มากกว่าหรือเท่ากับ 250 มก./ดล. หรือ HDL-C น้อยกว่า 35 มก./ดล.) 6) มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม 7) เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น Impaired glucose tolerance หรือ Impaired fasting glucose 8) มีโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง มีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่ 9) ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ (3+ หรือ 4+)
2. มีแผนการรักษาให้ได้รับการคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยวิธี 50 g glucose challenge test

3. คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง

4. มีการรับรู้ปกติ สามารถสื่อสาร ทั้งการฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ สามารถติดต่อทางโทรศัพท์และมีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชันไลน์

5. มีสมาร์ทโฟนที่สามารถใช้งานได้

6. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ภาวะครรภ์แฝด ภาวะซีด โรคหัวใจ เป็นต้น

7. ให้ความร่วมมือและยินยอมในการเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก 1) มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการผิดปกติ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ทารกในครรภ์ดิ้นน้อย ทารกเสียชีวิตในครรภ์ มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ หรืออายุรศาสตร์ที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน 3) มีความจำเป็นที่จะต้องย้ายสถานที่ฝากครรภ์ไปยังโรงพยาบาลอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997)

1.2 สื่อมัลติมีเดียตัวแบบสัญลักษณ์ เป็นสตรีที่มีประวัติเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่สามารถปรับพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

1.3 สื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งรวบรวมไว้ใน E-book และ Line official Account

1.4 สติ๊กเกอร์ไลน์ ภาพการ์ตูนสตรีตั้งครรภ์และทารก

1.5 แผนการสอนเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสูติศาสตร์ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ น้ำหนัก ส่วนสูง และการได้รับความรู้เรื่องภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2.2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

2.3 แบบสอบถามระดับน้ำตาลในกระแสเลือด เป็นแบบสอบถามปลายเปิดแบบเติมคำ สำหรับบันทึกระดับพลาสมากลูโคส ที่ได้จากการคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยวิธีการดื่มสารละลายกลูโคส 50 กรัม (50 g. glucose challenge test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการตอบแบบสอบถาม มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบสถิติการกระจายของข้อมูล ด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สไมร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov one sample test) พบว่าข้อมูลเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติ

ทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (independent t-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยการทดสอบสถิติการกระจายของข้อมูล ด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สไมร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov one sample test) พบว่าข้อมูลเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติทดสอบ ค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน (paired t-test)

4. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบสถิติการกระจายของข้อมูล ด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สไมร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov one sample test) พบว่าข้อมูลเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน (independent t-test)

จริยธรรมงานวิจัย

ได้รับรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยคณะกรรมการมหาวิทยาลัยนครพนม เอกสารเลขที่ HE 161/2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสูติศาสตร์

การวิจัยครั้งนี้ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 58 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 29 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 29 ราย

กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ระหว่าง 18-39 ปี ค่ามัธยฐานของอายุ คือ 32 ปี (IQR = 11.50) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์หลัง คิดเป็นร้อยละ 68.97 รองลงมาเป็นการตั้งครรภ์แรก คิดเป็นร้อยละ 31.03 จบการศึกษาในระดับมัธยมต้น คิดเป็นร้อยละ 51.72 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือปวช. คิดเป็นร้อยละ 20.69 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 51.72 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 27.59 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท และอยู่ในช่วง 5,000 ถึง 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.03 ในส่วนของลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 62.17 บุคคลหลักที่สนับสนุน และดูแลในระหว่างการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ คือ สามี 75.86 และกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับความรู้เรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 58.62

กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ระหว่าง 19-43 ปี ค่ามัธยฐานของอายุ คือ 35 ปี (IQR = 9.50) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก คิดเป็นร้อยละ 51.72 รองลงมาเป็นการตั้งครรภ์หลัง คิดเป็นร้อยละ 48.28 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 31.03 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือปวช. คิดเป็นร้อยละ 24.15 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 44.82 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 27.59 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000 ถึง 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.38 ในส่วนของลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 58.62 บุคคลหลักที่สนับสนุน และดูแลในระหว่างการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ คือ สามี 58.62 และกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับความรู้เรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 72.41

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำแนกเป็นจำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (n = 58)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=29)		กลุ่มทดลอง (n=29)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					.258[ก]
18 – 24 ปี	7	24.14	4	13.79	
25 – 31 ปี	5	17.24	9	31.04	
32 – 38 ปี	16	55.17	10	34.48	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำแนกเป็นจำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (n = 58)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=29)		กลุ่มทดลอง (n=29)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
39 – 45 ปี	1	3.45	6	20.69	
Median(IQR) = 32.00 (11.50), Min = 18, Max = 39			Median(IQR) = 35.00 (9.50), Min = 19, Max = 43		
ประวัติการตั้งครรภ์					.110[ข]
ครรภ์แรก	9	31.03	15	51.72	
ครรภ์หลัง	20	68.97	14	48.28	
ระดับการศึกษา					.004[ค]
ประถมศึกษา	5	17.24	9	31.03	
มัธยมต้น	15	51.72	3	10.34	
มัธยมปลาย/ปวช.	6	20.69	7	24.15	
อนุปริญญา/ปวส.	1	3.45	5	17.24	
ปริญญาตรี	1	3.45	5	17.24	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.45	-	-	
อาชีพ					.020[ค]
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	3.45	2	6.90	
รับจ้าง	15	51.72	13	44.82	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	1	3.45	1	3.45	
เกษตรกรรม	8	27.59	8	27.59	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	4	13.79	5	17.24	
รายได้เฉลี่ย/เดือน					.436[ค]
น้อยกว่า 5,000 บาท	9	31.03	9	31.03	
5,000-10,000 บาท	9	31.03	12	41.38	
10,001-15,000 บาท	7	24.14	5	17.24	
15,001-20,000 บาท	2	6.90	2	6.90	
มากกว่า 20,000 บาท	2	6.90	1	3.45	
ลักษณะครอบครัว					.115[ข]
เดี่ยว	18	62.17	12	41.38	
ขยาย	11	37.93	17	58.62	
บุคคลหลักที่สนับสนุนและดูแลในระหว่างการตั้งครรภ์					.641[ค]
สามี	22	75.86	17	58.62	
มารดาตนเอง/มารดาสามี	6	20.69	9	31.03	
บิดาตนเอง/บิดาสามี	1	3.45	1	3.45	
พี่/น้อง	-	-	1	3.45	
ญาติ	-	-	1	3.45	
การได้รับความรู้เรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์					.269[ข]

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำแนกเป็นจำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (n = 58)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=29)		กลุ่มทดลอง (n=29)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เคย	12	41.38	8	27.59	
ไม่เคย	17	58.62	21	72.41	

หมายเหตุ. [ก] = Mann-Whitney U Test [ข] = Chi-square Test [ค] = Fisher's Exact Test

ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน

การวิจัยครั้งนี้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง จากการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์ความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง *(n=29)*

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=29)		หลังทดลอง (n=29)		p-value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D.	
คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	31.97	3.57	38.58	5.38	.000*

*Paired t-test

การวิจัยครั้งนี้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง *(n=58)*

คะแนนการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน	กลุ่มควบคุม (n=29)		กลุ่มทดลอง (n=29)		p-value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D.	
หลังการทดลอง	31.24	4.29	38.58	5.38	.000*

*Independent t-test

ส่วนที่ 3 ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด

การวิจัยครั้งนี้เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม จากการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม *(n=58)*

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=29)		กลุ่มทดลอง (n=29)		p-value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D.	
ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด	147.79	44.38	127.00	28.56	.038*

*Independent t-test

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยอภิปรายตามสมมติฐานของการวิจัยได้ดังนี้

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแหล่งสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 แหล่ง ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ฝึกปฏิบัติจนประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม 2) เรียนรู้โดยประสบการณ์ หรือจากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยการให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้เรียนรู้จากตัวแบบที่มีความคล้ายคลึง และประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมในการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด 3) การใช้คำพูดชักจูงให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสม และต่อเนื่อง โดยการใช้คำพูดชักจูงใจสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน และ 4) ความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนการเริ่มกิจกรรม ซึ่งสามารถอภิปรายผลโดยเชื่อมโยงกับสมมติฐานของการวิจัยและองค์ประกอบทั้ง 4 แหล่งของแบนดูรา[7] ได้ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การที่กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้เกิดประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ผ่านการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่น่าสนใจ ทันสมัย เข้าถึงง่าย โดยมีหัวข้อการเรียนรู้ ได้แก่ พยาธิกำเนิดของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อาการและอาการแสดง ผลกระทบของโรคเบาหวาน พฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วยการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้ฝึกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด โดยใช้วิดีทัศน์ ในแต่ละหัวข้อมีการอธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย มีภาพการ์ตูนประกอบซึ่งช่วยดึงดูดความสนใจ ประกอบกับการจัดทำวิดีทัศน์แนะนำการออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ให้กลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติ โดยมีผู้วิจัยให้คำแนะนำจนเกิดความมั่นใจ และเมื่อกลุ่มทดลองกลับบ้าน ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มทดลองส่งภาพอาหารที่เลือกรับประทาน และภาพการออกกำลังกาย อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะ ประกอบด้วย 1) การบริโภคอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การผ่อนคลายความเครียด โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน (American Diabetes Association, 2020) นอกจากนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนยังเป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลที่สุดต่อการจัดการตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน[8]

2. การเรียนรู้โดยประสบการณ์จากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน การที่กลุ่มทดลองได้เรียนรู้

ประสบการณ์ผ่านการรับชมวิดีทัศน์ตัวแบบซึ่งเป็นสตรีที่มีประวัติเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และสามารถปรับพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม จนไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะปฏิบัติได้สำเร็จเช่นเดียวกับตัวแบบ การเรียนรู้จากตัวแบบถือเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งของการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา[7] โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การได้รับชมสื่อ เช่น วิดีโอ หรือการบอกเล่าจากตัวอย่างของผู้หญิงที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ทั้งในด้านประสบการณ์การตั้งครรภ์ และความเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่งสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สำเร็จนั้น ช่วยกระตุ้นความเชื่อมั่นในตนเอง

3. การชักจูงด้วยคำพูด กลุ่มทดลองได้รับการชักจูงด้วยคำพูด และให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้เหมาะสม เมื่อกลับบ้านผู้วิจัยจะมีการให้กำลังใจโดยใช้สติ๊กเกอร์ไลน์รูปการ์ตูนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นส่งผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราภา รัตนจันทร์ ภาณุมาศ ไกรสัย และสัณห์จิรา นิตย์แสวง ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในสตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลนครปฐม ในสตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 66 คน โดยกิจกรรมประกอบด้วยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การเสนอตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูงใจ และ4) การกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งจากแหล่งที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมพบว่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[9]

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ กลุ่มทดลองได้รับการสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนั้นยังมีการประเมินด้านร่างกายโดยการตรวจวัดสัญญาณชีพ จัดให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย และอากาศถ่ายเทสะดวก ระหว่างดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยจะส่งเสริมการผ่อนคลายจิตใจร่วมกับการเชิญชวนให้นึกถึงทารกในครรภ์ เพื่อเป็นการจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยบุคคลมักใช้ข้อมูลทางด้านร่างกายในการประเมินความสามารถของตน บุคคลที่ประเมินว่าตนเองมีความบกพร่องเรื่องความสมบูรณ์ด้านร่างกายมีการทำงานของร่างกายผิดปกติ จะประเมินความสามารถตนเองต่ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ในขณะที่ด้านอารมณ์ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ก็มีผลทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงเช่นกัน หากบุคคลมีความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์จะส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น[7]

ข้อเสนอแนะ

จากผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ควรได้รับการอบรมแนวทางและขั้นตอนของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และนำ

โปรแกรมฯ ไปใช้เพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อไป

2. ด้านการศึกษา สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลในการนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ไปใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์นี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม คณะผู้บริหารทุกท่าน ที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 นำมาซึ่งการพัฒนาและการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิและคณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ที่ให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham, F. G., Leveno, K. J. Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. M....et al. (2018). Williams obstetrics (25th Ed.). New York : McGraw-Hill Education.
2. Deputy, N. P., Kim, S. Y., Conrey, E. J., & Bullard, K. M. (2018). Prevalence and changes in preexisting diabetes and gestational diabetes among women who had a live birth—United States, 2012–2016. Morbidity and Mortality Weekly Report, 67(43), 1201.
3. American Diabetes Association. (2020). 14. Management of Diabetes in Pregnancy:
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. สมาคม.
5. Macaulay, S., Munthali, R. J., Dunger, D. B., & Norris, S. A. (2018). The effects of gestational diabetes mellitus on fetal growth and neonatal birth measures in an African cohort. Diabetic Medicine, 35(10), 1425-1433.
6. Plows, J. F., Stanley, J. L., Baker, P. N., Reynolds, C. M., & Vickers, M. H. (2018). The pathophysiology of gestational diabetes mellitus. International journal of molecular sciences, 19(11), 3342.6. Bandura, A. (1997). Self-self-efficacy: The exercise of control. New York.
7. Bandura, A. (1997). Self-self-efficacy: The exercise of control. New York.
8. ชนัดดา ระดาฤทธิ์ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และ สุพิศศิริ อรุณรัตน์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 27(1), 50-59.
9. อัจฉราภา รัตนจนัทร์, ภาณุมาศ ไกรสัย, & สัณห์จิรา นิตย์แสวง. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในสตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลนครปฐม. วารสารกองการพยาบาล, 50(3), 49–58.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดในระหว่างรอรับบริการและผลต่ออัตราการส่งต่อรักษาและความพึงพอใจ คลินิกพิเศษเฉพาะทาง (Special Medical Clinic: SMC) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Effects of nursing practice guidelines using early warning scores on monitoring deteriorating patients during waiting for services and impact on emergency transfer rates and satisfaction at special medical clinic (SMC), Kalasin Hospital.

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 3,2025)

อินทิรา ภูสง่า[1]
Intira Phusongkha[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดในระหว่างรอรับบริการ การส่งต่อรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วยในคลินิกพิเศษเฉพาะทาง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ One Group Pretest-Posttest ดำเนินการ 6 เดือน (กรกฎาคม–ธันวาคม 2568) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วย 100 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวนหนึ่ง ข้อมูลเก็บโดยเครื่องมือเชิงปริมาณ 8 ชุด รวมถึงแบบประเมิน MEWS การเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วย การส่งต่อฉุกเฉิน และความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผลการวิจัย หลังการใช้แนวปฏิบัติพบว่า สัญญาณชีพของผู้ป่วยปรับเข้าสู่ภาวะปกติมากขึ้น (คะแนน MEWS ลดลงจาก 6.8 ± 2.5 เป็น 4.1 ± 1.8, $p < 0.001$) อัตราการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินลดลงจาก 15.2 ± 5.8 เป็น 10.4 ± 4.7 ครั้ง ($p = 0.002$) คะแนน EWS ลดลงจาก 4.6 ± 2.1 เป็น 2.8 ± 1.5 ($p < 0.001$) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับสูง (รวมร้อยละ 75) และพยาบาลประเมินแนวปฏิบัติว่าเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้จริง และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (รวมคะแนนเฉลี่ย 64.3 ± 6.1 จาก 75 คะแนน) ตัวชี้วัดสำคัญก่อน–หลังใช้แนวปฏิบัติมีการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การตรวจจับผู้ป่วยเสี่ยงได้ทันทีเพิ่มจากร้อยละ 35 เป็น 80 ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: Early Warning Score (EWS), แนวปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วยอาการทรุด, การส่งต่อฉุกเฉิน, ความพึงพอใจผู้ป่วย

Abstract

This study aimed to examine the effects of a nursing practice using EWS on monitoring deteriorating patients during waiting periods, emergency patient transfers, and patient satisfaction at a Special Medical Clinic (SMC), Kalasin Hospital. A quasi-experimental one-group pretest-posttest design was conducted over six months (July–December 2025). The sample included 100 patients and a group of professional nurses. Data were collected using eight quantitative instruments, including MEWS assessment, patient monitoring and follow-up records, emergency transfer logs, and patient satisfaction questionnaires.

Results: After implementing the nursing practice, patients' vital signs improved (total MEWS score decreased from 6.8 ± 2.5 to 4.1 ± 1.8, $p < 0.001$). Emergency transfer frequency decreased from 15.2 ± 5.8 to 10.4 ± 4.7 times ($p = 0.002$), and EWS scores reduced from 4.6 ± 2.1 to 2.8 ± 1.5 ($p < 0.001$). Patients reported high satisfaction with the practice (overall 75%), and nurses rated the practice as suitable, feasible, and effective in-patient care (mean score 64.3 ± 6.1 out of 75). Key performance indicators also improved significantly, such as timely identification of at-risk patients, which increased from 35% to 80% ($p < 0.001$).

Keywords: Early Warning Score (EWS), Nursing Practice, Deteriorating Patients, Emergency Transfer, Patient Satisfaction

[1] พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ งานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของการดูแลรักษาทางการแพทย์ และเป็นองค์ประกอบสำคัญในการมุ่งสู่ความครอบคลุมดูแลสุขภาพถ้วนหน้า ตามข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าการดูแลรักษาที่ไม่ปลอดภัยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั่วโลกมากกว่า 1 ใน 10 ราย ขณะที่ประมาณครึ่งหนึ่งของเหตุการณ์เหล่านี้สามารถป้องกันได้ การดำเนินการดูแลรักษาที่ไม่ปลอดภัยก่อให้เกิดภาระทางสาธารณสุขอย่างมาก โดยใช้งบประมาณด้านสุขภาพถึงร้อยละ 12.60 ในประเทศรายได้สูง การปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยมีศักยภาพในการเพิ่มผลผลิตทางเศรษฐกิจโลกถึงร้อยละ 15.00 ภายใน 2 ทศวรรษ[1] ในประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกือบ 1 ใน 4 ราย จะประสบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย โดยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและการผ่าตัด[2] การศึกษาระยะยาวแสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงที่เป็นไปได้ โดยอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงร้อยละ 18.00-41.00 ในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ระหว่างปี 2010-2019[3]

ประเทศไทยมีความตื่นตัวด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่านนโยบาย "ความปลอดภัยผู้ป่วยและบุคลากร (2P Safety)" ที่ประกาศใช้ในปี 2559 โดยกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรด้านสุขภาพ 15 แห่ง การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในประเทศไทยประสบกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาพยาบาลประมาณร้อยละ 2.80-4.20 ของผู้ป่วยใน ก่อให้เกิดต้นทุนทางเศรษฐกิจประมาณ 12,000-18,000 บาทต่อราย ระบบรายงานและการเรียนรู้แห่งชาติที่เริ่มใช้ตั้งแต่ปี 2560 ครอบคลุมโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 58.00 ของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน[4] การเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงเป็นองค์ประกอบสำคัญของความปลอดภัยผู้ป่วย โดยหลักฐานทางวิทยาศาสตร์แสดงให้เห็นว่าการทรุดลงของผู้ป่วยสามารถพยากรณ์ได้ล่วงหน้า 6-24 ชั่วโมง จากการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อุณหภูมิ ความอิ่มตัวของออกซิเจน และระดับความรู้สึกตัว[5] การเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 31.00[6] ระบบสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (Early Warning Score: EWS) ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยในการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤต โดยเฉพาะ Modified Early Warning Score (MEWS) ที่มีการประเมิน 5 ระบบหลัก ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย และระดับความรู้สึกตัว[7] การศึกษาในประเทศไทยพบว่า การใช้ MEWS สามารถลดอัตราการหยุดหายใจหยุดใจลงร้อยละ 4.70 เป็น 1.10 การส่งต่อ ICU ที่ไม่ได้วางแผนลดลงจากร้อยละ 5.30 เป็น 1.70 และการผ่าตัดฉุกเฉินลดลงจากร้อยละ 6.30 เป็น 0.00[9]

บทบาทของพยาบาลในการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีการติดต่อกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นผู้แรกที่สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย[10] การศึกษาพบว่าประมาณ ร้อยละ 70 ของการหยุดหายใจหยุดใจในโรงพยาบาลเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีสัญญาณของการทรุดลงทางคลินิกในช่วงหลายชั่วโมงก่อนหน้า (AACN, 2024) อย่างไรก็ตาม การศึกษาแสดงให้เห็นว่ายังมีปัญหาในการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ EWS โดยอัตราการปฏิบัติตามอยู่ที่ร้อยละ 53.00-100.00 ขึ้นอยู่กับระบบที่ใช้[11] การบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (Special Medical Clinic: SMC) เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เริ่มตั้งแต่ปี 2561 เพื่อเพิ่มทางเลือกและโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยมีหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเปิดให้บริการจำนวน 133 แห่ง[12] การบริการ SMC มีลักษณะคล้ายคลึงกับงานผู้ป่วยนอกทั่วไป แต่มีความเสี่ยงในการเกิดอาการทรุดลงของผู้ป่วยระหว่างรอรับบริการ เนื่องจากผู้มารับบริการมี

ความหลากหลาย ทั้งผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดขนาด 540 เตียง มีผู้มารับบริการเฉลี่ยวันละ 1,222 คน ได้เปิดให้บริการ SMC นำร่องที่คลินิกอายุรกรรมและขยายไปยังคลินิกศัลยกรรม โดยมีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานอุบัติการณ์ปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ 1 ราย ไข้สูงหนาวสั่น 1 ราย เป็นลม 3 ราย และมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความปวด 1 ราย การวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าบุคลากรยังไม่มีแนวปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยอาการทรุดที่ชัดเจน ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพการบริการ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 4.20 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5.00 โดยมีผู้ป่วยที่พึงพอใจในระดับสูงเพียงร้อยละ 23.30 ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ ได้แก่ เวลารอคอย การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและคุณภาพการดูแล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดกาฬสินธุ์ ขนาด 540 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการรักษาทั่วผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (SMC : Special Medical Clinic) ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในหน่วยงานที่มีความพร้อมและมีศักยภาพ เพื่อลดความแออัด ตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุม เพิ่มทางเลือกและโอกาสในการเข้าถึงการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยแพทย์เฉพาะทางนอกเวลาราชการ สำหรับผู้รับบริการที่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผู้มารับบริการเฉลี่ยวันละกว่า 1,222 คน ได้เห็นถึงความสำคัญของนโยบายการจัดตั้งคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาดังกล่าว จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ขึ้น โดยได้มีการวางแผนการดำเนินงาน และจัดทำประชาพิจารณ์ทั้งจากเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล และภาคประชาชน การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยที่ผ่านมาพบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ คลินิกพิเศษเฉพาะทาง (Special Medical Clinic: SMC) ใช้ยังไม่มีแนวปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยอาการทรุด เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาที่ห้องผู้ป่วยนอกในแต่ละวันที่มีจำนวนมากเมื่อเทียบกับอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาล ทำให้การคัดกรองและประเมินสภาพและจำแนกประเภทผู้ป่วยต้องเร่งรีบและไม่ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามถึงแม้จะได้มีการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น โดยการปรับระบบการคัดกรองด้วยการนำแนวทางการคัดกรองและใบนำส่งระหว่างแผนก และการนำเอามาตรฐาน Triage scale มาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของคลินิกพิเศษเฉพาะทาง (Special Medical Clinic: SMC) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก็ยังพบอุบัติการณ์การเกิดอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มารอตรวจที่ห้องตรวจ เช่น มีไข้ ลมชัก หอบมากขึ้น ปวดท้อง เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจอาจไม่เพียงพอหรือยังไม่สมบูรณ์ มีความจำเป็นต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดปัญหานี้หรือให้เกิดน้อยที่สุด[13]

ผู้วิจัยในฐานะทีมผู้ปฏิบัติงานคลินิกพิเศษเฉพาะทาง (Special Medical Clinic: SMC) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์กาฬสินธุ์ ที่มีหน้าที่ดูแลร่วมรับผิดชอบงานบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทาง (Special Medical Clinic: SMC) ด้วยการคัดกรองและเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้รับบริการ จึงสนใจการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดในระหว่างรอรับบริการและผลต่ออัตราการส่งต่อรักษาและความพึงพอใจ

ของผู้ป่วย คลินิกพิเศษเฉพาะทาง (Special Medical Clinic: SMC) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการและทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตสำหรับการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดในคลินิกพิเศษเฉพาะทางจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยมุ่งศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นต่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดในระหว่างรอรับบริการ อัตราการส่งต่อรักษา และความพึงพอใจของผู้รับบริการในคลินิกพิเศษเฉพาะทางโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดในคลินิกพิเศษเฉพาะทาง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตสำหรับการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดในคลินิกพิเศษเฉพาะทาง

2) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการส่งต่อรักษาฉุกเฉินก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

3) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

4) เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติ

สมมติฐานการวิจัย

อัตราการส่งต่อรักษาฉุกเฉิน และ ความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดในระหว่างรอรับบริการ และผลต่ออัตราการส่งต่อรักษาและความพึงพอใจ คลินิกพิเศษเฉพาะทาง (Special Medical Clinic: SMC) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ One Group Pretest-Posttest Design ที่มีการประเมินผลและติดตามอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการในช่วงเดือนกรกฎาคม 2568 ถึง ธันวาคม 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน จนสิ้นสุดโครงการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกพิเศษเฉพาะทาง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 12 คน, เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกพิเศษเฉพาะทาง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วงระยะเวลาการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกพิเศษเฉพาะทาง จำนวน 12 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ, เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกพิเศษเฉพาะทาง อายุ 18 ปีขึ้นไป รวมจำนวน 100 คน เปรียบเทียบก่อนหลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Paired t-test ด้วยโปรแกรม G*Power

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

1) การเลือกประเภทการทดสอบ (Statistical Test) Test family: t-tests Statistical test: Means: Difference between two dependent means (matched pairs) Type of power analysis: A priori: Compute required sample size - given α, power, and effect size

2) การกำหนดค่าพารามิเตอร์ (Input Parameters)

Effect size (d) = 0.50 เนื่องจาก ขนาดผลกระทบระดับปานกลาง (Cohen, 1988) เหมาะสมสำหรับการศึกษาทางการพยาบาล

α err prob = 0.05 เนื่องจาก ระดับนัยสำคัญทางสถิติมาตรฐาน (95% confidence level)

Power (1-β err prob) = 0.80 เนื่องจากค่าอำนาจการทดสอบ 80% เป็นมาตรฐานทางสถิติ

Tail(s) = Two เนื่องจากทำการทดสอบสองทางจากคาดหวังการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น

3) ผลการคำนวณจาก G*Power Output Parameters:

- Noncentrality parameter δ = 2.8284271 - Critical t = 2.0345152 - Df = 33 - Total sample size = 86 per group

ผลการคำนวณ 43 คน ต่อกลุ่ม จึงทำการการปรับปรุงขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการวิจัย โดยเพิ่ม Dropout rate 15% ได้กลุ่มตัวอย่าง 100 คน

ดังนั้นจึงเลือกใช้ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกพิเศษเฉพาะทาง อายุ 18 ปีขึ้นไป รวมจำนวน 100 คน เปรียบเทียบก่อนหลังการใช้แนวปฏิบัติ

การสุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการ โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกพิเศษเฉพาะทาง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล จำนวน 100 คน ตามลำดับการมาใช้บริการ โดยผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) และไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) จะได้รับการเชิญเข้าร่วมการวิจัย หากยินยอมเข้าร่วมจึงจะรวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) มาใช้บริการที่คลินิกพิเศษเฉพาะทาง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 3) เป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่ภาวะฉุกเฉินหรือวิกฤต ณ เวลาที่มาถึงคลินิก 4) ผ่านกระบวนการคัดกรองเบื้องต้นและรอรับการตรวจจากแพทย์ 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องการการดูแลฉุกเฉินทันที 6) สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้อย่างชัดเจน 7) มีสภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรง สามารถให้ข้อมูลและเข้าร่วมการประเมินได้ 8) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถติดตามได้ในระยะเวลาที่มาใช้บริการ 9) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่นๆ ที่อาจกระทบต่อการเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือวิกฤต ณ เวลาที่มาถึงคลินิก 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนหรือมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่รุนแรง 4) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบตามที่กำหนดไว้ 5) ไม่สมัครใจให้ข้อมูลหรือถอนความยินยอมระหว่างการศึกษา 6) ย้ายออกจากพื้นที่เก็บข้อมูลก่อนการศึกษาเสร็จสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการทดลอง

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตสำหรับการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดในคลินิกพิเศษเฉพาะทาง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญ และการศึกษาบริบทของหน่วยงาน จนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุม 9 องค์ประกอบหลัก

เครื่องมือเชิงปริมาณที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 8 ชุด ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้ป่วย) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประเภทโรค อายุที่เริ่มมีอาการครั้งแรก ความถี่ในการมารับบริการ

2) แบบประเมินสัญญาณชีพ (MEWS) (สำหรับผู้ป่วย) จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย ความดันโลหิตซีสโตลิก อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย ระดับความรู้สึกตัว (AVPU) ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และการประเมินคะแนน MEWS รวม โดยแต่ละพารามิเตอร์มีการให้คะแนน 0-3 คะแนน ตามเกณฑ์ที่กำหนด

3) แบบบันทึกการเฝ้าระวังและติดตาม (สำหรับผู้ป่วย) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ โซนสีที่จัดกลุ่ม ความถี่ในการประเมิน เวลาที่ใช้ในการรอรับบริการ การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ การส่งต่อรักษา สาเหตุการส่งต่อ หน่วยงานที่รับส่งต่อ และผลลัพธ์การรักษา

4) แบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อรักษา (สำหรับการติดตาม) แนวคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อฉุกเฉิน อัตราการส่งต่อก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ เวลาที่ใช้ในการตัดสินใจส่งต่อ ความเหมาะสมของการส่งต่อ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ

5) แบบประเมินความพึงพอใจ (สำหรับผู้ป่วย) จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 75 คะแนน โดยประเมินเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความปลอดภัย (Safety) ด้านการให้บริการ (Service Delivery) ด้านการสื่อสารและการดูแล (Communication and Care) เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า (Likert's scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ทำการแปลความหมายตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 2018) จากคะแนนเฉลี่ย ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100 โดยมีการแปลผลดังนี้

ระดับน้อย 1-45 คะแนน
ระดับปานกลาง 46-59 คะแนน
ระดับมาก 60-75 คะแนน

6) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป (สำหรับบุคลากร) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน การอบรมเกี่ยวกับ Early Warning Score (EWS)

7) แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ (สำหรับบุคลากร) จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 75 คะแนน โดยอ้างอิงและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้ในการประเมินระดับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความเหมาะสม (Suitability) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง (Feasibility) และประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Effectiveness in Patient Care) แบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า (Likert's scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ทำการแปลความหมายตามเกณฑ์ของบลูม [14] จากคะแนนเฉลี่ย ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100 โดยมีการแปลผลดังนี้

ระดับน้อย 1-45 คะแนน
ระดับปานกลาง 46-59 คะแนน
ระดับมาก 60-75 คะแนน

8) แบบเก็บข้อมูลผลการดำเนินงาน (สำหรับผู้วิจัย) แนวคำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ เพื่อประเมินผลก่อนหลังการใช้แนวปฏิบัติ ในด้านตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงระหว่างรอรับบริการ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อฉุกเฉิน ร้อยละผู้ป่วยที่มีคะแนน MEWS ≥ 4 คะแนน เวลาเฉลี่ยในการตัดสินใจส่งต่อ ความแม่นยำในการประเมิน MEWS และประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวัง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผู้วิจัยได้พัฒนาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ด้านความเที่ยงได้ผ่านการทดสอบค่าความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และมาปรับแก้และพัฒนาต่อ

ให้เข้ากับบริบท โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยทำการทดสอบความเที่ยงโดยใช้แบบสอบถาม 30 ชุด ในพื้นที่ใกล้เคียงกันในโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability) มีค่ามากกว่า 0.70 ได้แก่ แบบประเมิน MEWS มีค่า 0.85 แบบประเมินความพึงพอใจมีค่า 0.89 และแบบประเมินความเหมาะสมมีค่า 0.91 ด้านความตรงได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงพัฒนาตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพระดับปริญญาโท หัวหน้าหอผู้ป่วยฉุกเฉิน และ อาจารย์มหาวิทยาลัย ได้ค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) มีค่ามากกว่า 0.56 ขึ้นไป เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ตรงประเด็นมากที่สุด จึงนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การเตรียมการและการวัดก่อนทดลอง (Pre-test) ระยะเวลา กรกฎาคม 2568 (4 สัปดาห์) กิจกรรม ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (พยาบาล 12 คน และผู้ป่วย 100 คน) ประเมินสถานการณ์ปัจจุบันและรวบรวมข้อมูลพื้นฐานคลินิก SMC วัดระดับความรู้และทักษะการใช้ MEWS ของพยาบาลวิชาชีพ (Pre-test) เก็บข้อมูลอัตราการส่งต่อฉุกเฉินและอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดในช่วง 3 เดือนก่อนการทดลอง ประเมินระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการปัจจุบัน วิเคราะห์ข้อมูลสถิติการให้บริการ SMC (จำนวนผู้ป่วย, เวลารอคอย, ปัญหาที่พบ)

ระยะที่ 2 การทดลอง (Intervention Period) ระยะเวลา สิงหาคม - พฤศจิกายน 2568 (4 เดือน) **เดือนที่ 1** ช่วงเดือนสิงหาคม 2568 – การพัฒนาแนวปฏิบัติ พัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดด้วย MEWS ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับ Early Warning Score ประชุมระดมสมองทีมสหวิชาชีพ (แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร) ปรับปรุง MEWS ให้เหมาะกับบริบทคลินิก SMC การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 อบรมหลักการ MEWS และการประเมินสัญญาณชีพ ฝึกการคำนวณคะแนนและการแบ่งโซนสี แนะนำระบบการบันทึกและการสื่อสาร **เดือนที่ 2** ช่วงเดือนกันยายน 2568 – การฝึกปฏิบัติและซ้อมแผน ฝึกซ้อมการประเมิน MEWS ในสถานการณ์จริง จำลองสถานการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลง (Case Simulation) ประเมินการทำงานเป็นทีมในการเฝ้าระวังผู้ป่วย ฝึกการสื่อสารในภาวะวิกฤตและการประสานงานส่งต่อพัฒนาระบบโซนสีและการติดตาม กำหนดพื้นที่นั่งรอตามโซนสี (เขียว-เหลือง-แดง) ฝึกการติดตามต่อเนื่องตามความถี่ที่กำหนด เดือนที่ 3 ตุลาคม 2568 – การทบทวนและปรับปรุง ทบทวนและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติ ทบทวนเคสผู้ป่วยที่มี MEWS สูง (Case Review) วิเคราะห์ Root Cause Analysis ของอุบัติการณ์ จัดทำ Learning Point และแนวทางปรับปรุง ปรับปรุงกระบวนการและระบบ ปรับปรุงแนวปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ พัฒนาระบบการบันทึกและรายงาน **เดือนที่ 4** ช่วงเดือนพฤศจิกายน 2568 – การใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือ นำเทคโนโลยีมาช่วยในการเฝ้าระวัง ใช้ Smart Watch ในการตรวจวัดสัญญาณชีพ พัฒนาระบบ Alert เมื่อ MEWS ≥ 4 คะแนน ใช้แผ่นภาพสื่อสาร Warning Signs สำหรับผู้ป่วยและญาติ พัฒนาระบบสนับสนุน จัดเตรียมอุปกรณ์การวัดสัญญาณชีพที่มีคุณภาพ พัฒนาระบบการส่งต่อฉุกเฉิน (Fast Track System)

ระยะที่ 3 การวัดผลหลังทดลองและติดตามผล (Post-test & Follow-up) ระยะเวลา ธันวาคม 2568 - มกราคม 2569 (2 เดือน) **เดือนที่ 5** ช่วงเดือนธันวาคม 2568 - การวัดผลหลังทดลอง (Post-test) ประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ วัดระดับความรู้และทักษะการใช้ MEWS ของพยาบาลวิชาชีพ (Post-test) เก็บข้อมูลอัตราการส่งต่อฉุกเฉินและอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดหลัง

การทดลอง ประเมินระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการใช้แนวปฏิบัติ ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติจากมุมมองพยาบาลวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงอย่างยั่งยืน **เดือนที่ 6** ช่วงเดือนมกราคม 2569 - การติดตามผล (Follow-up) วิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย ประเมินผลโครงการโดยรวม วิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงสถิติ (เปรียบเทียบก่อน-หลัง) ถอดบทเรียน Lesson Learned จากการดำเนินงาน วางแผนการพัฒนาต่อเนื่อง จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย วางแผนการขยายผลไปยังคลินิกอื่นๆ พัฒนาแผนการอบรมบุคลากรใหม่ เตรียมการนำเสนอผลงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์การพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้แก่ การดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (MEWS) สำหรับการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดในคลินิกพิเศษเฉพาะทาง จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ การสังเกตการปฏิบัติงาน การสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน และการประเมินกระบวนการใช้แนวปฏิบัติ แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลาย ความอิ่มตัว และความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ และการทบทวนเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิง

1) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกพิเศษเฉพาะทาง รวมถึงข้อมูลการประเมิน MEWS การแบ่งโซนสีตามความเสี่ยง และข้อมูลการให้บริการ

2) การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนหลังการทดลอง โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้และทักษะการใช้ MEWS ของพยาบาลวิชาชีพ และความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) การเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนหลังการทดลอง โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้และทักษะการใช้ MEWS ของพยาบาลวิชาชีพ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Paired t-test

4) เปรียบเทียบอัตราและสัดส่วนเปรียบเทียบอัตราการส่งต่อฉุกเฉิน อัตราการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลง อัตราการประเมิน MEWS ที่มีคะแนน ≥ 4 คะแนน อัตราการแบ่งโซนสีแดงที่เหมาะสม อัตราความครบถ้วนของการบันทึกการเฝ้าระวัง และอัตราการตรวจจับผู้ป่วยเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Chi-square test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยได้ขออนุญาตและได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ได้เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดโดยก่อนดำเนินการวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างถึงสิทธิในการให้ข้อมูลรวมทั้งการตอบรับ หรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยจะไม่มีผลต่อการมารับบริการใดๆ การเก็บข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวมของการศึกษาเพื่อประโยชน์ในการพัฒนา

เท่านั้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 100 คน มีสัดส่วนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน โดยเพศชายคิดเป็นร้อยละ 52 และเพศหญิงร้อยละ 48 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 33.5 ปี (SD = 10.2) ส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ตอนต้นถึงกลาง (31–40 ปี ร้อยละ 30) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีครอบครัว (สมรส ร้อยละ 50) และทำงานภาคแรงงาน/เกษตรกรรม (ร้อยละ 40) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 60) ส่วนโรคเรื้อรังที่พบบ่อยคือ เบาหวาน (ร้อยละ 40) และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30) อายุที่เริ่มมีอาการเฉลี่ย 29.3 ปี (SD = 8.5) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคระดับต่ำ (ร้อยละ 50) และไม่ต้องเข้ารับบริการบ่อย (น้อยกว่าเดือนละครั้ง ร้อยละ 40) สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ที่มีโรคเรื้อรังไม่รุนแรงและสามารถจัดการตนเองได้ในระดับหนึ่ง

2. ผลการประเมินสัญญาณชีพ (MEWS) หลังการใช้แนวปฏิบัติ พบการเปลี่ยนแปลงในสัญญาณชีพที่สำคัญ ดังนี้ ความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นจาก 110.5 ± 12.3 เป็น 115.2 ± 10.8 mmHg ($p = 0.005$) อัตราการเต้นหัวใจลดลงจาก 102.3 ± 15.6 เป็น 94.8 ± 12.4 bpm ($p < 0.001$) อัตราการหายใจลดลงจาก 22.1 ± 4.8 เป็น 18.7 ± 3.5 ครั้ง/นาที ($p < 0.001$) อุณหภูมิร่างกายลดลงจาก 38.0 ± 0.9 เป็น 37.5 ± 0.7 °C ($p = 0.002$) ความรู้สึกตัวดีขึ้นจาก 1.2 ± 0.6 เป็น 0.8 ± 0.4 ($p = 0.001$) และ SpO_2 เพิ่มขึ้นจาก 92.5 ± 3.8% เป็น 95.2 ± 2.4% ($p < 0.001$) คะแนน MEWS รวมลดลงจาก 6.8 ± 2.5 เป็น 4.1 ± 1.8 ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติช่วยให้ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพใกล้เคียงปกติมากขึ้นและลดความเสี่ยงต่อภาวะวิกฤต

3. การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินและคะแนน EWS อัตราการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินลดลงจาก 15.2 ± 5.8 ครั้ง เป็น 10.4 ± 4.7 ครั้ง ($p = 0.002$) คะแนน EWS ลดลงจาก 4.6 ± 2.1 เป็น 2.8 ± 1.5 ($p < 0.001$) สะท้อนถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังและจัดการผู้ป่วยฉุกเฉินได้ดีขึ้น

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแนวปฏิบัติ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงต่อการใช้แนวปฏิบัติ ด้านความปลอดภัย (20.4 ± 3.2 คะแนน, ร้อยละ 70) การให้บริการ (19.8 ± 3.5 คะแนน, ร้อยละ 65) และการสื่อสารและการดูแล (18.6 ± 4.0 คะแนน, ร้อยละ 50) รวมคะแนนเฉลี่ย 58.8 ± 8.4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75 อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 75)

5. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล พยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) อายุเฉลี่ย 29.0 ± 3.1 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงาน 3–5 ปี (ร้อยละ 50) จบการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 66.7) เคยอบรม EWS (ร้อยละ 66.7) และสามารถใช้ EWS ในการดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ (ร้อยละ 50)

6. ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติจากบุคลากร บุคลากรประเมินแนวปฏิบัติว่าเหมาะสมสูง (22.1 ± 2.5), นำไปใช้ได้จริงสูง (20.8 ± 3.0) และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยสูง (21.4 ± 2.8) รวมคะแนนเฉลี่ย 64.3 ± 6.1 จาก 75 คะแนน อยู่ในระดับมาก แสดงถึงความพร้อมและความเชื่อมั่นของบุคลากรในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

7. ตัวชี้วัดสำคัญก่อน–หลังใช้แนวปฏิบัติ หลังการใช้แนวปฏิบัติพบว่า อัตราการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินลดลงจากร้อยละ 25 เป็น 10 ($p = 0.001$) อัตราการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงลดลงจากร้อยละ 30 เป็น 12 ($p = 0.001$) การประเมิน MEWS ≥ 4 คะแนนเพิ่มจากร้อยละ 20 เป็น 35 ($p = 0.024$) การแบ่งโซนสีแดงที่เหมาะสมเพิ่มจากร้อยละ 40 เป็น 70 ($p < 0.001$) ความครบถ้วนของการบันทึกเพิ่มจากร้อยละ 50 เป็น 85 ($p < 0.001$) และอัตราการตรวจจับผู้ป่วยเสี่ยงได้ทันทีเพิ่มจากร้อยละ 35 เป็น 80 ($p < 0.001$) สะท้อน

ว่าการใช้แนวปฏิบัติช่วยเพิ่มความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน

สรุป การวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติสามารถปรับปรุงสัญญาณชีพ ลดความเสี่ยงภาวะวิกฤต ลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน เพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังและการจัดการผู้ป่วยฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูง และบุคลากรเห็นว่าแนวปฏิบัติเหมาะสม สามารถนำไปใช้จริง และช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งครอบคลุมทั้งการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ การประเมิน Early Warning Score (EWS) การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากร ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของแนวปฏิบัติที่เป็นระบบและมีโครงสร้างในการดูแลผู้ป่วย

1. ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงวัยกลางคน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ WHO[15] ที่ระบุว่ากลุ่มวัยนี้มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังสูง การมีครอบครัวและการประกอบอาชีพในภาคแรงงานเป็นปัจจัยที่สามารถสนับสนุนการดูแลตนเองและการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์[17] นอกจากนี้ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง[18] การเริ่มมีอาการเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 29.3 ปี ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมักเริ่มมีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังตั้งแต่ช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การตรวจพบและจัดการโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับบริการฉุกเฉิน[19]

2. การเฝ้าระวังสัญญาณชีพและการประเมิน EWS ผลการศึกษาพบว่าการใช้แนวปฏิบัติช่วยให้สัญญาณชีพของผู้ป่วยปรับเข้าสู่ค่าปกติได้รวดเร็วและมีเสถียรภาพมากขึ้น ทั้งความดันโลหิต อัตราการเต้นหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย ระดับความรู้สึกตัว และความอิ่มตัวของออกซิเจน การลดลงของคะแนน EWS อย่างมีนัยสำคัญสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะวิกฤตน้อยลง[20] ผลนี้สอดคล้องกับหลักการทางคลินิกที่ระบุว่าการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องโดยใช้ระบบ Early Warning Score สามารถตรวจจับสัญญาณเตือนของผู้ป่วยวิกฤตได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ทำให้พยาบาลสามารถดำเนินมาตรการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้อย่างทันท่วงที[21]

3. การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน หลังการใช้แนวปฏิบัติพบว่าอัตราการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถของแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะวิกฤตและลดความจำเป็นในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยสูงขึ้น ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ludikhuize et al.[22] และ Gao et al.[23] ที่พบว่าการใช้ EWS ร่วมกับแนวทางการดูแลเชิงระบบสามารถลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินและความรุนแรงของภาวะวิกฤต การลดอัตราการส่งต่อฉุกเฉินยังสะท้อนถึงการเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทำให้บุคลากรสามารถบริหารทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม ลดภาระการทำงานที่หอผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและทันเวลา[24]

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงต่อการดูแลในทุกมิติ โดยเฉพาะด้านความปลอดภัยและความมั่นใจในบุคลากร (70%) การพึงพอใจระดับนี้สะท้อนถึงความเชื่อมั่นที่ผู้ป่วยมีต่อมาตรฐานการดูแล และความสามารถของพยาบาลในการประเมินและตอบสนองต่อสัญญาณเตือน[25]

อย่างไรก็ตาม ด้านการสื่อสารและความเข้าใจในกระบวนการดูแลยังอยู่ในระดับปานกลาง

ซึ่งเป็นจุดที่สามารถพัฒนาเพิ่มเติมได้ เช่น การจัดอบรมพยาบาลด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว การใช้สื่อช่วยในการอธิบาย หรือการทำแบบประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงการให้คำแนะนำ[18]

5. ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติจากบุคลากร บุคลากรพยาบาลเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้จริงได้ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังผู้ป่วย คะแนนรวมสูง (64.3 ± 6.1) ซึ่งสะท้อนถึงความพร้อมของบุคลากรต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในสภาพแวดล้อมจริง[26] ความเห็นเชิงบวกนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research) ที่ระบุว่าการยอมรับของบุคลากรและความพร้อมในการปฏิบัติเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการประยุกต์ใช้แนวทางใหม่ในงานพยาบาล

6. การเชื่อมโยงผลการศึกษาเชิงองค์รวม การลดคะแนน EWS การลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และการเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย ชี้ให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลได้อย่างชัดเจน การเชื่อมโยงกับหลักการทางวรรณกรรมและงานวิจัยก่อนหน้าแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่มีระบบ การประเมินอย่างสม่ำเสมอ และการตอบสนองเชิงรุก เป็นปัจจัยสำคัญต่อการลดภาวะแทรกซ้อนและภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล[27] นอกจากนี้ แนวปฏิบัติยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมการเรียนรู้และความตระหนักของบุคลากร ช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่มีมาตรฐานและลดความแตกต่างในการดูแลผู้ป่วยระหว่างบุคลากรแต่ละคน

สรุป แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังและป้องกันผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ลดอัตราการส่งต่อฉุกเฉิน เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย และได้รับการยอมรับจากบุคลากรพยาบาล ผลลัพธ์เหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยระดับนานาชาติหลายชิ้น ทำให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้จริงในโรงพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยและประสิทธิภาพการจัดการทรัพยากรทางการพยาบาลได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ แนะนำให้มีการจัดอบรมหรือเวิร์กช็อปอย่างต่อเนื่องสำหรับพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและเครื่องมือ Early Warning Score (EWS) ให้เกิดความแม่นยำและสม่ำเสมอในการเฝ้าระวังผู้ป่วย

2. การปรับปรุงระบบเอกสารและเทคโนโลยีสนับสนุน ควรพัฒนาและบูรณาการระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแบบดิจิทัลที่เชื่อมโยงกับ EWS เพื่อให้การติดตามสัญญาณชีพและการแจ้งเตือนสามารถทำได้แบบเรียลไทม์ ลดความล่าช้าและข้อผิดพลาดในการประเมินสถานะผู้ป่วย

3. การสร้างแนวทางความร่วมมือกับชุมชนและครอบครัวผู้ป่วย ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยที่บ้านหรือหลังจำหน่าย โดยให้ความรู้และเครื่องมือการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและลดโอกาสเกิดภาวะวิกฤต

4. การวิจัยและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง แนะนำให้มีการติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติและระบบ EWS อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของมาตรการเฝ้าระวังและลดอัตราการเกิดภาวะวิกฤต รวมถึงการขยายผลวิจัยไปยังหน่วยงานหรือโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความเป็นมาตรฐานสากล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2024). Global patient safety report 2024. World Health Organization
2. Bates, D., Levine, D. M., Salmasian, H., Syrowatka, A., Shahian, D. M., Lipsitz, S., Zelevinsky, K., Logan, C., Finn, K. M., Foley, C., Wolfe, A., Yoon, C. H., Kiser, A., & Bitton, A. (2023). The safety of inpatient health care. New England Journal of Medicine, 388(2), 142-153
3. Agency for Healthcare Research and Quality. (2023). Major study finds significant national patient safety improvement. https://www.ahrq.gov/news/newsroom/press-releases/significant-patient-safety-improvement.html
4. Phianmongkhol, Y., Krisanaprakornkit, W., & Aekplakorn, W. (2023). How many people experience unsafe medical care in Thailand, and how much does it cost under universal coverage scheme? Healthcare, 11(8), 1121
5. Petersen, J. A. (2018). Early warning score challenges and opportunities in the care of deteriorating patients. Danish Medical Journal, 65(2), 1-13
6. European Resuscitation Council. (2021). Guidelines for early warning scores. European Resuscitation Council Guidelines
7. Subbe, C. P., Kruger, M., Rutherford, P., & Gemmel, L. (2001). Validation of a modified early warning score in medical admissions. QJM: An International Journal of Medicine, 94(10), 521-526
8. ชุ่มชื่น พงศ์นภางค์ และดวงอาทิตย์ นิลวรรณ. (2564). เครื่องมือประเมินการเฝ้าระวังและป้องกันการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย. วารสารแพทย์เขต 4-5, 40(2), 251-264
9. ชุมนุ้ย โชติมา. (2566). ผลการพัฒนาระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) เพื่อเฝ้าระวังและจัดการอาการผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 8(4), 216-224
10. Langkjaer, C. S., Bove, D. G., Nielsen, P. B., Iversen, K. K., Bestle, M. H., & Bunkenborg, G. (2021). Nurses' experiences and perceptions of two early warning score systems to identify patient deterioration—A focus group study. Nursing Open, 8(4), 1788-1796
11. Smith, M. E., & Oakey, R. J. (2019). Early warning systems for recognition and response to clinical deterioration. Critical Care Nursing Clinics, 31(4), 503-513
12. กระทรวงสาธารณสุข. (2561). นโยบายการจัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ. กระทรวงสาธารณสุข
13. คลินิกอายุรกรรมและขยายไปยังคลินิกศัลยกรรม. (2567). การให้บริการ SMC. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
14. Bloom, B. S. (1956). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: Longmans, Green
15. World Health Organization (WHO). (2018). Emergency care systems for universal health coverage: Ensuring timely care for the acutely ill and injured. Geneva: WHO.
16. ดาราวรรณ นงค์พาน. (2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลกงไกรลาศ. โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
17. Chou, R., Dana, T., Buckley, D. I., Selph, S., Fu, R., & Totten, A. M. (2020). Screening for chronic diseases in adults: Evidence report and systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. JAMA, 323(22), 2277–2296.
18. Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 67(12), 2072–2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050
19. Fang, J., Xu, J., & Liu, M. (2019). Early detection and intervention in adult patients with chronic disease: outcomes and recommendations. International Journal of Nursing Studies, 96, 12–20.
20. Subbe, C. P., Kruger, M., Rutherford, P., & Gemmel, L. (2001). Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. QJM: An International Journal of Medicine, 94(10), 521–526. https://doi.org/10.1093/qjmed/94.10.521

21. Smith, M. E., Chiovaro, J. C., O'Neil, M., Kansagara, D., Quinones, A., Freeman, M., ... & Motu'apuaka, M. (2014). Early warning system scores for clinical deterioration in hospitalized patients: a systematic review. Annals of the American Thoracic Society, 11(9), 1454–1465.
22. Ludikhuize, J., Brunsveld-Reinders, A., Dijkgraaf, M. G. W., Smorenburg, S. M., de Rooij, S. E., & van der Hoven, B. (2012). Outcomes associated with the nationwide introduction of rapid response systems in the Netherlands. Critical Care Medicine, 40(7), 1879–1885.
23. Gao, H., McDonnell, A., Harrison, D. A., Moore, T., Adam, S., Daly, K., ... & Raine, R. (2016). Systematic review of the impact of early warning score systems on clinical outcomes. Resuscitation, 98, 73–79. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.11.005
24. Prytherch, D. R., Smith, G. B., Schmidt, P. E., & Featherstone, P. I. (2010). ViEWS – Towards a national early warning score for detecting adult inpatient deterioration. Resuscitation, 81(8), 932–937. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.03.019
25. O'Hara, J., Johnson, M., Siriwardena, A. N., & Sheikh, A. (2019). Patient safety incidents and adverse events in hospital care: a systematic review. BMJ Quality & Safety, 28(5), 435–444.
26. Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Science, 4, 50. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50
27. โศรดา ชุมนุ้ย. (2566). ผลการพัฒนาระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) เพื่อเฝ้าระวังและจัดการอาการผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 8(3), 15-28

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การส่งเสริมการดำเนินนโยบายองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHCO): บทเรียนจาก โรงพยาบาลลำพูน อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน

Promoting Health Literate Health Care Organization (HLHCO) Policy Implementation: A Lesson Learned from Lamphun Hospital, Lamphun Mueang District, Lamphun Province.

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 3,2025)

เพชรลดา บริหาร[1] อิสรีย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์[2] พุฒิพงศ์ มากมาย[1] สมมิตร ฝั้นต๊ะ[3]
Phetlada Borriharn[1*] Isareethika Jayasvasti[2] Phutthipong Makmai[1] Sommith Funtha[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการส่งเสริมการดำเนินนโยบายองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHCO) ของโรงพยาบาลลำพูน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้บริการ (บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข) จำนวน 35 คน และผู้รับบริการ (ผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน) จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) เกี่ยวกับการส่งเสริมการดำเนินนโยบายองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHCO) แบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และข้อมูลเชิงประมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดเพื่ออธิบายลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมของการถอดบทเรียนฯ ของพฤติกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ให้บริการ ($\overline{X}$ =3.51, S.D.=0.42) และผู้รับบริการ ($\overline{X}$ =4.00, S.D.=0.52) อยู่ในระดับสูง การส่งเสริมการดำเนินนโยบายองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHCO) ของโรงพยาบาล ได้แก่ การมีประกาศนโยบายในการขับเคลื่อนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ชัดเจน ทุกคนในองค์กรถือปฏิบัติทิศทางเดียวกัน มีการกระตุ้น ส่งเสริมกิจกรรมทั้งในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและผู้ป่วย ประชาชนอย่างต่อเนื่อง บุคลากรมีทักษะในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพผ่านกลไก Ask me-3 และ Teach back โดยใช้สื่อ ภาพที่ชัดเจนเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วย มีการจัดกิจกรรม Self-Help Group และ Self-Monitoring เพื่อสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHCO, HLO) บทเรียน โรงพยาบาลลำพูน

Abstract

This survey research data analyzed by mixed-methods aimed to study approaches to promote the health literate organization (HLHCO) policies implementation at Lamphun Hospital. The sample consisted of 35 service providers (medical and public health personnel) and 50 clients (outpatients with chronic non-communicable diseases, including diabetes mellitus and hypertension). The research instruments included semi-structured interview on promoting HLHCO policy implementation and a behavioral assessment tool to promote health literacy among service providers and clients. The qualitative data were analyzed using content analysis and quantitative data using descriptive statistics to describe baseline characteristics of the sample, including frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum.

The results revealed that health literacy promoting behaviors among both service providers ($\overline{X}$ =3.51, S.D.=0.42) and clients ($\overline{X}$ =4.00, S.D.=0.52) were at a high level. The promoting HLHCO policy implementation

[1] คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
[2] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
[3] โรงพยาบาลลำพูน อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน

includes having a clear policy announcement to drive health literacy, everyone in the hospital adhering to the same direction, there is continuous stimulation and promotion of activities among medical and public health personnel, patients and the general public. There are continuous encouragement and support medical and public health personnel, patients, and the public regarding HLHCO activities. Staff are skilled in communicating health information with patients through Ask me-3 and Teach back techniques as well as using Foto novella and clear visual media. Self-help group and self-monitoring activities were organized to create health literacy among diabetic and hypertension outpatients.

Keywords: Health Literate Organization (HLHCO, HLO), Lesson Learned, Lamphun Hospital

บทนำ

ประเทศไทยได้ขับเคลื่อนงานความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยนำบทเรียนจากต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ตามบริบทของประเทศไทยและพัฒนายุทธศาสตร์และมาตรการสำคัญผลักเข้าสู่แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขแผนยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ โดยมุ่งเน้นปัจจัยสู่ความสำเร็จ 5 ด้าน ได้แก่ (1) พัฒนาทักษะบุคลากรสาธารณสุข (2) ขับเคลื่อนงานความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่าย (3) พัฒนาเครื่องมือและกลไกการทำงาน (4) จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะและการป้องกันโรคและควบคุมปัจจัยเสี่ยงคุกคามสุขภาวะ (5) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จึงมีเป้าหมายเสริมสร้างคนไทยมีสุขภาวะที่ดี คือประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาวะ สามารถดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ เกิดเป็นสังคมบ่มเพาะจิตสำนึกการมีสุขภาพดีที่สูงขึ้น เพื่อให้สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในปี 2579[1]

โรงพยาบาลลำพูน เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 411 เตียง อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 มีประชากรทั้งสิ้น จำนวน 393,568 คน เป็นเพศชาย 187,960 คน และเพศหญิง 205,608 คน ในปี พ.ศ. 2565-2567 พบสถิติอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 8.31 8.79 และ 9.23 ตามลำดับ และอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 24.06 22.45 และ 23.34 ตามลำดับ เป็นโรงพยาบาลที่มีภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลลำพูน สาขาเวียงยอง, หน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต.บ้านกลาง อ.เมืองลำพูน, เครือข่าย รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอเมืองลำพูน 17 แห่ง, PCU/NPCU จำนวน 56 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง และรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในจังหวัดลำพูน และโรงพยาบาลทางโซนใต้ของจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดแม่ฮ่องสอน[2]

การขับเคลื่อนงานส่งเสริมองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHCO) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) ของโรงพยาบาลลำพูนได้ดำเนินการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา โดยเฉพาะการส่งเสริมความรอบรู้ใน NCD Clinic ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างชัดเจน บุคลากร เจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาลได้รับการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ เพื่อใช้ดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยงาน แผนกต่างๆอย่างครอบคลุม เพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันตามนโยบายที่ได้ประกาศ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการส่งเสริมการดำเนินนโยบายองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHCO) จากการถอดบทเรียนของโรงพยาบาลลำพูน เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางให้โรงพยาบาลที่สนใจนำไปประยุกต์ใช้ และเพื่อให้เกิดความสำเร็จในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและองค์กรรอบรู้สุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อถอดบทเรียนการส่งเสริมการดำเนินนโยบายองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHCO) และ

ศึกษาระดับพฤติกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ให้บริการ โรงพยาบาลลำพูน

2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้รับบริการ

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Method) ดำเนินการวิจัยโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ดังนี้

กลุ่มผู้ให้บริการ

ประชากร: บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลลำพูน

กลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มผู้ให้บริการ เพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการสุขศึกษา ฯลฯ ที่ได้รับความรู้ การอบรมและได้มีการนำแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไปใช้ในการดำเนินงานในกลุ่มงาน แผนกและงานของตนเอง รวมถึงการได้ร่วมวางแนวทางส่งเสริมความรอบรู้ให้กับผู้รับบริการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน และได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 5 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน

กลุ่มผู้รับบริการ

ประชากร: ผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน) ที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (คลินิก NCD) โรงพยาบาลลำพูน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึง 30 กันยายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยนอก NCD ที่ได้รับการอบรมเรื่องโรคโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผ่านกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 50 คนและทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) โดยการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) ประเด็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมการดำเนินนโยบายองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHCO) [3] ประกอบด้วย ด้านผู้นำ/การนำองค์กร ด้านการสื่อสาร ด้านลูกค้า (ผู้รับบริการและครอบครัว) ด้านการวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้ ด้านกำลังคน และกระบวนงานการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ให้บริการ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเครื่องมือประเมิน แบบประเมิน แบบสำรวจที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงได้ใช้แนวคิดของ Joanne G. Schwartzberg และคณะ[4] การใช้เทคนิคสอนกลับ (Teach – back) และแบบประพฤติกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของวิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม ในปี พ.ศ. 2561[5] มีจำนวน 8 ข้อคำถามสอบถามใน 8 ประเด็น ประกอบด้วย Easy wording, Help for understanding, Slow speech, Listening, Checking for understanding, Help for access, Appropriate communication, และ Invitation for question เพื่อนำมาประยุกต์ใช้สร้างแนวคำถามของการศึกษาครั้งนี้

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้รับบริการ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเครื่องมือประเมิน แบบประเมิน แบบสำรวจที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ในประชาชนและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พ.ศ.2561[6,] และคู่มือประเมินความรอบรู้

ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส (ABCDE – Health Literacy Scale of Thai Adults) พ.ศ. 2561[7] เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างแนวคำถามให้เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย

การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย การหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเที่ยงตรงในเนื้อหา (Validity) โดยหาค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาซึ่งได้เท่ากับ 0.85 หลังจากนั้นผู้ศึกษานำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient of Alpha) โดยชุดแบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ให้บริการ ได้เท่ากับ 0.89 และแบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้รับบริการได้เท่ากับ 0.95

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) ที่ได้จากการถอดบทเรียน 6 องค์ประกอบ นำไปวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สรุปตาม องค์ประกอบ และจัดกลุ่มเนื้อหา

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NTC 888-0110 รับรอง วันที่ 20 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ให้บริการ (บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข)

1.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 35 คน ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 68.60) สำหรับเพศชาย มีจำนวน 11 คน (ร้อยละ 31.4) อายุตั้งแต่ 16 – 58 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 41.11 ปี (S.D.=10.47) มีประสบการณ์การทำงาน ตั้งแต่ 1 – 35 ปี ($\overline{X}$ =19.00, S.D.=9.92) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 18 คน (ร้อยละ 51.40) รองลงมา คือ สถานภาพโสด จำนวน 12 คน (ร้อยละ 34.30) และหม้าย หย่า แยกกันอยู่ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 14.30) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 29 คน (ร้อยละ 82.90) รองลงมาคือ ปริญญาโท จำนวน 4 คน (ร้อยละ 11.40) และระดับอนุปริญญาหรือ ปวส. จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.70) โดยส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 62.90) รองลงมาคือ บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการสุขศึกษา และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน 9 คน (ร้อยละ 25.70) และอื่นๆ

1.2 บทเรียนการดำเนินงานโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการส่งเสริมการดำเนินนโยบายองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHCO) มาเป็นแนวทางให้เกิดการขับเคลื่อนตามนโยบายให้มาเป็นโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น รายงานการประชุม เอกสาร ฯลฯ ด้วยการใช้เทคนิคการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) โดยกลุ่มตัวอย่างในที่นี้เป็นทีมสุขภาพของโรงพยาบาล ประกอบด้วย หัวหน้าและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากกลุ่มงานสุขศึกษา กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ NCD Clinic และกลุ่มงานอายุรกรรม ร่วมดำเนินการถอดบทเรียนใน 6 องค์ประกอบสำคัญ

สรุปได้ดังนี้ **องค์ประกอบ 1 ด้านผู้นำ/ การนำองค์กร** พบว่า ผู้นำมีวิสัยทัศน์ และมีประกาศของโรงพยาบาลลำพูนอย่างชัดเจน เรื่อง นโยบายสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โรงพยาบาลลำพูนและสถานบริการสาธารณสุขเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองลำพูน ตั้งเป้าหมายที่จะดำเนินงานด้านสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้บุคลากร ผู้รับบริการ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยบุคลากรทุกคนรับทราบและถือมีแนวปฏิบัติเป็นทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร มีแผนปฏิบัติการ แผนงาน/โครงการอย่างเป็นรูปธรรมมีการดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดไว้และมีการติดตามประเมินผลของการดำเนินงาน และขยายผลไปยังภาคีเครือข่าย ชุมชน **องค์ประกอบ 2 การสื่อสาร** พบว่า มีรูปแบบการสื่อสารที่ชัดเจน การใช้สื่อสิ่งพิมพ์ การใช้อุปกรณ์ การสาธิตให้เห็น โดยมีการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเข้าถึง และมีสื่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงง่าย โดยมีการพัฒนา ให้ความรู้แก่บุคลากรให้มีทักษะในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพผ่านกลไก Ask me-3 และ Teach back ขณะเดียวกันผู้ป่วย NCD ได้รับทักษะ Ask me-3 และ Teach back ผ่านกลไกการให้ความรู้ ทักษะ มีการใช้สื่อ ภาพที่ชัดเจนเพื่อสื่อสารผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สื่อสารลำบาก การได้ยิน การมองเห็น จึงต้องมีการใช้สื่อที่เป็นภาพและอักษรที่ชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยประชาชน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตจริงได้เพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี **องค์ประกอบ 3 ลูกค้า (ผู้รับบริการและครอบครัว)** มีนวัตกรรมในหน่วยงาน โดยการศึกษาวิจัยในคลินิก NCD ของโรงพยาบาล และมีการใช้วิธีเพื่อนช่วยเพื่อน ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้มีแกนนำ เพื่อให้เป็นบุคคลต้นแบบที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีสุขภาวะที่ดี จากกิจกรรม Self-Help Group และ Self-Monitoring เพื่อสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยบุคลากรเป็นผู้สร้างความรู้ ความเข้าใจ โดยใช้สื่อสิ่งพิมพ์ ที่มีภาพประกอบที่ชัดเจน เพื่อให้ง่ายต่อการสื่อสาร ในกลุ่มผู้ป่วย 4-5 คน และให้ผู้ป่วยในกลุ่มได้อธิบาย ถาม ตอบ เพื่อสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม เมื่อมีข้อสงสัย ปัญหาสามารถปรึกษากันได้ในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ทั้งนี้อยู่ภายใต้การให้คำปรึกษาของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นผู้รับผิดชอบ/ผู้ดูแล **องค์ประกอบ 4 การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้** ได้มีการจัดการความรู้ในกลุ่มบุคลากร และผู้ป่วย และมีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างชัดเจน โดยกลุ่มงานสุขศึกษา กลุ่มภารกิจด้านปฐมภูมิ เป็นผู้ขับเคลื่อนหลักในการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพขยายผลไปยังหน่วยงานต่างๆให้ครอบคลุม ทั้งนี้ บุคลาการผ่านการอบรม Ask me-3 และ Teach back มากกว่าร้อยละ 80, และผู้ป่วย NCDs ได้รับคำแนะนำตามแนวทาง Ask me-3 และ Teach back มากกว่าร้อยละ 50 **องค์ประกอบ 5 กำลังคน** พบว่า มีบุคลากรต้นแบบในแต่ละแผนก/หน่วยงาน สามารถส่งเสริมความรอบรู้ให้แก่ผู้รับบริการประชาชน มีการขยายผลไปยังกลุ่มแกนนำที่เป็นตัวแทนผู้ป่วย กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยฉพาะ NCD Clinic และขยายผลการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไปยังภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ รพ.สต.ในเครือข่าย รวมถึง วัด โรงเรียน สถานประกอบการ และชุมชน และ **องค์ประกอบ 6 กระบวนงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ** มีการสร้างสื่อเพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านสุขภาพ โดยเฉพาะ NCD Clinic ในการใช้สื่อประกอบเทคนิค Ask me-3 และ Teach back ในการสื่อสารในผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี มีการกระตุ้นให้เกิดคำถาม และสอบทวนความเข้าใจในผู้ป่วย NCD Clinic รวมถึงมีนวัตกรรมผู้ป่วยรับยาทาง Grab drug จากรพ.สต.เครือข่าย เพื่อเป็นไปนโยบายลดความแออัดของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการพัฒนาศักยภาพ

ของโรงพยาบาลจาก HLHCO ส่งผลให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้ลดการเจ็บป่วย และประชาชนดูสามารถแลตนเองได้ดีขึ้น

1.3 พฤติกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ให้บริการ (บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข)

จากการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการสุขศึกษา ฯลฯ ที่ได้รับความรู้ การอบรมและได้มีการนำแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไปใช้ในการดำเนินงานในกลุ่มงาน/งาน โดยเฉพาะ Clinic NCD และงานสุขศึกษา และได้วางแนวทางส่งเสริมความรอบรู้ให้กับผู้รับบริการ คือผู้ป่วย NCD รวมถึงผู้ป่วยประชาชนทั่วไปที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลลำพูน พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีระดับพฤติกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ($\overline{X}$ =3.51, S.D.=0.42) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าประเด็น Listening การแสดงท่าทางและน้ำเสียงที่บ่งบอกว่าคุณกำลังตั้งใจฟังผู้ฟังของคุณ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.63 คะแนน (S.D.=0.55) รองลงมา คือ Invitation for questions การเชิญชวนเปิดโอกาสให้ผู้ฟังถามคำถามอย่างเป็นกันเอง มีค่าเฉลี่ย 3.60 คะแนน (S.D.=0.50), Appropriate communication การใช้วิธีสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ฟังหรือผู้อ่านที่มีสังคมวัฒนธรรม และการศึกษาที่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ย 3.54 คะแนน (S.D.=0.51), Checking for understanding การสอบทานความเข้าใจกับผู้ฟังอย่างเป็นมิตร ค่าเฉลี่ย 3.51 คะแนน (S.D.=0.51), Easy wording การหลีกเลี่ยงใช้คำยากๆ เวลาพูดหรือเขียนข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยประชาชนเข้าใจได้ง่าย ค่าเฉลี่ย 3.49 คะแนน (S.D.=0.61) ซึ่งประเด็นคำถามนี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับประเด็น Help for access การช่วยเหลือผู้รับบริการของคุณ (คู่สนทนา)ให้สามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ค่าเฉลี่ย 3.49 คะแนน (S.D.=0.51) เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ (ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง)

2.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ที่มารับบริการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลลำพูน ในจำนวนนี้เป็นเพศหญิง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 56.00) และเป็นเพศชาย จำนวน 22 คน (ร้อยละ 44.00) มีอายุระหว่าง 20 – 85 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 48.40 ปี (S.D.=16.42) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 48.00) จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 16 คน (ร้อยละ 32.00) รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 28.00) และระดับอนุปริญญา หรือปวส. จำนวน 10 คน (ร้อยละ 20.00) เป็นต้น ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 30.00) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป จำนวน 10 คน (ร้อยละ 20.00) เป็นต้น

2.2 พฤติกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ภาพรวมของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1) พบว่า มีค่าเฉลี่ย 4.00 คะแนน (S.D.=0.52) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่าการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ =4.09, S.D.=0.59) รองลงมา คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\overline{X}$ =4.02, S.D.=0.71), การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ($\overline{X}$ =4.01, S.D.=0.57), การตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติ ($\overline{X}$ =4.00, S.D.=0.66), และการจัดการสุขภาพตนเอง ($\overline{X}$ =3.90, S.D.=0.62) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 คะแนนรายองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง (n=50)

ประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Minimum	Maximum	Mean	S.D.
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	2.50	5.00	4.02	0.71
2. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	3.00	5.00	4.09	0.59
3. การตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติ	2.00	5.00	4.00	0.66
4. การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	3.00	5.00	4.01	0.57
5. การจัดการสุขภาพตนเอง	3.00	5.00	3.90	0.62
รวม	2.99	5.00	4.00	0.52

สรุปและอภิปรายผล

การถอดบทเรียนการส่งเสริมการดำเนินนโยบายองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHCO) ของโรงพยาบาลลำพูน ผลการวิจัยพบว่า แนวคิดองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ 1) ผู้นำ/การนำองค์กร, 2) การสื่อสาร, 3) ประชาชน(ลูกค้า) 4) การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้ 5) กำลังคน, และ 6) กระบวนงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ [1,5,6] สะท้อนผลการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตั้งแต่ระดับบุคคล องค์กร ขยายผลไปสู่ครอบครัว ชุมชน เครือข่าย และการมีบุคคลต้นแบบ ผลงานเด่น นวัตกรรม ประกอบการการใช้สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์เพื่อให้เท่าทันกับสถานการณ์ในปัจจุบัน เพื่อให้บุคคลเข้าถึงสื่อแต่ละประเภทได้ง่าย รับรู้ เข้าใจโดยการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เห็นเด่นชัด สื่อออนไลน์ที่ได้คัดเลือกเนื้อหาที่ถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่การตัดสินใจ และการนำไปบอกต่อจนสามารถนำไปปฏิบัติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ถูกต้องได้[8] และการนำข้อมูลที่ได้จากแต่ละองค์ประกอบ ไปพิจารณาตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพการอ่านศัพท์พื้นฐาน ความสามารถในการอ่านและเข้าใจ การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ นำไปสู่การปรับพฤติกรรม การสื่อสาร การสอบถาม และการตัดสินใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (V-shape)[8,9] เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ =3.51, S.D.=0.42) สอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2561 พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในปัจจุบันแสดงพฤติกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีสัดส่วนสูง[5,10] สำหรับระดับพฤติกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ =4.00, S.D.=0.52) สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดลำพูน มีระดับความรู้แจ้งสูง (ร้อยละ 94.20)[11] ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พบปัญหาผู้ป่วยขาดความรอบรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการทบทวนและด้านการซักถาม จากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้จากสื่อออนไลน์ จึงควรหาแนวทางแก้ไข เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัว[12] การมีประกาศ นโยบายที่ชัดเจน กิจกรรมสอดแทรกการใช้สื่อที่เหมาะสมชัดเจน ส่งผลต่อการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบายควรมีแนวทางการขับเคลื่อนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการวางมาตรการ พร้อมการติดตาม และประเมินผล เพื่อให้หน่วยงานนำไปวางแผน ปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้ป่วย ประชาชนที่มารับบริการ

2. การการผลิตและเผยแพร่สื่อ ควรจัดทำให้เหมาะสมตามกลุ่มวัย คำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็น

ผู้รับการสื่อสาร จัดทำสื่อที่ง่ายต่อความใจ ใช้คำกระชับ ได้ใจความ พร้อมสนับสนุนสื่อทั้งสิ่งพิมพ์และออนไลน์ให้เครือข่ายอย่างครอบคลุม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน บริบททางสังคมที่แตกต่าง เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลย่อมแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ นำไปเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ สุขภาวะ เพื่อสนับสนุนการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพย่อมส่งผลให้มีสุขภาวะที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้ป่วย NCD Clinic ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบกลุ่มงานสุขศึกษาโรงพยาบาลลำพูนที่ให้ความร่วมมือในการประสานการเก็บข้อมูล ติดตามข้อมูลให้เป็นอย่างดียิ่งยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2561). คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานที่ทำงาน สถานประกอบการและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
2.โรงพยาบาลลำพูน.(2567). รายงานประจำปี 2567. (สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2567), เข้าถึงได้จาก: https://www.lpnh.go.th/files/report/รายงานประจำปี2567.pdf
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2561). แนวคิด หลักการขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
4. Schwartzberg JG., Cowett A, Vangeest J, Wolf MS.(2007). Communication techniques for patients with low health literacy: A survey of physicians, Nurses, and pharmacists. Am J Health Behav 2007;31(suppl1):96-104.
5. วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม.(2561). พฤติกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2561:1-13.
6. กองสุขศึกษา.(2561). แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
7. กองสุขศึกษา.(2561). คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส (ABCDE – Health Literacy Scale of Thai Adults). กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
8. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, นรีมาลย์ นีละไพจิตร.(2558). การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานทางสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2558.
9. อังศินันท์ อินทรกำแหง.(2560). รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่องการสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทย (Creating and Developing of Thailand Health Literacy Scales). กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
10. สุนันทินี ศรีประจันทร์.(2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2562:1-18.
11. เอกชัย ชัยยาทา.(2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
12. มนสิชา เปลี่ยนเพ็ง, พลอย กองกูต.(2561). รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6. 2561:1-6.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025

Part II

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025
Part 2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของการพัฒนารูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 237
สุภจิรา วิสิทธิ์ผ่องพิบูล

ผลของการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาทางไปรษณีย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 249
ดวงรัตน์ อุ่นจรัส

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 259
อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ ,หทัยชนก อินพรหม ,พุฒิพงศ์ มากมาย

ประสิทธิผลของการพอกเข่าด้วยสมุนไพรในผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโจน อำเภอเมือง จังหวัดตาก 265
จตุพร แพงจักร ,พิจิตรา ยืนยั่ง ,เศรษฐกุล บุญยศักดิ์เสรี

ประสิทธิผลของน้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนเพิ่มคุณภาพนอนหลับ 271
กรองแก้ว หนูอิ่ม ,กัญญพัชร พุฒโสม ,พิจิตรา ยืนยั่ง ,ชุติมา แซ่ว้าน

ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน 276
สายหยุด นพตลุง ,บุหลัน เปลี่ยนไธสง ,วิไลรัตน์ สอดโคกสูง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 285
วิภาดา กาญจนสิทธิ์ และยุภาพร ม่วงนิล

ผลของการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 295
ศิริพร ทิพโยภาส

ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต 310
อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ ,รัชนีกร ถิรตันตยาภรณ์ ,พุฒิพงศ์ มากมาย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA)ในแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย 319
สุพัตรา เถื่อนนาดี และคณะ

นวัตกรรมเจลพอกเข่าด้วยสมุนไพร ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า กรณีศึกษา : ชุมชนปกากะญอ ต.แม่วะหลวง อ.ท่าสองยาง จ.ตาก 325
จตุพร แพงจักร ,นิภาพร ไพรพัลลพ

การวิเคราะห์รูปแบบการระบาดและการแพร่กระจายของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์เพื่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกในระดับชุมชน 332
นิเทศน์ บุตรเต

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 342
ศิรดา บุญสิทธิ์ ,นัชชา ยันติ ,สุทธิดา แก้วมุงคุณ

การสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงอภิมานว่าด้วยปัจจัยเชิงวัฒนธรรมและกลยุทธ์การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย 351
ดลรวี สิมคำ ,จุรีรัตน์ กอเจริญยศ ,อรอุมา แก้วเกิด ,มารศรี ศิริสวัสดิ์ ,ธนเมศวร์ แท่นคำ ,จินตพักตร์ จันทะโคตร ,ปนัดดา นครังสุ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสระแก้ว 360
สุลีรัตน์ เพ็ชรสมบัติ ,เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์ ,สุนิศา แสงจันทร์ ,เสาวนีย์ ทองนพคุณ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัลของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดสระแก้ว 370
วริสรา ควรอนันต์ ,เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์ ,สุนิศา แสงจันทร์ ,เสาวนีย์ ทองนพคุณ

การพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาการใช้สารเมทแอฟเฟตามิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาอำเภอสุวรรณภูมิ 380
นิภากร อึ้งเจริญธนกิจ ,โชคนิติพัฒน์ วิสูญ ,ธัญญารัตน์ เมืองหงษ์ ,ทวี ศรีขาว

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 392
กมลพร คำประชา

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025
Part 2

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง: การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม 402
เกศแก้ว วิมนมาลา ,มณีรัตน์ พราหมณี ,เริงฤทัย หลีเส็น

ผลของดนตรีบำบัดแบบผ่อนคลายต่อการไหลของน้ำนมและระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 414
ชยานี สังข์ศรี ,ปรีดา วรภักดี ,ธเนศ สังข์ศรี

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมโภชนาการและออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ 425
รัชฎา จอปา ,อานิ พรหมมา

ผลของโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน เขตอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ 437
จุฬาภรณ์ แก้วหล้า

การพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 445
ภัทรภร ศรีฮอ

การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข..... 459
สมบูรณ์ สิงห์พรม

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง..... 473
อุทัยวรรณ อาจจำนง ,อรอุมา แก้วเกิด

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 40 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ตุลาคม – ธันวาคม 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อุบัติการณ์ของมะเร็งแฝงในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน สมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาล การปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย การปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลยุทธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบาก พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน การรับรู้ภาวะและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การให้สุขศึกษาต่อความรู้ความเครียด และการปฏิบัติตัวหลังคลอด การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน การพัฒนาต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชนและชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และคุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โปรแกรม i-CARE ในการวางแผนดูแลก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด การพัฒนารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ความเครียด และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทย ประสิทธิผลของน้ำมันหอมระเหยดอกมะลิช้อนเพิ่มคุณภาพนอนหลับ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาล การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไทรอยด์ การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis นวัตกรรมเจลพอกเข่าด้วยสมุนไพร รูปแบบการระบาดและการแพร่กระจายของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ การสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงอภิมานว่าด้วยปัจจัยเชิงวัฒนธรรมและกลยุทธ์การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล การพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาการใช้สารเมทแอฟเฟตามิน การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล Telemedicine และ Nursing care เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

ผลของการพัฒนารูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

The Effects of a Health Promotion Service Model on Oral Health-Related Quality of Life Among Elderly Individuals Using Complete Dentures in Hospitals Under the Ministry of Public Health, Prachuapkhirikhan Province.

สุภจิรา วิสิทธิ์ผ่องพิบูล[1]
Supajira Wisitpongpiboon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา ซึ่งมีการดำเนินการวิจัย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 คือการวิเคราะห์สภาพปัญหาของการปฏิบัติงานในการการส่งเสริมทันตสุขภาพ ระยะที่ 2 คือ พัฒนารูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ ระยะที่ 3 คือ การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ และระยะที่ 4 คือ การประเมินผลและพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากและได้รับการใช้ฟันเทียมทั้งปาก ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 60 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2568 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) รูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปาก 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่ารูปแบบการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากได้อย่างมีประสิทธิผล โดยคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยลดลงจาก 44.77 (SD = 3.579) เป็น 36.52 (SD = 2.029) ภายหลังเข้าร่วมรูปแบบการให้บริการฯ ซึ่งแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.322$, $p < .001$) นอกจากนี้ พบค่า effect size เท่ากับ 1.20 อยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ: การส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ, คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก, ฟันเทียมทั้งปาก, ผู้สูงอายุ, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Abstract

This study employed a research and development design comprising four phases. Phase 1 involved analyzing the existing problems and challenges in oral health promotion practices. Phase 2 focused on developing a service delivery model to promote oral health among older adults using complete dentures. Phase 3 examined the effects of implementing the developed model for promoting oral health, and Phase 4 consisted of evaluating and refining the model for further improvement. The study sample included 60 older adult patients with oral health problems who were using complete dentures and receiving care at Ministry of Public Health hospitals in Prachuap Khiri Khan Province. Data were collected between April 2025 and August 2025 at participating hospitals. Research instruments consisted of (1) the service delivery model for promoting oral health among older adults using complete dentures, (2) a personal and health information record form, and (3) the Oral Health–Related Quality of Life questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics using a paired *t*-test.

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ Corresponding Author, Supajira Wisitpongpiboon E-mail address: supajira91@gmail.com

The findings demonstrated that the oral health promotion service model for older adults using complete dentures, developed based on the self-efficacy framework, was effective in improving oral health–related quality of life. The mean quality of life score significantly decreased from 44.77 (SD = 3.579) to 36.52 (SD = 2.029) after participation in the intervention, indicating a significant improvement in oral health–related quality of life ($t = 9.322$, $p < .001$), as lower scores reflect better outcomes. In addition, the effect size was 1.20, which is considered high.

Keywords: Oral health promotion, Oral health–related quality of life, Complete dentures, Older adults, Self-efficacy

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] เมื่อประชากรสูงวัยเพิ่มมากขึ้น ปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับวัยก็เพิ่มขึ้นตาม โดยเฉพาะในด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ปี พ.ศ. 2566 โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัญหาหลักของสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ คือ การสูญเสียฟัน โดยเฉพาะในช่วงอายุ 60–70 ปี พบการสูญเสียฟันทั้งปากสูงถึงร้อยละ 6.2[2] การสูญเสียฟันดังกล่าวอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การเสื่อมของฟันตามวัย หรือการขาดการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม[3]

การสูญเสียฟันส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ความไม่มั่นใจในการพูดหรือยิ้ม ความวิตกกังวลในการเข้าสังคม การลดกิจกรรมทางสังคม และการเคี้ยวอาหาร[4-5] ฟันเทียมทั้งปากจึงมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการใช้ชีวิตมากขึ้น[6-7] อย่างไรก็ตาม การใส่ฟันเทียมโดยลำพังไม่เพียงพอหากขาดการส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้ความรู้เรื่องการดูแลฟันเทียม การทำความสะอาดช่องปาก การตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอโดยทันตบุคลากร รวมถึงการสนับสนุนด้านพฤติกรรมและจิตสังคม การดูแลอย่างต่อเนื่องและมีระบบจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว[8-9]

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุยังขาดรูปแบบการให้บริการที่เป็นระบบ มีความต่อเนื่อง และสอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัด รูปแบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพควรเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคลากรทางทันตกรรม ผ่านกระบวนการให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจ และติดตามผลอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน[10] อีกทั้งการศึกษาของ จุฑารพ ตุนภรณ์[11] ที่ได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่พัฒนาจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปาก โดยโปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ฝึกทักษะการดูแลช่องปาก การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง ตลอดจนการติดตามและให้กำลังใจต่อเนื่อง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในด้านการดูแลฟันเทียมและช่องปากเพิ่มขึ้น นำไปสู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น อาทิ การทำความสะอาดฟันเทียมและช่องปากอย่างถูกต้อง การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านทันตสุขภาพ และการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ[11] นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมาได้รายงานว่า พฤติกรรมการดูแลและใช้ฟันเทียมทั้งปากที่เหมาะสม เช่น การทำความสะอาดฟันเทียมเป็นประจำ การถอดฟันเทียมก่อนนอน

การทำความสะอาดช่องปาก และการตรวจสุขภาพฟันตามนัด เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลช่องปากที่ดี มีระดับความสบายในการรับประทานอาหาร การพูด และความมั่นใจในการเข้าสังคมสูงกว่าอย่างชัดเจน[12]

จากการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัย พบว่า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีการให้บริการใส่ฟันเทียมทั้งปากแก่ผู้สูงอายุผ่านโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยในปี พ.ศ. 2566 และ พ.ศ 2567 มีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับบริการดังกล่าว 418 และ 507 ราย ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม การให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายหลังการใส่ฟันเทียมยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ครอบคลุม หรือมีการดำเนินงานที่เป็นระบบ ส่งผลให้การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในระยะยาวขาดความต่อเนื่อง และอาจไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ การประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory)[13] เพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะเป็นแนวทางต้นแบบที่สามารถปรับใช้ได้ในหน่วยบริการสาธารณสุขอื่น ๆ และขยายผลในระดับนโยบาย อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกของกระทรวงสาธารณสุข และการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ทั้งยังเป็นการเติมเต็มองค์ความรู้ด้านการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับบริบทไทยในระดับชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ภายในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) ซึ่งมีการดำเนินการวิจัย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 คือการวิเคราะห์สภาพปัญหาของการปฏิบัติงานในการการส่งเสริมทันตสุขภาพ ระยะที่ 2 คือ พัฒนารูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ ระยะที่ 3 คือ การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ และระยะที่ 4 คือ การประเมินผลและพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[13] มาใช้ในการออกแบบรูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ คือ การที่บุคคลใช้ความสามารถของตนเองที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นเป้าหมายภายใต้สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง และเป็นกระบวนการ

ทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง การทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะโดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง 2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การได้รับคำพูดชักจูงในขอบเขตของความเป็นจริง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และ 4) การส่งเสริมสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ สำหรับการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นที่การส่งเสริมทางด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปาก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจ และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลฟันเทียม และการใช้ฟันเทียมทั้งปากได้อย่างถูกต้อง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีสุขภาวะ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การดำเนินการตามรูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ มีการดำเนินการอย่างมีแบบแผน ซึ่งมีการดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ดังต่อไปนี้ ระยะที่ 1 คือการวิเคราะห์สภาพปัญหาของการปฏิบัติงานในการการส่งเสริมทันตสุขภาพ ระยะที่ 2 คือ พัฒนารูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ ระยะที่ 3 คือ การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ และระยะที่ 4 คือ การประเมินผลและพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ

อาสาสมัครหรือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย

คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากและได้รับการใช้ฟันเทียมทั้งปาก ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้าร่วมศึกษาวิจัย (inclusion criteria) มีดังนี้ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากเป็นฟันเทียมชุดแรก หรือเคยใส่ฟันเทียมมาก่อนก็ได้ โดยใส่มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) มีระดับความรู้สึกตัวดี และไม่มีภาวะสับสน 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีความบกพร่องด้านการได้ยินและการมองเห็นในระดับที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร โดยสามารถอ่านตัวหนังสือขนาด 20 Angsana New ในระยะ 1-2 ฟุต ได้สามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเองหรือโดยการพยักหน้า 5) มีฟันเทียมที่ยังใช้งานได้ดีในช่วงเวลาการเก็บข้อมูล ในกรณีที่ฟันเทียมชำรุดระหว่างการคัดเลือก ต้องสามารถซ่อมแซมหรือจัดทำฟันเทียมชุดใหม่ได้ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม (ภายใน 1-2 สัปดาห์) และ 6) แสดงเจตจำนงชัดเจนในการเข้าร่วมวิจัย และลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมโดยสมัครใจ (Informed Consent Form) สำหรับเกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion Criteria) มีดังนี้ 1) มีปัญหาทางสุขภาพร่างกายและจิตใจจนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น โรคจิตเภท และ 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยทำฟันเทียมหายหรือชำรุดระหว่างการเก็บข้อมูลจนไม่สามารถใช้งานได้ต่อเนื่องตามเกณฑ์การศึกษา โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่สามารถซ่อมแซมหรือทำฟันเทียมชุดใหม่ได้ภายในระยะเวลาอันเหมาะสม (ภายใน 1-2 สัปดาห์)

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G power 3.1 เลือกสถิติ t-test เลือก Means difference between One dependents means กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.5 (ปานกลาง) ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.05 และค่า Power of test (1-β) = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 54 ราย และเพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Attrition rate) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น จำนวน 60 คน

การวิจัยนี้ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) โดยในขั้นตอนแรกเป็นการคัดเลือกสถานบริการสุขภาพด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง จากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง

สาธารณสุขที่มีจำนวนผู้สูงอายุได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากสูงที่สุดสามลำดับแรกภายในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ โรงพยาบาลสามร้อยยอด โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ และโรงพยาบาลทับสะแก ในลำดับถัดมา มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากันแห่งละ 20 คน เพื่อสร้างความสมดุลในการเก็บข้อมูล ลดความเอนเอียงที่อาจเกิดจากความแตกต่างของบริบทการให้บริการระหว่างแต่ละโรงพยาบาล และเพิ่มความเที่ยงตรงของผลการวิจัย นอกจากนี้ การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20 คนต่อแห่ง ยังเอื้อให้สามารถดำเนินกิจกรรมการวิจัยได้อย่างเหมาะสม ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่ก่อให้เกิดความแออัดหรือซ้ำซ้อนของกิจกรรม อีกทั้งยังสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซักถามข้อมูล และมีปฏิสัมพันธ์กับทีมวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (Recruitment process)

1. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรมของโรงพยาบาล เพื่อขอรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และขอให้ช่วยประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยแก่ผู้สูงอายุ เมื่อมีผู้สูงอายุแสดงความสนใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะดำเนินการคัดกรองเบื้องต้นตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อให้ได้ผู้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การวิจัย

2. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดโครงการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงในการเข้าร่วม พร้อมตอบคำถามและข้อสงสัยของผู้ที่ผ่านเกณฑ์เบื้องต้นอย่างครบถ้วน

3. เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเข้าใจรายละเอียดของโครงการและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ (Informed Consent Form) ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลในขั้นตอนถัดไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. รูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปาก ประกอบด้วยกิจกรรมตามรูปแบบกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมี 4 ด้าน ดังนี้ 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง โดยจัดให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลฟันเทียมอย่างถูกต้อง เช่น การทำความสะอาดฟันเทียม การถอด-ใส่ฟันเทียม และการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นประจำ การลงมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุเห็นผลลัพธ์ที่ดีจากการดูแลตนเอง จึงเกิดความมั่นใจและความรู้สึกประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรม 2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น ผ่านกิจกรรมสาธิต การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุ การเห็นตัวอย่างที่ดีจากเพื่อนผู้เข้าร่วมช่วยสร้างแรงบันดาลใจ และเพิ่มความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้เช่นกัน 3) การได้รับคำพูดชักจูงในขอบเขตของความเป็นจริง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ผู้สูงอายุได้รับการให้กำลังใจ คำแนะนำเชิงบวก และคำชี้แนะที่เหมาะสมจากทันตบุคลากร ครอบครัว และสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งช่วยสร้างแรงเสริมทางจิตใจ สนับสนุนความมุ่งมั่น และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และ 4) การส่งเสริมสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยจัดกิจกรรมที่เอื้อต่อการลดความเครียดและความวิตกกังวล เช่น การให้คำปรึกษาเชิงสร้างสรรค์ การติดตามความก้าวหน้า และกิจกรรมผ่อนคลายเบื้องต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสภาวะจิตใจและร่างกายพร้อมต่อการดูแลฟันเทียมและช่องปากของตนเอง อันนำไปสู่ความ

เชื่อมั่นและความสบายใจในการใช้ฟันเทียมในชีวิตประจำวัน

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การนับถือศาสนา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาของผู้ป่วย โรคประจำตัว และการใช้งานฟันเทียมในปัจจุบัน (ได้ปกติ/ใช้งานได้แต่ไม่สมบูรณ์)

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เป็นแบบวัด OHIP-EDENT ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดย พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์ และคณะ[14] ซึ่งแปลและปรับปรุงจากต้นฉบับภาษาอังกฤษของ Allen & Locker[15] มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความบกพร่องในการทำหน้าที่ 2) ด้านข้อจำกัดในการเข้าสังคม 3) ด้านข้อจำกัดในการควบคุมอารมณ์ และ 4) ด้านความไม่สะดวกสบายจากการใช้ฟันเทียม เครื่องมือเป็นมาตราประเมินแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยผู้ตอบสะท้อนความถี่ของเหตุการณ์หรือผลกระทบที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามแบบสอบถามต้นฉบับ ซึ่งเป็นลักษณะการให้คะแนนแบบกลับทิศ กล่าวคือ คะแนนต่ำสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีกว่า ในขณะที่คะแนนสูงแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลง โดยเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเกิดเหตุการณ์หรือผลกระทบดังกล่าวในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 2 คะแนน หมายถึง เกิดเหตุการณ์หรือผลกระทบนาน ๆ ครั้ง (1–2 ครั้งต่อเดือน หรือประมาณทุก 2–3 สัปดาห์) 3 คะแนน หมายถึง เกิดเหตุการณ์หรือผลกระทบบางครั้ง (3–4 ครั้งต่อเดือน หรือประมาณสัปดาห์ละครั้ง) 4 คะแนน หมายถึง เกิดเหตุการณ์หรือผลกระทบบ่อยครั้ง (2–4 ครั้งต่อสัปดาห์) และ 5 คะแนน หมายถึง เกิดเหตุการณ์หรือผลกระทบบ่อยมาก (>5 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือแทบทุกวัน) คะแนนรวมมีช่วงตั้งแต่ 19 คะแนน (คุณภาพชีวิตดีมาก) ถึง 95 คะแนน (คุณภาพชีวิตต่ำ) โดยที่การได้คะแนนน้อยกว่าสื่อถึงการมีปัญหาและผลกระทบในด้านสุขภาพช่องปากจากการใช้ฟันเทียมน้อยกว่า และสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้วิจัยจัดระดับตามเกณฑ์ ดังนี้

ระดับคุณภาพชีวิต	ช่วงคะแนน (คะแนนต่ำ = คุณภาพชีวิตดี)	คำอธิบาย
ดี (Good)	19 – 43 คะแนน	มีปัญหาและผลกระทบด้านสุขภาพช่องปากจากการใช้ฟันเทียมน้อยที่สุด
ปานกลาง (Moderate)	44 – 68 คะแนน	มีปัญหาด้านสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง
ต่ำ (Poor)	69 – 95 คะแนน	มีผลกระทบต่อการใช้ฟันเทียมและสุขภาพช่องปากสูง คุณภาพชีวิตต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องของเนื้อหากับมโนทัศน์ของตัวแปร ความชัดเจนของภาษา และความเหมาะสมของกิจกรรมโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์อายุรแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ทันตแพทย์ 2 ท่าน โดยภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาคำนวนหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.86 จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 คือการวิเคราะห์สภาพปัญหาของการปฏิบัติงานในการส่งเสริมทันตสุขภาพ

โดยผู้วิจัยเข้าพบทันตแพทย์ ในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประกอบด้วย 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลสามร้อยยอด และโรงพยาบาลทับสะแก เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปาก และสอบถามแนวทางหรือรูปแบบที่อยากให้เกิดขึ้นเพื่อนำไปพัฒนาและออกแบบรูปแบบการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปาก

ระยะที่ 2 คือพัฒนารูปแบบการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปาก ประกอบกับนำข้อเสนอแนะจากทันตแพทย์ที่ได้จากระยะที่ 1 มาประกอบการออกแบบรูปแบบกิจกรรมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ภายหลังจากออกแบบกิจกรรมเบื้องต้น ผู้วิจัยได้นำเสนอแบบกิจกรรมแก่ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยประเมินความสอดคล้องของกิจกรรมกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนวคิดทางทฤษฎี ความเหมาะสมของสื่อที่ใช้ และความเป็นไปได้ในการดำเนินงานจริง ผลการประเมินพบว่ากิจกรรมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับดีถึงดีมากในทุกองค์ประกอบ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรับปรุงกิจกรรมก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างในระยะถัดไป

ระยะที่ 3 คือการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ

1. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย โครงสร้างของกิจกรรม เนื้อหาที่ใช้ และบทบาทของผู้ดำเนินกิจกรรม

2. การเตรียมสื่อและอุปกรณ์ประกอบกิจกรรม ผู้วิจัยจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ และสื่อประกอบการเรียนรู้ที่จำเป็นในแต่ละสัปดาห์ ได้แก่ ฟันเทียมจำลอง แปรงฟันเทียม แผ่นพับให้ความรู้เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลฟันเทียมและสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้ ยังได้พัฒนาเนื้อหาในรูปแบบดิจิทัลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อส่งเสริมการสื่อสารและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

3. การประสานงานกับสถานพยาบาลในพื้นที่ ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมของโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง เพื่อจัดสรรสถานที่และช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรมอย่างเหมาะสม พร้อมแต่งตั้งผู้ประสานงานในแต่ละแห่งเพื่อทำหน้าที่ติดตามความก้าวหน้าและแก้ไขปัญหาในระหว่างการดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

4. เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและรายละเอียดที่ผู้วิจัยจะปฏิบัติ และสอบถามความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และเป็นผู้อ่านรายละเอียดของเอกสารให้ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัยอย่างละเอียดครบถ้วน

6. ดำเนินการตามรูปแบบการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพที่นำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง เป็นกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการที่ออกแบบตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) ของ Bandura[13] ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experience) 2) การเรียนรู้จากการเห็นแบบอย่าง (Vicarious Experience) 3) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) และ 4) การจัดการสภาวะ

ทางอารมณ์ (Emotional Arousal) กิจกรรมจัดขึ้นแบบกลุ่ม มีทันตบุคลากรเข้าร่วมให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด จำนวน 2–3 ครั้ง/คน กิจกรรมจะดำเนินการต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยนัดกลุ่มตัวอย่างมาร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 3 ชั่วโมง (09.00–12.00 น.) แบ่งกิจกรรมออกเป็นช่วงการบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการสนทนาแบบมีส่วนร่วม ก่อนเริ่มกิจกรรม (Intervention) ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ระยะที่ 4 คือการประเมินผลและพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ

ภายหลังการดำเนินกิจกรรมครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะติดตามประเมินผลซ้ำในระยะเวลา 1 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของผลลัพธ์ โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งก่อนหน้าเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และวิเคราะห์ผลทางสถิติตามแผนการวิเคราะห์ข้อมูลในโครงร่างวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ kolmogorov-smirnov test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05 ผลการตรวจสอบพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ มีค่า $p > .05$

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. จัดระดับของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ที่กำหนด และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลบางสะพาน เลขที่ 2568/5 COA และเลขที่โครงการวิจัย BSPH-EC-ID 5/68 ลงวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาของการปฏิบัติงานในการส่งเสริมทันตสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากยังเผชิญข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นในการดูแลฟันเทียมตนเอง โดยเฉพาะในประเด็นการทำความสะอาดฟันเทียมอย่างถูกวิธี การดูแลสุขภาพช่องปากหลังการใส่ฟันเทียม และการจัดการปัญหาที่พบระหว่างการใช้งาน เช่น ความเจ็บปวด การระคายเคือง และการลดลงของประสิทธิภาพการบดเคี้ยว นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยด้านสภาพร่างกายและสภาวะอารมณ์ของผู้สูงอายุส่งผลต่อความสามารถและความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง

ในระดับระบบบริการ ทันตแพทย์รายงานว่าการให้ความรู้และติดตามผลหลังการใส่ฟันเทียมยังมิได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร เวลาในการให้บริการ และภาระงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้การติดตามประเมินผลเชิงลึกและการให้คำปรึกษาแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุทำได้ไม่ครบถ้วน

สำหรับความต้องการเพื่อการพัฒนารูปแบบบริการ ทันตแพทย์เสนอให้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่มีกรอบแนวทางชัดเจน ครอบคลุมการให้ความรู้เชิงวิชาการ การฝึกปฏิบัติจริงภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ร่วมกัน ลดความวิตกกังวล และสร้างแรงเสริมทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเสนอให้มีสื่อและคู่มือประกอบการเรียนรู้ที่เป็น

มิตรต่อผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและการปฏิบัติตามได้อย่างยั่งยืน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ

ผลการศึกษา ในการพัฒนารูปแบบการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมในระยะที่ 3

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
สัปดาห์ที่ 1	**ด้านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experience)** - ฝึกทำความสะอาดฟันเทียม - ฝึกถอด–ใส่ฟันเทียมอย่างถูกวิธี - ตั้งเป้าหมายการดูแลด้วยตนเอง	- ส่งเสริมทักษะและประสบการณ์ตรงในการดูแลฟันเทียม - เพิ่มความมั่นใจในการใช้ฟันเทียม	- ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำความสะอาดและใช้ฟันเทียมได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ
	ด้านการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น - เชิญผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการดูแลฟันเทียมที่ประสบความสำเร็จมาแชร์ประสบการณ์ - การจัดกิจกรรมสาธิตการดูแลฟันเทียมโดยบุคลากรทางการแพทย์	- ส่งเสริมการเรียนรู้จากแบบอย่าง - กระตุ้นความตั้งใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม	- ผู้สูงอายุรับรู้แบบอย่างที่ดี เกิดแรงจูงใจและเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพช่องปาก
สัปดาห์ที่ 2	**ด้านการใช้คำพูดชักจูง** - จัดให้มีการสนทนาเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลฟันเทียม และการย้ำเตือนถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ผู้เชี่ยวชาญหรือทันตแพทย์จะให้คำชี้แนะที่สนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดูแลฟันเทียมของตนผ่านไลน์แอปพลิเคชัน - เชิญครอบครัวร่วมกิจกรรม สนับสนุนการดูแลฟันเทียม	- เสริมแรงและย้ำเตือนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก - ส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม	- ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางคำพูด และมีความมั่นใจมากขึ้น - ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการสนับสนุนและเอาใจใส่
สัปดาห์ที่ 3	**ด้านสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์** - ฝึกสมาธิผ่อนคลายและลดความเครียด -พูดคุยเรื่องความรู้สึกในการใช้ฟันเทียม	- ลดความวิตกกังวลในการใช้ฟันเทียม -ส่งเสริมอารมณ์เชิงบวก	- ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย และมีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ฟันเทียม
สัปดาห์ที่ 4	- ประเมิน OHIP-EDENT และพฤติกรรมดูแลฟันเทียม - พูดคุยสรุปผลการเปลี่ยนแปลง	-ประเมินความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและคุณภาพชีวิต - ติดตามผลลัพธ์จากการเข้าร่วมกิจกรรม	- ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียมอย่างต่อเนื่อง -ข้อมูลใช้พัฒนาในระยะต่อไปได้

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ

แบ่งการนำเสนอข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.7 และมีอายุเฉลี่ย 62.57 ± 9.39 ปี โดยมากอยู่ในช่วงอายุ 60–65 ปี ร้อยละ 56.7 และมีคู่สมรส ร้อยละ 91.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.3 อาชีพที่พบมากที่สุดคือไม่ได้ประกอบ

อาชีพ ร้อยละ 31.7 รองลงมาคือเกษตรกร ร้อยละ 25.0 โดยมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 53.3 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่คือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 76.7 ในด้านการใช้ฟันเทียม พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่สามารถใช้งานฟันเทียมได้ปกติ ร้อยละ 76.7 ผลดังกล่าวสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน รายได้ค่อนข้างต่ำ และพึ่งพาระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐเป็นหลัก อีกทั้งยังสามารถใช้งานฟันเทียมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในระยะนี้

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมรูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากมีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองอยู่ที่ 44.77 คะแนน (SD = 3.579) และลดลงเป็น 36.52 คะแนน (SD = 2.029) ภายหลังการทดลอง แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวในทิศทางที่ดีขึ้น ($t = 9.322$, $p < .001$) เนื่องจากคะแนนต่ำหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การวิเคราะห์ขนาดอำนาจผล (effect size) พบว่ามีค่า 1.20 ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง สะท้อนว่าการแทรกแซงมีประสิทธิผลอย่างมากต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการเปลี่ยนระดับคุณภาพชีวิตจากระดับปานกลางก่อนการทดลองไปเป็นระดับดีหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพที่มุ่งเน้นเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนสามารถส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการทดลอง (n=60)	หลังการทดลอง (n=60)	t	Effect size	*p*- value
	Mean (SD)	Mean (SD)			
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก	44.77 (3.579)	36.52 (2.029)	9.322	1.20	.000
	คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง	คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับดี			

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสะท้อนถึงการปรับตัวด้านคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามเกณฑ์การให้คะแนนของเครื่องมือ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงจาก 44.77 เป็น 36.52 คะแนน ($t = 9.322$, $p < .001$) และมีค่า effect size สูง ($d = 1.20$) บ่งชี้ถึงผลเชิงปฏิบัติที่มีนัยสำคัญ ไม่ใช่เพียงความแตกต่างทางสถิติเท่านั้น ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการที่แสดงว่า การฟื้นฟูด้วยฟันเทียมและการสนับสนุนด้านพฤติกรรมสุขภาพสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้ โดยเฉพาะด้านการบดเคี้ยว ความสบาย และความสามารถในการเข้าสังคมของผู้สูงอายุไร้ฟัน[16]

เมื่อวิเคราะห์ในกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[13] โปรแกรมในงานวิจัยนี้มีองค์ประกอบครบถ้วนทั้งสี่ด้าน ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (mastery experiences) ผ่านการฝึกทำความสะอาดและถอด ใส่ฟันเทียม การเรียนรู้จากแบบอย่าง (vicarious experience) จากผู้สูงอายุที่เป็นตัวแบบ การให้กำลังใจและคำชี้แนะ (verbal

persuasion) และการเสริมสร้างความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and emotional states) การออกแบบเช่นนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของ Bandura[13] ที่ระบุว่า self-efficacy เป็นตัวกำหนดสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ การเริ่มต้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ และมีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในระยะยาว ซึ่งอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่พบได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสนับสนุนงานวิจัยก่อนหน้า[11] ที่รายงานว่า self-efficacy มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลช่องปากและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มี self-efficacy สูงมีแนวโน้มปฏิบัติการดูแลช่องปากสม่ำเสมอและประสบปัญหาเกี่ยวกับช่องปากน้อยลง[11] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารพ ตุนภรณ์[12] ที่ศึกษาการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปาก โดยออกแบบโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองผ่านประสบการณ์ตรง การเห็นแบบอย่าง การให้แรงสนับสนุนทางวาจา และการจัดการด้านสภาวะร่างกายและอารมณ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สะท้อนว่าโปรแกรมที่อิงกรอบทฤษฎีสามารถเพิ่มสมรรถนะแห่งตนและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ[12] ด้านเครื่องมือประเมินงานวิจัยนี้ใช้ OHIP-EDENT ซึ่งได้รับการยอมรับว่ามีความไวต่อการตรวจจับการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิตในผู้ใส่ฟันเทียม และได้รับการยืนยันความเที่ยงและความตรงในหลายบริบท รวมทั้งในประเทศไทย พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียม ประสิทธิภาพการบดเคี้ยว และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลลัพธ์ของงานวิจัยนี้ที่พบการพัฒนาด้านการรับรู้และประสบการณ์ผู้ใช้ฟันเทียม[14]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการให้บริการส่งเสริมส่งทันตสุขภาพ สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากได้อย่างมีประสิทธิผล ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปใช้ในเชิงปฏิบัติจึงควรมุ่งเน้นการบูรณาการโครงการลักษณะนี้เข้ากับระบบบริการสุขภาพในคลินิกทันตกรรมผู้สูงอายุและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการติดตามและดูแลหลังการใส่ฟันเทียม รวมทั้งสนับสนุนให้บุคลากรด้านทันตสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพนำแนวทางนี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมกลุ่ม การให้คำปรึกษารายบุคคล และการติดตามแบบต่อเนื่องผ่านสื่อดิจิทัล ทั้งนี้การจัดทำสื่อให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวหรือผู้ดูแลยังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะเอื้อต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตและลดภาระการดูแลในระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต

ควรดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและหลากหลายพื้นที่ พร้อมทั้งขยายระยะเวลาการติดตามผลเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการดูแลช่องปากและคุณภาพชีวิตระยะยาว นอกจากนี้ ควรพิจารณาศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ เช่น คุณภาพและความพอดีของฟันเทียม ลักษณะโครงสร้างทางสังคมและการสนับสนุนของครอบครัว รวมถึงการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลหรือแพลตฟอร์มสุขภาพออนไลน์เพื่อสนับสนุนการกำกับตนเองและการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2565). รายงานประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.(2567). รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
3. Lourenço MAG, Guimarães TM, Miranda ABS, Pazinatto RB, Calderon PDS, Melo LA, Leite FPP.(2024). Factors Associated with Total Edentulism in Older Adults and Their Impact on the Self-Perception of Oral Health and Food. Int J Prosthodont. 2024;37(5):512-17. https://doi.org/10.11607/ijp.8534
4. Zhang XM, Cao S, Teng L, Xie X, Wu X.(2025). The association between the number of teeth and frailty among older adults: a systematic review and meta-analysis. Aging Clin Exp Res. 2025;37(1):156. https://doi.org/10.1007/s40520-025-03053-0
5. Saintrain MV, de Souza EH.(2012). Impact of tooth loss on the quality of life. Gerodontology. 2012;29(2):e632–6. https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00535.x
6. Rodrigues SM, Oliveira AC, Vargas AM, Moreira AN, Ferreira EF.(2012). Implications of edentulism on quality of life among elderly. Int J Environ Res Public Health. 2012;9(1):100–9. https://doi.org/10.3390/ijerph9010100
7. ภารัตน์ ยวดยิ่ง.(2563). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียม ประสิทธิภาพการบดเคี้ยว และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับความสุขในการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2563;6(2):58-75.
8. Watanabe Y, Okada K, Kondo M, Matsushita T, Nakazawa S, Yamazaki Y.(2020). Oral health for achieving longevity. Geriatr Gerontol Int. 2020;20(6):526–38. https://doi.org/10.1111/ggi.13921
9. Allen F, Locker D.(2002). A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. Int J Prosthodont. 2002;15(5):446–50.
10. ธัญญ์พิชชา ศรีประเสริฐ, สุธีรา ศรีวัฒนชัยกุล.(2564). การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพช่องปากและฟันปลอมในผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(1):42–53.
11. จุฑารพ ตุนภรณ์.(2568). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้ฟันเทียมทั้งปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุชาวรามันฟันสวยยิ้มสดใส โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2568; 10(1): 50-63.
12. จุฑารพ ตุนภรณ์.(2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากที่เข้ารับบริการ ในฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2568;8(3): 13-27.
13. Bandura A.(1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191–215.
14. พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์, ทรงชัย ฐิตโสมกุล, ไพฑูรย์ ดาวสดใส.(2557). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากและความสัมพันธ์กับคุณภาพฟันเทียมและประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ที่ประเมินด้วยดัชนี OHIP-EDENT ในรูปแบบภาษาไทย. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์. 2557;64(1): 26-46.
15. Allen F, Locker D.(2002). A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. Int J Prosthodont. 2002;15(5):446-50.
16. Martins AMC, Guimarães LS, Campos CH, Küchler EC, Pereira DMS, Maia LC, Antunes LS, Antunes LAA.(2021). The effect of complete dentures on edentulous patients' oral health-related quality of life in long-term: A systematic review and meta-analysis. Dent Res J (Isfahan). 2021;18:65.
17. Anweigi L, Aldegheishem A, Azam A, Alromaih Y, Alkeait F, Alhaimy L, Ahmeda A, Bishti S, Tamimi F, Ba-Hattab R.(2022). Oral-Health-Related Self-Efficacy among the Elderly Population in Riyadh, Saudi Arabia. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(23):15900.

ผลของการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับยาทางไปรษณีย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Effect of Pharmaceutical Care Combined with Remote Couseling Telepharmacy in hypertensive patients Receiving Postal Medication Delivery at Kalasin Hospital.

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 3,2025)

ดวงรัตน์ อุ่นจรัส[1]
Duangrut Auncharat [1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยจำนวน 60 รายที่รับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม 2566 ผู้ป่วยได้รับยาทางไปรษณีย์และติดตามผลผ่าน Line OA หรือโทรศัพท์ ข้อมูลถูกรวบรวมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมิน

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา (MMAS-8) เพิ่มขึ้นจาก 6.2 เป็น 7.5 ($p < 0.001$) จำนวนปัญหาจากการใช้ยาลดลงจาก 2.3 เป็น 0.8 ($p < 0.001$) ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้นจาก 7.05 เป็น 8.9 ($p < 0.001$) ระดับ Systolic Blood Pressure (SBP) ลดลงจาก 138.2 เป็น 132.5 mmHg ($p < 0.05$) และ Diastolic Blood Pressure (DBP) ลดลงจาก 84.7 เป็น 81.3 mmHg ($p < 0.05$) นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลในระดับสูง (4.2 ± 0.5) สรุปได้ว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านการใช้ยา การควบคุมความดันโลหิต และความพึงพอใจของผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, การบริบาลทางเภสัชกรรม, การติดตามการใช้ยาทางไกล

Abstract

This survey research aimed to evaluate the outcomes of pharmaceutical care combined with remote medication monitoring in patients with hypertension. A quasi-experimental study was conducted among 60 patients receiving treatment at the chronic disease clinic of Kalasin Hospital between March and May 2023. Patients received medications via postal delivery and were followed up through Line OA or telephone. Data were collected before and after the intervention using questionnaires and assessment tools.

The results showed that the medication adherence score (MMAS-8) increased from 6.2 to 7.5 ($p < 0.001$). The average number of drug-related problems decreased from 2.3 to 0.8 ($p < 0.001$). Knowledge about hypertension and risk behavior management improved from 7.05 to 8.9 ($p < 0.001$). Systolic blood pressure decreased from 138.2 to 132.5 mmHg ($p < 0.05$), and diastolic blood pressure decreased from 84.7 to 81.3 mmHg ($p < 0.05$). Moreover, patients reported high satisfaction with the telepharmacy service system (4.2±0.5).

Keywords: Hypertension, Pharmaceutical care, Remote medication monitoring

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากร โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่า ในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1,300 พันล้านคน และมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้นแต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สำหรับประเทศไทยมี

[1] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

แนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง[1] หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้นอาจแสดงอาการต่างๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัวอ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ทั้งนี้ การควบคุมความดันโลหิตยังคงเป็นปัญหาสำคัญซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย[2]

ในปี 2566 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้านดิจิทัลสุขภาพและระบบแพทย์ทางไกล โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน(นโยบายกระทรวงสาธารณสุขปี2566 แผนดังกล่าวได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทางไกล (Telemedicine) รวมถึงการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[3] สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพเขตสุขภาพที่ 7 โดยมีเป้าหมายในการยกระดับคุณภาพการบริการสุขภาพและเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ชนบทและห่างไกล แผนนี้ได้ริเริ่มโครงการนำร่องด้านระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา ได้เร่งให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ โดยมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยทางไกลมากขึ้น รวมถึงการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในการติดตามการใช้ยาและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลจึงเป็นนวัตกรรมที่มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล เช่น Line Official Account เป็นแนวทางหนึ่งที่สอดคล้องกับนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพดิจิทัลของประเทศและเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ลดภาระการเดินทางมาโรงพยาบาลละส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

ด้วยเหตุนี้ การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาผลของการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลผ่าน Line Official Account ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาทางไปรษณีย์ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในบริบทของการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดิจิทัลในระดับประเทศและระดับเขตสุขภาพ ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาและขยายผลระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลในอนาคต เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรเรื้อรังในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลต่อผลลัพธ์การรักษา ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาจากการใช้ยา และความพึงพอใจของผู้รับบริการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาทางไปรษณีย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาทางไปรษณีย์จากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive

sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 60 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังในประชากรกลุ่มเดียวได้ สูตรที่ใช้กันบ่อยคือสูตรของ Cohen[4] (2005) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคู่ (paired t-test) ดังนี้

$$n = [(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \times \sigma^2] / d^2$$

โดย: n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง,

Z_α = ค่ามาตรฐานของระดับนัยสำคัญ (alpha level) ที่ต้องการ โดยทั่วไปใช้ 1.96 สำหรับระดับนัยสำคัญ 0.05,

Z_β = ค่ามาตรฐานของอำนาจการทดสอบ (power) ที่ต้องการ โดยทั่วไปใช้ 0.84 สำหรับอำนาจการทดสอบ 0.80,

SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง,

d = ขนาดผลลัพธ์ที่ต้องการตรวจสอบ (effect size)

อ้างอิงจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน คือ จากการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในการติดตามความร่วมมือในการรับประทานยา (Phan et al., 2020)[5] พบว่า: ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) = 5.0 ขนาดผลลัพธ์ที่ต้องการตรวจสอบ (d) = 2.0 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบที่ 0.80 เราสามารถแทนค่าสูตรได้ดังนี้:

$$n = \frac{(1.96+0.84)^2 \times 5.0^2}{2.0^2}$$
$$n = \frac{(2.80)^2 \times 25}{4}$$
$$n = \frac{7.84 \times 25}{4}$$
$$n = \frac{196}{4}$$

n = 49

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้ในการวิจัยคือ 49 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 20% รวมเป็น 60 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ อายุ 18 ปีขึ้นไป, ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง,มีอาการคงที่ (BP <140/90 mmHg), ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง,รับยาทางไปรษณีย์,สามารถใช้Line Official Accountได้,ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ มีภาวะแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยรุนแรงที่ควบคุมไม่ได้และต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด, มีความผิดปกติทางจิตหรือความจำ,ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการวิจัย, ไม่สามารถให้ข้อมูลและติดตามได้, ขอถอนตัวระหว่างการวิจัย

ช่วงเวลาที่ใช้ศึกษา ระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป: ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากรศาสตร์และข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
2. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา: ใช้ Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)
3. แบบประเมินปัญหาจากการใช้ยา: ใช้ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) Drug-Related Problem Classification Version 9.1 ฉบับภาษาไทย
4. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรค ยา และพฤติกรรมเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง: พัฒนาโดยผู้วิจัยและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ
5. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก: บันทึกค่าความดันโลหิต
6. แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล: พัฒนาโดยผู้วิจัยและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) โดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินข้อ 1-5

4. ดำเนินการให้บริบาลทางเภสัชกรรมและติดตามการใช้ยาทางไกลผ่าน Line Official Account โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยา และการปฏิบัติตัว

4.2 ประเมินและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา

4.3 ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาและให้คำแนะนำ

4.4 ตอบคำถามและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาและการปฏิบัติตัว

5. การเก็บรวบรวมข้อมูลเบ่งเป็น 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เดือนที่ 0 พบกลุ่มตัวอย่างที่ รพ. ครั้งที่ 1

-วัด BP , ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง, ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย (Pre-test)

ครั้งที่ 2 เดือนที่ 1 ติดตามการใช้ยาทางไกล ครั้งที่1 -ติดตามการใช้ยาและปัญหาการใช้ยา

ครั้งที่ 3 เดือนที่ 2 ติดตามการใช้ยาทางไกล ครั้งที่2 -ติดตามการใช้ยาและปัญหาการใช้ยา

ครั้งที่ 4 เดือนที่ 3 วัด BP ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงประเมินความร่วมมือในการใช้ยา, ประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย (Post –test) และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

6. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ,จำนวนปัญหาจากการใช้ยา , วิเคราะห์ความรู้สรุปภาพรวม และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (วิเคราะห์ความรู้รายข้อ โดยใช้ McNemar test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่โครงการวิจัย 051/2022R วันที่รับรอง 29 ธ.ค. 2565 วันหมดอายุ 28 ธ.ค.2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.3) มีอายุเฉลี่ย 62.5 ± 9.7 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50) ซึ่งอาจมีผลต่อความเข้าใจในการใช้ยา และมีระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 7.2 ± 4.5 ปี ค่า BMI เฉลี่ย 26.8 kg/m² บ่งชี้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI > 25) พบโรคร่วมที่สำคัญ คือ ไขมันในเลือดสูง (58.3%) และเบาหวาน (46.7%) โรคร่วมที่พบสะท้อนถึงกลุ่มMetabolic syndrome ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การใช้ยาผู้ป่วยได้รับยาเฉลี่ย 4.8 รายการ แสดงถึงการมี Polypharmacy จำนวนยาที่ได้รับสอดคล้องกับการมีโรคร่วมหลายโรค ดังนั้นในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมและติดตามการใช้ยาทางไกลควรเน้นการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับระดับการศึกษา ต้องระมัดระวังปัญหาการใช้ยาเนื่องจากมี Polypharmacy ควรให้คำแนะนำเรื่องการควบคุมน้ำหนักและการปรับพฤติกรรม การติดตามทางไกลควรครอบคลุมการจัดการทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคร่วม

ส่วนที่ 2 ผลของการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ตามแนวทาง Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการบริบาลเภสัชกรรมและการติดตามการใช้ยาทางไกลส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้นในทุกคำถามของ MMAS-8 และคะแนนรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จาก 6.2±1.8 เป็น

7.5±1.2 ($p < 0.001$) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่เภสัชกรเน้นย้ำความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แม้จะรู้สึกว่าอาการดีขึ้นแล้ว การให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและวิธีจัดการ เพื่อลดการหยุดยาโดยพลการ การติดตามอย่างใกล้ชิด หรือการใช้เทคนิคเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา แนะนำวิธีการเตือนความจำ เช่น การใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ หรือการวางยาไว้ในที่ที่เห็นได้ชัดเจน สอนวิธีการจัดการยาเมื่อต้องเดินทาง เช่น การใช้กล่องยาแบบพกพา และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสื่อสารกับแพทย์อย่างเปิดเผยเกี่ยวกับปัญหาในการใช้ยา (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 ผลของการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามแนวทางของ Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) (n=60)

คำถาม MMAS-8	จำนวนคำตอบ "ใช่" (การไม่ร่วมมือในการใช้ยา)		p-value	คำอธิบาย
	ก่อน (ครั้ง, %)	หลัง (ครั้ง, %)		
1. คุณลืมรับประทานยาบ่อยแค่ไหน?	39 ครั้ง (65%)	18 ครั้ง (30%)	<0.001	อัตราการลืมลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการแทรกแซง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการใช้เทคนิคเตือนความจำ เช่น แอปพลิเคชันหรือการวางยาในที่เห็นได้ชัดเจน
2. คุณมักละเลยการรับประทานยาเมื่อรู้สึกดีขึ้นหรือไม่?	33 ครั้ง (55%)	15 ครั้ง (25%)	< 0.05	ผู้ป่วยลดการละเลยยา เพราะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสำคัญของการใช้ยาต่อเนื่องแม้รู้สึกดีขึ้น
3. คุณเคยหยุดยาเพราะคิดว่าไม่จำเป็นอีกต่อไปหรือไม่?	30 ครั้ง (50%)	12 ครั้ง (20%)	< 0.01	การหยุดยาโดยพลการลดลง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับผลเสียจากการหยุดยาโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์
4. คุณเคยลืมรับประทานยาก่อนนอนหรือไม่?	36 ครั้ง (60%)	18 ครั้ง (30%)	<0.001	ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมการลืมยาก่อนนอน เนื่องจากได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสร้างกิจวัตรช่วยเตือนให้รับประทานยาก่อนนอน
5. คุณเคยลืมพกยาติดตัวเมื่อต้องเดินทางหรือไม่?	37 ครั้ง (62%)	17 ครั้ง (28%)	<0.001	การพกพายาเมื่อต้องเดินทางดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยนำเทคนิคการใช้กล่องยาแบบพกพามาใช้ตามคำแนะนำ
6. คุณเคยลดขนาดยาหรือเปลี่ยนเวลาใช้ยาเองหรือไม่?	27 ครั้ง (45%)	9 ครั้ง (15%	< 0.05	ผู้ป่วยมีการลดพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาเองโดยได้แนะนำให้ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์หากมีข้อสงสัย
7. คุณคิดว่าคุณมีปัญหาในการใช้ยาหรือไม่?	35 ครั้ง (58%)	13 ครั้ง (22%)	< 0.01	ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากได้รับคำแนะนำการจัดการยาให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน
8. โดยรวมแล้ว คุณรู้สึกว่าคุณใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์บ่อยเพียงใด?	24 ครั้ง (40%)	45 ครั้ง (75%)	<0.001	การทำตามคำแนะนำของแพทย์ดีขึ้นมาก เนื่องจากความเข้าใจถึงความสำคัญของการใช้ยาที่เคร่งครัด

หมายเหตุ *: คำตอบของ Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) ถูกจำแนกเป็น "ใช่" และ "ไม่ใช่" ซึ่ง "ไม่ใช่" หมายถึงการมีความร่วมมือที่ดีในการใช้ยา และ "ใช่" หมายถึงการ ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา*

ตารางที่ 2 คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาทางไปรษณีย์ก่อนและหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (n=60)

คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา (MMAS-8)	ก่อน	หลัง	p-value	คำอธิบาย
คะแนนรวม ($\bar{x}$+ S.D.) (Total MMAS-8)	6.2±1.8	7.5±1.2	< 0.001	คะแนนรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวมของผู้ป่วย

<u>ส่วนที่ 3</u> ปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาทางไปรษณีย์ ตามแนวทาง PCNE 9.1 จำนวนปัญหาจากการใช้ยาลดลงจากจาก 138 ครั้ง (2.3±1.1) เป็น 48 ครั้ง (0.8±0.6) (p < 0.001) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยในการใช้ยา ซึ่งสามารถปรับปรุงได้ด้วยการให้ความรู้และการติดตามอย่างเหมาะสม โดยการแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบริบาลทางเภสัชกรรมทางไกลในการจัดการปัญหาการใช้ยา ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่เภสัชกรสามารถตรวจสอบและแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงทีผ่านการสื่อสารทางไกล (ตารางที่ 3 – 5)

ตารางที่ 3 ปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาทางไปรษณีย์ตามแนวทางPCNE9.1

รหัส	ปัญหาเกี่ยวกับยา	รายละเอียด	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	
			ก่อน	หลัง
	ชนิดของปัญหา (P)			
P1	ประสิทธิภาพการรักษา	ได้ผลการรักษาจากยาไม่ดี	52 (37.68)	18 (37.50)
P2	ความปลอดภัยของการรักษา	ผลข้างเคียงจากยา	86 (62.32)	30 (62.50)
	สาเหตุของปัญหา (C)			
C5	C5 การจ่ายยา	ได้รับยาไม่เหมาะสม	15 (10.87)	6 (10.42)
C7	C7 สาเหตุจากผู้ป่วย	ใช้ยาหรือบริหารยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง	45 (32.61)	16 (33.33)
		ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้ถูก	25 (18.12)	9 (18.75)
		ผู้ป่วยลืมใช้ยา	38 (27.54)	13 (27.08)
		ผู้ป่วยเก็บรักษายาไม่เหมาะสม	15 (10.87)	5 (10.42)
	รวม		138 (100)	48 (100)

ตารางที่ 4 จำนวนปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาทางไปรษณีย์ตามแนวทาง PCNE 9.1 ก่อนและหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล(n=60)

จำนวนปัญหาจากการใช้ยา	ก่อน($\bar{x}$ ± S.D.)	หลัง($\bar{x}$ ± S.D.)	p-value
จำนวนปัญหาจากการใช้ยาตามแนวทาง PCNE9.1	2.3 ± 1.1	0.8 ± 0.6	< 0.001

ตารางที่ 5 การแก้ไขปัญหาและผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาทางไปรษณีย์ตามแนวทาง PCNE 9.1

รหัส	การแทรกแซง (I)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)
I1	ให้ข้อมูลยา/คำแนะนำ	95 (68.84)
I2	ปรับเปลี่ยนขนาดยา	25 (18.12)
I3	เปลี่ยนยา	10 (7.25)
I4	หยุดยา	8 (5.80)

ตารางที่ 5 การแก้ไขปัญหาและผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาทางไปรษณีย์ตามแนวทาง PCNE 9.1

รหัส	การแทรกแซง (I)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)
	ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา (O)	
O1	ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด	92 (66.67)
O2	ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน	30 (21.74)
O3	ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข	16 (11.59)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความรู้เรื่องเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการให้ความรู้ (n=60) การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้เรื่องโรค ยา และพฤติกรรมเสี่ยง จาก 7.05±1.82 เป็น 8.9±1.12 ($p < 0.001$) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้บริการในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยา และพฤติกรรมเสี่ยงแก่ผู้ป่วย

4.1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังให้ความรู้รายข้อ (วิเคราะห์โดยใช้ McNemar test) พบว่า ทุกข้อมีการพัฒนาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อที่มีการพัฒนามากที่สุดคือข้อ 2 และ 5 (เพิ่มขึ้น 25%) ข้อที่มีการพัฒนาน้อยที่สุดคือข้อ 9 (เพิ่มขึ้น 10%) (ตารางที่ 6)

4.2 ผลการประเมินความรู้ก่อน-หลังให้ความรู้โดยรวม (วิเคราะห์โดยใช้ Paired t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.05 เป็น 8.90 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลง แสดงถึงความรู้ที่ใกล้เคียงกันมากขึ้น คะแนนต่ำสุดเพิ่มขึ้นจาก 3 เป็น 6 คะแนน (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังให้ความรู้รายข้อ: (วิเคราะห์โดยใช้ McNemar test) (n=60)

ข้อ	ประเด็นความรู้	คำตอบที่ถูก	จำนวนผู้ตอบถูก (ร้อยละ)		การเปลี่ยนแปลง	p-value
			ก่อน	หลัง		
1	โรคความดันโลหิตสูงสามารถรักษาให้หายขาดได้	ไม่ใช่	39 (65.0)	51 (85.0)	+20.0	<0.001*
2	ค่าความดันโลหิตปกติต่ำกว่า 140/90 mmHg	ใช่	42 (70.0)	57 (95.0)	+25.0	<0.001*
3	การรับประทานอาหารรสเค็มไม่ส่งผลต่อความดันโลหิต	ไม่ใช่	45 (75.0)	54 (90.0)	+15.0	<0.001*
4	การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยควบคุมความดันโลหิตได้	ใช่	48 (80.0)	57 (95.0)	+15.0	<0.001*
5	ยาลดความดันโลหิตต้องรับประทานทุกวันแม้ความดันปกติ	ใช่	36 (60.0)	51 (85.0)	+25.0	<0.001*
6	ความเครียดไม่มีผลต่อระดับความดันโลหิต	ไม่ใช่	42 (70.0)	54 (90.0)	+20.0	<0.001*
7	การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	ใช่	45 (75.0)	57 (95.0)	+20.0	<0.001*
8	ยาลดความดันโลหิตทุกชนิดทำให้ง่วงนอน	ไม่ใช่	39 (65.0)	48 (80.0)	+15.0	<0.001*
9	โรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	ใช่	48 (80.0)	54 (90.0)	+10.0	<0.001*
10	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรวัดความดันด้วยตนเองที่บ้าน	ใช่	42 (70.0)	51 (85.0)	+15.0	<0.001*

หมายเหตุ: ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (วิเคราะห์โดยใช้ McNemar test)*

ตารางที่ 7 ผลการประเมินความรู้โดยรวมก่อน-หลังให้ความรู้: (วิเคราะห์โดยใช้ Paired t-test)(n=60)

การประเมิน	ค่าเฉลี่ย (±SD)	ค่าต่ำสุด-สูงสุด	p-value
ก่อนให้ความรู้	7.05 (±1.82)	3-10	<0.001*
หลังให้ความรู้	8.90 (±1.12)	6-10	
ผลต่าง	+1.85 (±0.70)	0-4	

หมายเหตุ: ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (วิเคราะห์โดยใช้ Paired t-test)*

ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์ทางคลินิกการควบคุมความดันโลหิตก่อนและหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (n=60) การลดลงของระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญ (SBP: จาก138.2±8.5 เป็น 132.5±7.2 mmHg, $p < 0.05$; DBP: จาก 84.7±6.3 เป็น 81.3±5.1 mmHg, $p < 0.05$) พบว่าการให้บริการทางเภสัชกรรมทางไกลช่วยปรับปรุงการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์นี้อาจเป็นผลรวมจากการใช้ยาอย่างถูกต้อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการติดตามอย่างสม่ำเสมอ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ผลลัพธ์ทางคลินิกการควบคุมความดันโลหิตก่อนและหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (n=60)

ระดับความดันโลหิต	ก่อน ($\bar{x}$ ± S.D)	หลัง ($\bar{x}$ ± S.D.)	p-value
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP: mm Hg)	138.2 ± 8.5	132.5 ± 7.2	< 0.05
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP: mm Hg)	84.7 ± 6.3	81.3 ± 5.1	< 0.05

ส่วนที่ 6. ความพึงพอใจของผู้รับบริการความพึงพอใจต่อระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล ความพึงพอใจในระดับสูงของผู้ป่วยต่อระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล แสดงให้เห็นถึงการยอมรับและความสะดวกในการใช้งานระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลผ่านการใช้ Line Official Account (Line OA) / โทรศัพท์ มีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาทางไปรษณีย์ โดยส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านความร่วมมือในการใช้ยา การลดปัญหาจากการใช้ยา การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว รวมถึงการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศหลายฉบับ ดังต่อไปนี้

1. ความร่วมมือในการใช้ยา การเพิ่มขึ้นของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ (จาก 6.2 ± 1.8 เป็น 7.5 ± 1.2, $p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ ปิติพร และคณะ (2560) ที่พบว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การที่ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น อาจเป็นผลมาจากการได้รับคำแนะนำและการติดตามอย่างใกล้ชิดจากเภสัชกรผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความสำคัญของการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง[6]

2. ปัญหาจากการใช้ยา การลดลงของจำนวนปัญหาจากการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ (จาก 2.3 ± 1.1 เป็น 0.8 ± 0.6, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบริบาลทางเภสัชกรรมทางไกลในการจัดการปัญหาการใช้ยา ซึ่งอาจเป็นผลจากการ

ที่เภสัชกรสามารถตรวจสอบและแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงทีผ่านการสื่อสารทางไกล

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้เรื่องโรค ยา และพฤติกรรมเสี่ยง (จาก 7.05 ± 1.82 เป็น 8.9 ± 1.12, $p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาพร เลาหเจริญสมบัติ และคณะ (2562) ที่พบว่าการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การเพิ่มขึ้นของความรู้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการให้ความรู้ผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกและทบทวนได้ตลอดเวลา[7]

4. การควบคุมความดันโลหิต การลดลงของระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญ (SBP: จาก 138.2 ± 8.5 เป็น 132.5 ± 7.2 mmHg, $p < 0.05$; DBP: จาก 84.7 ± 6.3 เป็น 81.3 ± 5.1 mmHg, $p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Margolis et al. (2013) ที่พบว่าการให้บริการทางเภสัชกรรมทางไกลช่วยปรับปรุงการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์นี้อาจเป็นผลรวมจากการใช้ยาอย่างถูกต้อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการติดตามอย่างสม่ำเสมอ[8]

5. ความพึงพอใจต่อระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล ความพึงพอใจในระดับสูงของผู้ป่วยต่อระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล (4.2 ± 0.5 จากคะแนนเต็ม 5) แสดงให้เห็นถึงการยอมรับและความสะดวกในการใช้งานระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาในระยะยาว

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลผ่านการใช้ Line Official Account (Line OA) / โทรศัพท์ มีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาทางไปรษณีย์ โดยส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านความร่วมมือในการใช้ยา การลดปัญหาจากการใช้ยา การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว รวมถึงการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีความพึงพอใจต่อระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการขยายผลการใช้ระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลไปยังผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในวงกว้าง

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่ได้ และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการควบคุมโรคในระยะยาว

3. ควรมีการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างการบริการทางไกลกับระบบบริการปกติของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ

4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและความคุ้มค่าระหว่างการบริการเภสัชกรรมทางไกลกับการบริการแบบปกติ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนระบบบริการในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และกลุ่มงานเภสัชกรรมที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัย ผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษาในการออกแบบและวิเคราะห์ข้อมูล และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการด้วยความตั้งใจ นอกจากนี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่ให้คำแนะนำและรับรองการวิจัย ตลอดจนกำลังใจจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงานทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2566). รายงานตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2565. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.

3. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุข(พ.ศ.2566 - 2570). กระทรวงสาธารณสุข.
4. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
5. Phan, T. T., Nguyen, H. M., & Le, Q. M. (2020). The Impact of Telemedicine on Medication Adherence in Hypertensive Patients. Journal of Medical Internet Research, 22(6), e16434.
6. สุภาภรณ์ ปิติพร, ปวีณา สนธิสมบัติ, และ วิรัติ ปานศิลา. (2560). ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารเภสัชกรรมไทย, 9(1), 152-166.
7. วิภาพร เลาหเจริญสมบัติ, สุณี เลิศสินอุดม, และ จุฑามณี สุทธิสีสังข์. (2562). ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรต่อความรู้เกี่ยวกับโรคและยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 29(1), 1-12.
8. Margolis, K. L., Asche, S. E., Bergdall, A. R., Dehmer, S. P., Groen, S. E., Kadrmas, H. M., & Trower, N. K. (2013). Effect of home blood pressure telemonitoring and pharmacist management on blood pressure control: cluster randomized clinical trial. JAMA, 310 (1), 46-56.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทย ในเขตสุขภาพที่ 2

Factors associated with prescribing behavior of herbal medicine containing cannabis containing of Thai traditional medicine in Health Area 2

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 4,2025)

อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ[1]หทัยชนก อินพรหม[2] พุฒิพงศ์ มากมาย[3]
Amornsak Poum[1]*, Hathaichanok Inprom[2], Puttipong Makmai[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 ประชากรคือ แพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงาน ในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัดตาก สุโขทัย พิษณุโลก อุตรดิตถ์ และเพชรบูรณ์ จำนวน 230 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 144 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.751 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ทัศนคติที่มีต่อยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05)

คำสำคัญ: ยาสมุนไพร, กัญชา, แพทย์แผนไทย, การสั่งใช้ยา

Abstract

This survey research aimed to study factors associated with prescribing behavior of herbal medicine containing cannabis containing of Thai traditional medicine in Health Area 2. Population in this study consisted of 230 Thai traditional medicine practitioners in the 2nd health zone in all 5 provinces, including; Tak, Sukhothai, Phitsanulok, Uttaradit and Phetchabun, respectively. The sample size calculating used Daniel formula for 144 cases, and systematic random sampling was determining for collecting data. Data collected by questionnaire composed of, characteristics, knowledge, attitude and prescribing of medicinal cannabis-containing herbal medicines of Thai traditional medicine. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by cronbach's coefficient alpha about 0.751. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient.

An association analyzed found that factor was positively association with prescribing behavior of herbal medicine containing cannabis containing of Thai traditional medicine in Health Area with statistic significant level 0.05 including; attitudes toward cannabis-containing herbal medicines (P-value<0.05)

Keywords: Medicinal herbs, Cannabis, Thai traditional medicine, Prescription

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก
[3] อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก

บทนำ

ประเทศไทยมีการใช้กัญชามาเป็นเวลายาวนาน นับย้อนหลังไปในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชแห่ง กรุงศรีอยุธยามีการใช้พืชสมุนไพรกัญชาในการรักษาโรคบรรเทาอาการเจ็บป่วย และให้ความเพลิดเพลินหรือสันทนาการ อีกทั้งยังมีการบันทึกในตำราโอสถพระนารายณ์ และตำรายาแผนโบราณหลายฉบับ[1] ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยและข้อมูลทางวิชาการที่สนับสนุนว่ากัญชาสามารถใช้ในการรักษาได้จึงมีการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์อย่างถูกกฎหมายในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทยกัญชายังเป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 ตามพรบ.ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 ห้ามผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง เว้นแต่ได้รับอนุญาตในกรณีประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การศึกษาวิจัย รวมถึงเกษตรกรรม พาณิชยกรรม วิทยาศาสตร์หรืออุตสาหกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ผู้ขออนุญาตใช้ประโยชน์จากกัญชาเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ได้แก่ เวชกรรม ทันตกรรม เภสัชกรรม สัตวแพทย์ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมาย[2]

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีนโยบายการขับเคลื่อนการจัดการกัญชากัญชง และกระท่อมทางการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างนวัตกรรมดูแลสุขภาพและสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับประเทศ โดยให้ประชาชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานและปลอดภัย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะกลางและผู้ป่วยประคับประคองและถ่ายทอดมาเป็นนโยบายระดับเขตสุขภาพที่ 2 และได้ดำเนินการเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการขับเคลื่อนกัญชาทางการแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยมีเกณฑ์เป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2565 ดังนี้ 1) ร้อยละหน่วยบริการสาธารณสุขที่จัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 70 2) ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5 และ 3) ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 อีกทั้งมีการเพิ่มตำรับยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวน 16 ตำรับ ได้แก่ 1) ยาศุขไสยาศน์ 2) ยาทำลายพระเมรุ 3) ยาแก้ลมแก้เส้น 4) ยาอัคคินีวคณะ 5) ยาแก้ลมเนาวนารีวาโย 6) ยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง 7) ยาไฟอาวุธ 8) ยาแก้นอนไม่หลับ/ยาแก้ไข้ผอมเหลือง 9) ยาแก้สัณฑฆาตกร่อนแห้ง 10) ยาอัมฤตย์โอสถ 11) ยาอไภยสาลี 12) ยาแก้โรคจิต 13) ยาไพสาลี 14) ยาทาริดสีดวง 15) ยาทัพยาธิคุณ 16) น้ำมันกัญชาอาจารย์หมอเดชา[3]

ปัจจุบันเขตสุขภาพที่ 2 ได้มีการดำเนินการเปิดให้บริการคลินิกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 9 แห่ง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 9 แห่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 11 แห่ง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 9 แห่ง และจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 9 แห่ง โดยได้มีผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2565 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย อยู่ที่ร้อยละ 0.49 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ร้อยละ 5 ของผู้ป่วย จากข้อมูลดังกล่าว พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้รับยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมน้อยกว่าจำนวนผู้มารับบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งอาจจะเกิดจากการขาดความเชื่อมั่นใจการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมและการจัดหายาสมุนไพรที่กัญชาปรุงผสมที่มีขึ้นตอนที่ยุ่งยากต้นทุนสูงและปริมาณยาไม่เพียงพอ โดยส่งผลโดยตรงต่อการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์และการตอบสนองต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ โดยหากผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ที่มากขึ้นจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถอีกทั้งเป็นการอีกทางเลือกในการรักษา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยใดที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยของประชาชน[4]

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ความรู้เรื่องยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม 3) ทัศนคติที่มีต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ แพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 2 ทั้ง 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดตาก จังหวัดสุโขทัย จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดอุตรดิตถ์ และจังหวัดเพชรบูรณ์ ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 230 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาคือ แพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 2 ทั้ง 5 จังหวัด มีใบประกอบวิชาชีพ เวชกรรมไทยหรือใบประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย (โดยได้มีการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน) เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel[5] กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 144 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากรายชื่อแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำรายชื่อของประชาชนมาเรียงลำดับตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณระยะห่างของการสุ่ม เพื่อสุ่มเลือกรายชื่อให้ครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ วุฒิการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการทำงาน การผ่านการอบรมการใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไป ข้อบ่งใช้สารสำคัญ ข้อควรระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในการใช้ตำรับยาสมุนไพรที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ การแปลผลตามแนวคิดของ Bloom[6] แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง (คะแนน≥80%) ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนน 61%-79%) ความรู้ระดับต่ำ (คะแนน ≤60%)

ส่วนที่ 3 ทัศนคติที่มีต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ประกอบด้วย ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านความรู้สึก และด้านพฤติกรรม ลักษณะข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรส่วน (Ratting scale) 5 ระดับ ตามความคิดเห็น คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ลักษณะข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรส่วน (Ratting scale) 5 ระดับ ใช้มาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert) มีข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ ตามการปฏิบัติ คือ เป็นประจำนานๆครั้ง เป็นบางครั้ง น้อยครั้ง ไม่เคยเลย

แบบสอบถามส่วนที่ 3, 4, 5 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W[7] แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนทั่วไปในพื้นที่ตำบลแม่หละ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตากซึ่งมีลักษณะใกล้เคียง

กัน แล้วคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค[8] เท่ากับ 0.751

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Pearson's Product Moment correlation coefficient และค่า P-value ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก เอกสารรับรองเลขที่ NTC888-0104 ลงวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

แพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (84%) รองลงมาเป็นเพศชาย (16%) อายุระหว่าง 27-36 ปี (62.5%) รองลงมาอายุน้อยกว่า 26 ปี (18.1%) โดยมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 32.39 ปี (S.D.=7.59) สถานภาพส่วนใหญ่โสด (57.6%) รองลงมาคือ คู่/สมรส/อยู่ด้วยกัน (42.4%) รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001 –24,999 บาท (55.6%) และรายได้มากกว่า 25,000 บาท โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย เท่ากับ 20,506.11 บาท (S.D.=7,021.46) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรแพทย์แผนไทยบัณฑิต (89.6%) รองลงมา คือ ปริญญาตรี หลักสูตรแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต (6.9%) ระยะเวลาในการทำงานอยู่ระหว่าง 4–12 ปี (67.4%) และระยะเวลาน้อยกว่า 3 ปี (18.1%) โดยมีระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ยเท่ากับ 8.51 (S.D.=6.051) การผ่านการอบรมการใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม (81.3%) มีเพียง 27 คนที่ไม่เคยผ่านการอบรม (18.8%) ตามลำดับ

ความรู้เรื่องยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 ภาพรวมมีกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง (68.8%) ($\overline{X}$=2.65, S.D.=0.55) ทัศนคติที่มีต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมภาพรวมมีระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูง (81.9%) ($\overline{X}$=2.82, S.D.=0.386) และพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 ภาพรวมมีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (36.80%) ($\overline{X}$=1.91, S.D.=0.80) ตามลำดับ

พฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 ภาพรวมมีพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมต่ำ รองลงมามีพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรปานกลาง ($\overline{X}$=1.91, S.D.=0.801) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ท่านจ่ายยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ ($\overline{X}$=3.23, S.D.=1.305) รองลงมา คือ ท่านจ่ายยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะประคับประคองที่มีอาการนอนไม่หลับ และ ท่านจ่ายยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะประคับประคองที่มีอาการเบื่ออาหาร ($\overline{X}$=3.03, S.D.=1.421) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้เรื่องยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมกับพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม พบว่า ทัศนคติที่มีต่อยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.019, P-value<0.05) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่าความน่าจะเป็น ของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติกับพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2		
	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม	0.778	0.024	ไม่มีความสัมพันธ์
2. ทัศนคติที่มีต่อยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม	0.019	0.196	มีความสัมพันธ์

สรุปและอภิปรายผล

การใช้กัญชาในทางการแพทย์ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ โดยมีข้อมูลสนับสนุนประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรักษาโดยใช้ยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบรวมถึงการใช้น้ำมันกัญชา ทั้งความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการรักษาทางด้านร่างกาย เช่น ในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับ ความเจ็บปวด คลื่นไส้อาเจียน ความผิดปกติในการกิน เป็นต้นการรักษาทางด้านจิตใจ เช่น ผ่อนคลายความเครียดและวิตกกังวล[9] จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย พบว่า ภาพรวม พฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 อยู่ในระดับต่ำ (1.91%) โดยพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม สูงสุด คือ จ่ายยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ ($\bar{X}$=3.23, S.D.=1.305) รองลงมา คือ จ่ายยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่มีอาการนอนไม่หลับ และท่านจ่ายยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะประคับประคองที่มีอาการเบื่ออาหาร ($\bar{X}$=3.03, S.D.=1.421) และต่ำที่สุด คือ จ่ายยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ในผู้ป่วยเบาหวาน

ความรู้เรื่องการใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญ (P-value>0.05) สามารถอธิบายได้ว่า แพทย์แผนไทยส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมอาจไม่มีผลต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม แต่อาจเกิดจากทัศนคติที่ดีต่อสมุนไพรกัญชา เนื่องจากสมุนไพรกัญชาพึ่งได้ถูกยกเลิกออกจากยาเสพติด ซึ่งไม่สอดคล้องแนวคิดของ Green & Kreuter[10] กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen & Fishbein[11] กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมอันใดอันหนึ่งนั้น บุคคลนั้นจะต้องประเมินว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางบวกต่อตัวเขาเอง สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพรเป็นประจำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value≤0.05)[12]

ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 (r= 0.019, P-value<0.05) สามารถอธิบายได้ว่า แพทย์แผนไทยไม่เชื่อมั่นในประสิทธิผลของของยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม อีกทั้งยังขาดการวิจัยรองรับในเรื่องของสรรพคุณและโทษจากการใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ส่งผลให้แพทย์แผนไทยไม่จ่ายยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ซึ่งสอดคล้องกับ Thurstone[12] กล่าวว่า ทัศนคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกหรือลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เช่นเดียวกับ Ajzen & Fishbein[11] กล่าวว่า ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมหมายถึงการประเมินทางบวกและทางลบของบุคคลต่อการกระทำนั้นหรือเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลที่เป็นทางบวกทางลบหรือสนับสนุนและต่อด้านการกระทำนั้นๆ ทัศนคติเป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวระหว่างความรู้สึกและความเชื่อ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมักเป็นการตอบโต้ต่อเป้าหมายของทัศนคติ ซึ่งทัศนคติย่อมมีความแตกต่างไปตามความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติจะต้องใช้วิธีการที่หลากหลายและใช้ระยะเวลาพอสมควร หากเราสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นทัศนคติที่เป็นด้านดีได้ย่อมนำไปสู่พฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดีได้เช่นกัน สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สุชีรา วีระดนัยวงศ์[13] พบว่า ทัศนคติในการใช้กัญชามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยด้านคุณประโยชน์และโทษของ

กัญชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.326, P-value<0.01)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม พบว่า พฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 2 อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรเพิ่มความเชื่อมั่นในยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม โดยควรมีหลักฐานการวิจัยที่น่าเชื่อถือเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในด้านยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมให้กับแพทย์แผนไทย และการรับรู้ด้านนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม

เอกสารอ้างอิง

1. วีรยา ถาออุปชิต, ศราพร เกษสมบูรณ์. (2562). “นโยบายกัญชา: การวิเคราะห์เปรียบเทียบไทย สหรัฐอเมริกา แคนาดา เยอรมัน และอิสราเอล,” ใน วารสารเภสัชกรรมไทย; 13(10): 6-8.
2. ราชกิจจานุเบกษา. (2562). พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่7. เล่ม 136 ตอนที่ 19ก.
3. อนันต์ชัย อัศวเมฆิน. (2566). นโยบายและทิศทางการใช้กัญชาทางการแพทย์. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2566, จาก https://www.hfocus.org/content/2019/09/17729.,2562
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2562). Health Data Center. [อินเตอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 16 พฤษภาคม 2566. จากเวปไซด์ https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php., 2562.
5. Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences.(9th ed). New York: John Wiley & Sons.
6. Bloom, B.S. (1975). Taxonomt of Education. David McKay Company Inc., New York.
7. Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rd ed). Englewod cliffs: N.J. Prentice Hall.
8. Cronbach Lee J. (1977). Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Harper.
9. มทร.อีสาน วข.สกลนคร. (2565). การให้บริการตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร. วารสารวิชาการ กัญชา กัญชง และสมุนไพร; ปีที่ 1 (ฉบับที่ 1).
10. Green, L.W., Kreuter, M.W. ((1991). Health Promotion Planning: An Educational and Environment Approach. California: Mayfield Publishing. 1991.
11. Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1980.
12. Thurstone, L.L. (1970). Reading in Attitude Theory and Measurement. New York: John Wiley and Sons, Inc.
13. สุชีรา วีระดนัยวงศ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์. วารสารกรมการแพทย์. 46(4): 1.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

ประสิทธิผลของการพอกเข่าด้วยสมุนไพรในผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโจน อำเภอเมือง จังหวัดตาก

The Effectiveness of Herbal Knee Poultice In Elderly Clients Receiving Services at Ban Nam Jon Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Tak Province.

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 4,2025)

จตุพร แพงจักร[1] พิจิตรา ยืนยั่ง[1] เศรษฐกุล บุญยศักดิ์เสรี[1]
Jatuporn Pangjak[1] Pichittra Yuenyang[1] Settakul Boonyasakseree[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพอกเข่าด้วยสมุนไพรในผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโจน อำเภอเมือง จังหวัดตาก เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว วัดซ้ำ 4 ครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโจน อำเภอเมือง จังหวัดตาก ที่มีอาการปวดข้อเข่า จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินระดับความปวดข้อเข่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการพอกยาสมุนไพรบริเวณเข่าเป็นเวลา 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความปวดข้อเข่าก่อนการพอกยาสมุนไพร มีคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ยก่อนพอก=6.43 ค่าเฉลี่ยหลังพอก=5.40) และครั้งที่ 4 หลังพอก มีคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ยก่อนพอก= 3.37 ค่าเฉลี่ยหลังพอก = 2.07) และ p-value <.001 มีระดับเฉลี่ย 6.43 ระดับความเจ็บปวดเข่าหลังสิ้นสุดการรักษา 4 ครั้ง ลดลงที่ระดับเฉลี่ย 1.03 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
คำสำคัญ : ประสิทธิผล/ อาการปวดเข่า / ยาพอกสมุนไพร

ABSTRACT

The purpose of this study is to explore the curative effect of knee replacement with traditional Chinese medicine on elderly hospitalized patients at Ban Nam Jon Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Tak Province. It is a quasi - experimental research with a single group. Repeat the measurement four times. The sample group consisted of elderly people living in the area of Ban Nam Chon Subdistrict Health Promotion Hospital, Mueang District, Tak Province. There are 30 people with knee pain. Research tools is Evaluation model of knee joint pain degree. The subjects was given herbal medicine in the knee area for 4 times, each time 1 week apart. Data analysis with statistics and repeated measurement variability analysis.

The results found that Knee pain level before applying herbal poultice. The average score and the degree of pain after the experiment were significantly lower than those before the experiment (Average before application = 6.43, average after application = 5.40). And after the fourth time, the average pain score after the experiment was lower than before the experiment (Average before application = 3.37, average after application = 2.07). And p-value <.001 the average knee pain level after 4 treatments was 6.43, with an average reduction of 1.03. There is a significant difference in level. 05.
Keywords : Effectiveness / Knee joint pain / Herbal poultice

[1] อาจารย์ประจำสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

บทนำ

ปัจจุบันในต่างประเทศรวมถึงประเทศไทย ได้เกิดสถานการณ์ที่มีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยคาดว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เกิน 1 พันล้านคนทั่วโลก เป็นผลมาจากการพัฒนาทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ซึ่งเกิดจากอัตราการเกิดและอัตราการตายของประชากรลดลง ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น รวมถึงเนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายด้านต่างๆในการพัฒนาศักยภาพของประชากร ตลอดจนความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศ ในด้านการแพทย์ ส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพแข็งแรง มีอายุยืนยาวขึ้นและมีการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพมากขึ้นด้วย[1]

ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 64.5 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้น จำนวน 9.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.5 ของประชากร โดยเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 5 แสนคน ซึ่งในปี 2568 ไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) มีประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด กล่าวคือจะมีผู้สูงอายุ 1 คน ในประชากรทุกๆ 5 คน ผลการศึกษาปัญหาการเจ็บป่วยจากการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุไทยปรากฏว่ามีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 85 หรือประมาณ 6 ล้านคน ที่สามารถดูแลตนเองได้และมีผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ติดบ้าน ต้องพึ่งพิงคนอื่นช่วยดูแลกว่า 1 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 15 โดยมีจำนวนประมาณ 960,000 คน ที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อีกประมาณ 63,000 คน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย โดยพบว่ามีโรคเรื้อรัง 5 อันดับที่พบมากในผู้สูงอายุคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วนลงพุง และโรคข้อเสื่อม นอกจากนี้พบว่า มีผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 70 ที่สายตาไม่ดี มองเห็นไม่ชัดเจน และเกือบครึ่งหนึ่ง มีปัญหาในการบดเคี้ยวอาหารเนื่องจากเหลือฟันแท้ในปากเหลือไม่ถึง 20 ซี่[1]

การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในบุคคลและแสดงออกหรือการกระทำของประชาชนในการทำให้ตนเองมีความสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเอง ต้องริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยความรู้ความชำนาญ และความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำและมีความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ การดูแลตนเองจึงถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญต่อชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นหนทางที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงมีสภาพจิตใจดีอารมณ์ดีและมีสุขภาพดี[2]

โรคเรื้อรังที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม (Knee Osteoarthrtis) เป็นโรคที่สำคัญเกี่ยวเนื่องกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้พบอุบัติการณ์โรคเรื้อรังของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นด้วย และปัญหาดังกล่าวนี้เป็นประเด็นสำคัญระดับโลก รวมถึงประเทศไทยพบว่าเป็น 1 ใน 10 โรค ที่เป็นสาเหตุอันก่อให้เกิดความทุพพลภาพในผู้สูงอายุ เนื่องจากนำไปสู่ความพิการและการเป็นภาระพึ่งพิง กระทบถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเป็นภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการตรวจคัดกรองเพื่อการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นและประเมินความเสี่ยง ในประเทศไทยพบผู้ป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อมากกว่า 6 ล้านคนโดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อมเนื่องจากข้อเข่าเป็น ข้อที่มีขนาดใหญ่และต้องรับน้ำหนักของ ร่างกายโดยตรงและยังทำหน้าที่เคลื่อนไหวตลอดเวลาทำให้ข้อเสื่อมได้ง่าย[3] อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดพยาธิสภาพของข้อเข่า อย่างไม่สามารถ จะหลีกเลี่ยงได้แล้ว การบำบัดแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological treatment) และหรือการแพทย์แบบผสมผสานและแพทย์ทางเลือกเป็นข้อเสนอที่ดีในการบำบัดที่ได้ผลดีที่สุด และเป็นที่ยอมรับในระดับสากล โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะเริ่มต้นซึ่งเป็นชนิดที่มีผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงอยู่ใน

ชุมชนเป็นจำนวนมาก และสามารถเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้อย่างสะดวก

จากข้อมูลการสำรวจประชากรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตาก มีจำนวนผู้สูงอายุ 16,709 คน(กรมกิจการผ็สูงอายุ,2567) ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโจน มีผู้สูงอายุมีสิทธิรักษาอยู่จำนวน 810 คน จากข้อมูลปัจจุบัน ณ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568 ซึ่งจากจำนวนดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปีและมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอีก จากการสังเคราะห์ข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มผู้สูงอายุในการพอกเข่าด้วยสมุนไพร ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโจน อำเภอเมือง จังหวัดตาก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของยาพอกสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดเข่า
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการการพอกเข่าด้วยสมุนไพร

สมมุติฐานในการวิจัย

1. ยาพอกสมุนไพรสามารถบรรเทาอาการปวดเข่าได้
2. ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการเข้ารับบริการการพอกเข่าด้วยสมุนไพร มากกว่า 70 เปอร์เซ็นต์ ขึ้นไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของยาพอกสมุนไพร และศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มาเข้ารับบริการการพอกเข่าด้วยสมุนไพร ณ โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านน้ำโจน อำเภอเมือง จังหวัดตาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโจน อำเภอเมือง จังหวัดตาก ที่มีปัญหาด้านข้อเข่า จำนวน 30 คน เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการพอดยาสมุนไพรบริเวณข้อเข่า

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านน้ำโจน อำเภอเมือง จังหวัดตาก
2. มีอาการปวดบริเวณข้อเข่า โดยมีความปวดที่อยู่ในระดับ 3 - 6
3. ยินดีและสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถปฏิบัติตามข้อตกลงโครงการวิจัย
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีประวัติแพ้สมุนไพรหรือน้ำมันหญ้าเอ็นยึด
2. มีการรักษาด้วยการรับประทานยาแก้ปวด
3. มีอาการปวดที่มาจากอุบัติเหตุ หรือความผิดปกติที่บริเวณข้อเข่าตั้งแต่กำเนิด
4. ไม่สะดวกใจให้ข้อมูลต่อหลังจากที่ตอบแบบสอบถามไปแล้วบางส่วนหรือขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการทดลอง คือ การบันทึกข้อมูลทั้งก่อนและหลังทำการทดลอง โดยจะเก็บข้อมูลของอาสาสมัครแต่ละคนไว้ในคอมพิวเตอร์ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวัดระดับความเจ็บปวดของข้อเข่าทั้งก่อนและหลังการทดลอง
2. วัดระดับความเจ็บปวด Visual Analogue Scale หรือ VAS เป็นสเกลแบบเส้นตรงที่ใช้วัดระดับความเจ็บปวด มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 10 ค่าคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวด และค่าคะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ และ จะใช้ประเมินก่อนและหลังจากที่อาสาสมัครได้ใช้สมุนไพรพอกเข่า
3. แบบประเมินความพึงพอใจของการยาพอกสมุนไพร โดยให้อาสาสมัครกรอกคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้ยาหม่องหญ้าเอ็นยึดโดยมีค่าคะแนน

0 - 5 ซึ่งค่าคะแนน 0 หมายถึง ไม่พอใจ และค่าคะแนน 5 หมายถึง พอใจมากที่สุด

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านน้ำโจน อำเภอเมือง จังหวัดตาก จำนวน 30 คน เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว เก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยอาสาสมัครทุกคนจะได้รับการประเมิน 4 ครั้ง และเปรียบเทียบครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 โดยการพอกเข่าด้วยยาสมุนไพร ประเมินผลหลังการทดลอง 30 นาที อาสาสมัครจะได้ทราบวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา อันตรายหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการศึกษา ได้แก่ อาการแพ้สมุนไพร คือ มีอาการผื่นคัน หรือแพ้หายใจไม่ออก นอกจากนี้ในระยะเวลาที่ทำการทดลองอาสาสมัครไม่สามารถรักษาด้วยการกินยาแก้ปวด ประคบ ฝังเข็ม กายภาพบำบัด และฉีดยาแก้ปวดก่อนเข้าร่วมวิจัย ยกเว้นการพอกเข่าด้วยยาสมุนไพร

เมื่ออาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการคัดกรองอาสาสมัครตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนดไว้ โดยจะดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประเมินระดับความเจ็บปวดของข้อเข่าทั้งก่อนและหลังการทดลองด้วย VAS และนัดหมายอาสาสมัครเพื่อติดตามผลการรักษามาตรวจซ้ำสัปดาห์ละ 1 วันหลังจากได้รับการรักษาเพื่อทำการประเมิน โดยการวัดระดับความปวดของข้อเข่าก่อนและหลังการรักษาการวัดระดับความปวดด้วย VAS ทั้งนี้ผู้วิจัยติดตามอาสาสมัครอย่างใกล้ชิดโดยการโทรศัพท์ถามอาการหลังจากที่ได้รับการรักษา และให้อาสาสมัครแจ้งทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจการต่อการใช้

2. สถิติ Repeated Measures ANOVA เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการพอกเข่าด้วยสมุนไพรต่อการบรรเทาอาการปวดเข่า

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงาน 3 เดือน หลังจากได้รับเลขที่อนุญาตจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่อนุญาต NTC888 – 0107 วันที่รับรอง 24 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 73.33 และเพศชายคิดเป็นร้อยละ 26.66 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาเป็นข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 26.66 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมาโสดและอย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 10.00 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 26.66

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของการพอกเข่าด้วยสมุนไพรต่อการบรรเทาอาการปวดเข่า

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระดับความปวดในผู้ที่มีอาการปวดข้อเข่า (n=30)

การเปรียบเทียบระดับความปวด	ก่อน		หลัง		ส่วนต่างของค่าเฉลี่ย	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
ครั้งที่ 1	6.43	1.19	5.40	1.22	1.03	< .001*
ครั้งที่ 2	5.40	1.22	4.40	1.22	1.00	< .001*
ครั้งที่ 3	4.33	1.18	3.40	1.16	0.93	< .001*
ครั้งที่ 4	3.37	1.13	2.07	0.98	1.03	< .001*

*p-value <0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลการเปรียบเทียบระดับความปวดในผู้ที่มีอาการปวดข้อเข่า พบว่า ผลการเปรียบเทียบแบบวัดซ้ำ รวม 4 ครั้ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนพอก-หลังพอก พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความปวดหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ยก่อนพอก=6.43 ค่าเฉลี่ยหลังพอก=5.40) p-value <.001

ครั้งที่ 2: ก่อนพอก-หลังพอก พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความปวดหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ยก่อนพอก= 5.40 ค่าเฉลี่ยหลังพอก = 4.40) p-value <.001

ครั้งที่ 3: ก่อนพอก-หลังพอก พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความปวดหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ยก่อนพอก= 4.33 ค่าเฉลี่ยหลังพอก = 3.40) p-value <.001

ครั้งที่ 4: ก่อนพอก-หลังพอก พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความปวดหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ยก่อนพอก= 3.37 ค่าเฉลี่ยหลังพอก = 2.07) p-value <.001

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการการพอกเข่าด้วยสมุนไพร พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการการพอกเข่าด้วยสมุนไพรส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อสมุนไพรพอกเข่า คือ สมุนไพรพอกเข่าใช้งานง่ายมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.83, S.D. = 0.37) รองลงมาสมุนไพรพอกเข่าสามารถนำไปใช้บรรเทาอาการปวดได้จริง ($\bar{X}$ = 4.67, S.D. = 0.47) และมีความพึงพอใจต่อสมุนไพรพอกเข่า ด้านสมุนไพรพอกเข่าไม่เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 3.90, S.D. = 0.54)

สรุปและอภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการพอกเข่าของผู้สูงอายุบ้านลานขวาง (ในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำโจน อำเภอเมือง จังหวัดตาก) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายผลดังต่อไปนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 73.33 และเพศชายคิดเป็นร้อยละ 26.66 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาเป็นข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 26.66 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมาโสดและอย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 10.00 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 26.66 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ว่ากลุ่มปัจจัยเสี่ยงของโรคข้อเข่าเสื่อมอันดับ 1 ได้แก่ เพศและอายุ และมีรายงานยืนยันว่าโรคข้อเสื่อม พบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบในผู้สูงอายุมากกว่า คนวัยหนุ่มสาว อธิบายได้ว่าหญิงที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือน มีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ฮอร์โมนนี้ช่วยเสริมกลไกการซ่อมแซม สมานเนื้อเยื่อโดยเฉพาะ เนื้อเยื่อรอบข้อที่มีการอักเสบ จึงทำให้เนื้อเยื่อรอบข้อไม่แข็งแรง เส้นเอ็นหย่อนยาน ข้อต่อ

หลวม ไม่มั่นคง เกียรติสุดา เชื้อสุพรรณและคณะ[4] พบว่าระดับความพึงพอใจที่สูงที่สุด คือ สมุนไพรพอกเข่าใช้งานง่ายมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.83, S.D. = 0.37) รองลงมาสมุนไพรพอกเข่าสามารถนำไปใช้บรรเทาอาการปวดได้จริง ($\bar{X}$ = 4.67, S.D. = 0.47) และมีความพึงพอใจต่อสมุนไพรพอกเข่า ด้านสมุนไพรพอกเข่าไม่เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 3.90, S.D. = 0.54) จากงานวิจัย พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวนทั้งหมด 30 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิง 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 เพศชาย 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.33 อายุ ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 หลังการเข้าร่วมการพอก สรุปได้ว่าการใช้ยาพอกสมุนไพรเข่าสามารถใช้เป็นทางเลือกในการรักษาทดแทนการใช้ยาแบบรับประทานได้[4]

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2568, จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188
2. กุนนที พุ่มสงวน. (2557). *สุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 10–12
3. วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท. (2563). โรคข้อเข่าเสื่อม. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2568 จาก https://www.rama.mahidol.ac.th/rama_hospital
4. เกียรติสุดา เชื้อสุพรรณ, และคณะ. (2563). ประสิทธิผลของการพอกยาสมุนไพรต่ออาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูมิ อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 165

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

ประสิทธิผลของน้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนเพิ่มคุณภาพนอนหลับ

Effectiveness of Jasminum sambac (L.) Essential Oil for Improving Sleep Quality

กรองแก้ว หนูอิ่ม[*] กัญญพัชร พุฒโสม[1] พิจิตรา ยืนยั่ง[1] ชุติมา แซ่ว้าน[1]
Krongkaew Nuim[1] kanyapat phutsom[1] Pichittra Yuenyang[1] Chutima saewan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาประสิทธิผลของน้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนที่มีต่อการเพิ่มคุณภาพนอนหลับในการใช้น้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อน วิธีศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ 3 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลวัยทำงานอายุระหว่าง 20 - 45 ปี จำนวน 30 คน ที่มีอาการนอนไม่หลับ (คะแนนการนอนหลับมากกว่า 5 คะแนน) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลคุณภาพการนอนหลับ กลุ่มตัวอย่างใช้น้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนหยดบนสำลีจำนวน 1 หยด ระยะห่างจากจมูก 20 เซนติเมตร ทำการสูดดมเป็นเวลา 3 นาที ก่อนเข้านอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนก่อนและหลังการใช้น้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อน 3 สัปดาห์ลดลงจาก 7.07 เหลือ 3.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

คำสำคัญ: ภาวะนอนไม่หลับ, คุณภาพการนอนหลับ, ความพึงพอใจ, น้ำมันหอมระเหยมะลิซ้อน

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of Jasmine essential oil for improving sleep quality. The study was quasi-experimental research, one group, three times repeated measures. The samples were 30 people of working age between 20 and 45 years who had insomnia (sleep score more than 5 points). The instrument was the sleep quality record form. The samples used 1 drop of Jasmine essential oil on a cotton ball, 20 centimeters from the nose, and inhaling for 3 minutes before going to bed. The data were analyzed by descriptive statistics and repeated measures analysis of variance.

The results showed that the mean sleep quality score before and after using Jasmine essential oil for 3 weeks decreased from 7.07 to 3.27 with statistical significance at .001

Keywords: Insomnia, Sleep quality, Satisfaction, *Jasminum sambac (L.)* Essential Oil

บทนำ

อาการนอนหลับเป็นปัญหาที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของคนไทยประมาณ 19 ล้านคนหรือสถิติพบว่าร้อยละ 30-40 ของประชากรทั้งหมดมีปัญหาการนอนหลับ และทั่วโลก พบว่า 2 พันล้านคนที่เผชิญกับปัญหาการนอนไม่หลับ การนอนหลับมีความสำคัญต่อสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณตลอดจนคุณภาพชีวิตหลาย ๆ มิติ เนื่องจากการนอนหลับทำหน้าที่เปรียบเสมือนผู้ดูแลสุขภาพสากล (universal healthcare provider) ที่ไม่มีค่าใช้จ่าย และถือเป็นยาอายุวัฒนะและการมีพลังงานสำหรับการดำรงชีวิต ประโยชน์ของการนอนหลับมีหลายประการ เช่น มีการซ่อมแซมเนื้อเยื่อและสังเคราะห์โปรตีนเพิ่มมากขึ้น ทำให้อวัยวะทุกส่วนในร่างกายได้รับการฟื้นฟูมีการผลิตฮอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโต (growth hormone) เพิ่มขึ้น ส่งเสริมการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายและสมองหลายส่วน ส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้และความจำ การตัดสินใจอย่างเป็นเหตุเป็นผล ส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ขณะนอนหลับร่างกายมีการควบคุมการทำหน้าที่ทางสรีรวิทยาด้านต่าง ๆ และการควบคุมสมดุลของร่างกายนอกจากนี้ขณะนอนหลับในระยะการหลับลึกมีการเก็บกักกรอง

[*] สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยคณะสหเวชศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี วิทยานอร์ทเทิร์น

และจัดระบบการรู้คิดและอารมณ์การนอนหลับไม่เพียงพอมีผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และผลกระทบระยะสั้น ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานและความตื่นตัวลดลง ความจำและการรู้คิดบกพร่อง ปัญหาสัมพันธภาพ ผลกระทบระยะยาว ได้แก่ ปัญหาสุขภาพร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น การทำหน้าที่ของสมองบกพร่อง ความจำและการรู้คิดบกพร่อง มีภาวะหลงลืม พลังงานในร่างกายลดลง การทำหน้าที่ด้านการเคลื่อนไหวลดลงระดับน้ำตาลสูงขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอ้วน โรคเบาหวาน ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ สุขภาพจิตบกพร่อง การติดสุรา โดยผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ความปลอดภัยลดลง มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การได้รับบาดเจ็บและการตายจากการทำงานและการใช้ยานพาหนะ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง คุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น[1]

อาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมากโดยเฉพาะกลุ่มคนวัยทำงานส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระสั้นและระยะยาว น้ำมันหอมระเหยผิวมะกรูด ช่วยผ่อนคลายจิตใจและร่างกายและให้การนอนหลับที่ดี นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มอารมณ์และความตื่นตัวหลังตื่นนอน การใช้น้ำมันหอมระเหยบรรเทาความเครียดทางจิตใจและปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับและความตื่นตัวในตอนเช้า ซึ่งมีน้ำมันหอมระเหยเป็นพืชสมุนไพรในนโยบายของรัฐบาลที่ให้การสนับสนุนแนวคิด BCG (Bio-Circular-Green Economy) หรือเศรษฐกิจชีวภาพในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ ยังเป็นการส่งเสริมการสร้างรายได้ให้ชุมชน[2]

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยมีความประสงค์ที่จะศึกษาการใช้น้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนเพื่อเพิ่มคุณภาพนอนหลับ และประสิทธิผลน้ำมันหอมระเหยกับการนอนหลับ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ที่ประสบปัญหาในการนอนหลับเป็นอย่างมาก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของน้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนเพิ่มคุณภาพนอนหลับ

สมมติฐานการวิจัย

น้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับดีขึ้น

วิธีการวิจัย

ประชากร เป็นวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20 - 45 ปี จำนวน 30 คนที่มาใช้บริการดาวเหนือคลินิกการแพทย์แผนไทย

การคำนวณขนาดตัวอย่างการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power เลือก F test Repeated Measures ANOVA within factors กำหนด ขนาดอิทธิพล 0.24 ขนาดเล็ก ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 0.05 อำนาจทดสอบ 0.81 การวัดซ้ำ 3 ครั้ง ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร มีดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าอาสาสมัคร (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นบุคคลวัยทำงานอายุระหว่าง 20 - 45 ปี ที่มีอาการนอนไม่หลับ (คะแนนการนอนหลับมากกว่า 5 คะแนน 2) ไม่มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนหลับ ได้แก่ การรับประระทานอาหาร ประเภทชา กาแฟ น้ำอัดลม การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการใช้ยาที่มีผลต่อการนอนหลับ 3) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion Criteria) 1) มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วม ได้แก่ โรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด โรค ลมชัก โรคประสาท โรคจิต ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หรือภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน 2) มีอาการแพ้น้ำมันหอมระเหย และทดสอบวิธีการสูดดม โดยการหยดน้ำมันหอมระเหยจำนวน 1 หยด ลงบนสำลีแล้วสูดดม และทดสอบการแพ้ที่ผิวหนัง อาการ เช่น

คัน บวม แดง 3) มีสภาพร่างกายที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ เช่น อาการปวดหลัง อาการเจ็บขา

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับแบบพิทส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ของบูซซี่ เรย์โนลดส์มองค์ เบอร์แมน และคัปเฟอร์ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย [3]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ น้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนผลิตโดยกลุ่มอาชีพแปรรูปสมุนไพร จังหวัดสุโขทัย ผลิตครั้ง 2 วันที่ 21 ตุลาคม 2567 แจกให้ผู้ป่วยคนละ 45 cc.สำลีใช้สำหรับการดมเพื่อทดสอบการแพ้น้ำมันหอมระเหย และน้ำเปล่าอุณหภูมิห้อง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้น้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อน ผลิตโดยวิธี Hydrodistillation (Water distillation)[2]

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลอาสาสมัคร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ และ ระดับการศึกษา 4 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับแบบพิทส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ของบูซซี่ เรย์โนลดส์มองค์ เบอร์แมน และคัปเฟอร์ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย[3] เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 10 ข้อ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตอธิการบดี วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

2. ยื่นแบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

3. ขั้นตอนดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแบบเจาะจง จำนวน 30 คน อาสาสมัครจะได้รับน้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนที่ผลิตโดยกลุ่มอาชีพแปรรูปสมุนไพร จังหวัดสุโขทัย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว

3.2 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งก่อนทำการทดลองในครั้งที่ 1 จะมีการทดสอบการแพ้น้ำมันหอมระเหยด้วยวิธีการสูดดม โดยการหยดน้ำมันหอมระเหยจำนวน 1 หยด ลงบนสำลีแล้วสูดดม เพื่อทดสอบอาการแพ้ และทำการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังจากนั้นทำการทดลอง 3 ครั้ง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนในการทดลอง คือ ให้อาสาสมัครสูดดมน้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อน ในห้องปิดที่อุณหภูมิห้องปกติ (20 - 25 องศาเซลเซียส)

3.3 ผู้วิจัยชี้แจงการใช้น้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนกับกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้เตรียมด้วยตนเองที่บ้านโดยนำน้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนหยดบนสำลีจำนวน 1 หยด ระยะห่างจากจมูก 20 เซนติเมตรทำการสูดดมเป็นเวลา 3 นาที ก่อนเข้านอน เป็นเวลา 3 วัน วันจันทร์ วันพฤหัสบดี และวันอาทิตย์ ใน 1 สัปดาห์ เนื่องจากจัดให้มีระยะห่างของการใช้น้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อน

3.4 อาสาสมัครใช้น้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อน กำหนดครบ 1 สัปดาห์หลังตื่นนอนทำแบบสอบถามประเมินคุณภาพนอนหลับหลังใช้น้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพื้นฐานแสดงเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2.วิเคราะห์ประสิทธิผลของน้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนที่มีต่อคุณภาพการนอนหลับโดยใช้ Repeated measures ANOVA

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัย ด้าน จริยธรรม วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น หนังสือรับรองจริยธรรมเลขที่ NTC 888-0106 วันที่ 24 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีอายุอยู่ในช่วงส่วนใหญ่มีอายุ 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ มีอายุ 20 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.67 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 70 .00 มีสถานภาพแต่งงาน คิดเป็นร้อยละ 26.66 และมีสถานภาพหย่า/ร้างคิดเป็นร้อยละ 3.33 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 80.00 ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 6.67 ระดับปริญญาเอก คิดเป็นร้อยละ 10.00 และระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 3.33 ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับก่อนหลังใช้น้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อน แบบวัดซ้ำ รวม 3 ครั้ง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังต่อไปนี้ ครั้งที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับก่อนการทดลองมีค่าสูงกว่าหลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ยก่อน = 7.07 ค่าเฉลี่ยหลัง = 4.70) p-value <.001 ครั้งที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับก่อนการทดลองมีค่าสูงกว่าหลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ยก่อน = 5.07 ค่าเฉลี่ยหลัง = 4.03) p-value <.001 ครั้งที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับก่อนการทดลองมีค่าสูงกว่าหลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ยก่อน = 4.13 ค่าเฉลี่ยหลัง = 3.27) p-value <.001 และเมื่อนำผลการวิจัยทั้ง 3 ครั้ง มาเรียงลำดับค่าคะแนนเฉลี่ย ก็พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำลงเป็นลำดับ จาก ครั้งที่ 1 = เป็น 7.07 ในครั้งที่ 2 เป็น 5.07 ในครั้งที่ 3 เป็น 4.13

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลน้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อน ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับดีขึ้นเนื่องจากทดสอบคุณภาพการนอนหลับก่อนและหลังการใช้น้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าภายหลังการดูดมน้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อน ภายใน 1 สัปดาห์ 3 ครั้ง ผู้ป่วยมีคะแนนความแตกต่างค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนลดลง ไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัย[4] เพราะโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะถูกดูดซึม เข้าสู่กระแสเลือดและจับกับตัวรับที่อวัยวะ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายตามการออกฤทธิ์ของน้ำมันมันหอมระเหย ในขณะ เดียวกันจะได้รับกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยทางอ้อมไปด้วย นั้นคือโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหย จะซึมผ่านเยื่อบุโพรงจมูกเข้าสู่เยื่อรับรู้กลิ่นผ่านต่อไปยังกระเปาะรับกลิ่น ที่มีเซลล์ประสาทรับกลิ่นจำนวนมาก ที่จะแปลสัญญาณเป็นสารสื่อประสาท หรือสัญญาณเคมีไฟฟ้าผ่านประสาทรับกลิ่น ไปสมองส่วน Limbic system ที่เป็นศูนย์กลาง ควบคุมระบบต่างๆ ของร่างกาย คือ โมเลกุลของ น้ำมันหอมระเหยจะไปกระตุ้นสมองส่วน Thalamus ให้หลั่ง Enkephalin ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่เกี่ยวกับความรู้สึกปลาบปลื้ม อารมณ์ดี และ กระตุ้น Pituitary gland ทำให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทชนิด Endorphin และ Serotonin ที่ช่วยให้สงบเยือกเย็นและผ่อนคลาย[4]

นอกจากนี้น้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนจัดอยู่ในผิวส้ม 8 ประการ สรรพคุณ รสร้อนสุขุม ปรุงเป็นยาหอมแก้ลม บำรุงหัวใจ แก้ลมกองละเอียด เอาเปลือกมานั่งดม น้ำมันหอมระเหยเจือจาง ปัจจุบันนำผิวมะกรูดสกัดสามารถเก็บได้นาน พร้อมใช้งาน เปลือกของมะกรูดเก็บได้ไม่นาน ราขึ้นเพราะมีความชื้น สารสกัดเก็บได้นานขึ้น พร้อมใช้งาน[5]

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา มาลีวรรณ. (2563). “โรคนอนไม่หลับสัมพันธ์กับ นาฬิกาชีวิตแก้ได้โดยไม่ใช้ยา,” ในวารสารสุขภาพจิต. ปีที่ 30 (ฉบับที่ 2) **:** 167-169
2. กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (**2550).** ตำราวิชาการสุคนธบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร :สำนักพิมพ์กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
3. ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์. (2540) คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 42 ฉบับที่ **3** กรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2540,123-132
4. เพ็ญประภา เทียบคุณ. (2559) “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง,” ใน วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 24 **(**ฉบับที่1) : 76-88.
5. วุฒิ วุฒิธรรมเวช. (2548)**.** เปลือกส้ม 8 ประการ. กรุงเทพมหานคร: ศิลป์สยามบรรจุภัณฑ์และการพิมพ์จำกัด

ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน

The Effectiveness of Nursing Practice Guidelines for the Care of Patients with Acute Ischemic Stroke.

(Received: November 4,2025 ; Revised: November 14,2025 ; Accepted: November 16,2025)

สายหยุด นพตลุง[1] บุหลัน เปลี่ยนไธสง[1] วิไลรัตน์ สอดโคกสูง[2]
Saiyud Noptaloong[1], Bulan Plienthaisong[1] Vilairut Sodkoksung[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลองแบบก่อน–หลัง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 5 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มใช้และไม่ใช้แนวปฏิบัติ การเก็บข้อมูลรวมถึงแบบวัดความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล ระดับความพึงพอใจ และผลลัพธ์ผู้ป่วย เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน การกลับเข้ารักษาซ้ำ และวันนอนโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติ คะแนนความรู้เฉลี่ยของพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 15.9 เป็น 18.1 คะแนน (p<.001) พยาบาลร้อยละ 88.9 พึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับมาก การปฏิบัติกิจกรรมสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เช่น การประเมินระบบประสาท การประเมินและดูแลการกลืน การส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการป้องกันแผลกดทับ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติพบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนสำคัญต่ำกว่ากลุ่มไม่ใช้ ได้แก่ ปอดอักเสบ (13.3% vs 31.7%, p=0.028) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (13.3% vs 40.0%, p=0.002) และแผลกดทับ (8.3% vs 31.7%, p=0.002)

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล, การดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน

Abstract

This study aimed to develop and evaluate the effectiveness of nursing practice guidelines for patients with acute ischemic stroke, based on evidence-based practice. A quasi-experimental pretest–posttest design was conducted, involving five professional nurses and twenty patients with acute ischemic stroke, divided into groups using and not using the guideline. Data were collected using tools measuring nurses' knowledge, practice, satisfaction, and patient outcomes including acute complications, hospital readmission, and length of stay.

Results indicated that after implementing the guideline, nurses' mean knowledge score increased from 15.9 to 18.1 (p<.001), and 88.9% of nurses reported high satisfaction with its use. Key nursing activities, such as neurological assessment, swallowing care, mobility promotion, and pressure injury prevention, significantly improved. Patients in the guideline group experienced lower rates of major acute complications compared with the non-guideline group, including pneumonia (13.3% vs 31.7%, p=0.028), urinary tract infection (13.3% vs 40.0%, p=0.002), and pressure injuries (8.3% vs 31.7%, p=0.002).

Keywords: Stroke, Nursing Practice Guideline, Acute Care

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการของประชากรทั่วโลก ภาวะดังกล่าวเกิดจากการตีบตันหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดและเกิดความผิดปกติของระบบประสาทเฉียบพลัน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมในวงกว้าง องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน โดยเฉลี่ยทุก 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อย่างน้อย 1 คน และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก[1]

ในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ในเพศชาย รองจากอุบัติเหตุจราจรและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเป็นสาเหตุอันดับ 2 ในเพศหญิง รองจากโรคเบาหวาน[1] นอกจากนี้ ยังมีแนวโน้มอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year: DALY) อันดับ 2 ของประเทศทั้งในเพศชายและหญิง[2] จากรายงานของ กรมควบคุมโรค พบว่าในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสมที่ได้รับการรายงานจากฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) จำนวน 358,062 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 39,086 ราย ซึ่งสะท้อนว่าภาระโรคหลอดเลือดสมองยังคงอยู่ในระดับสูง ถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรไทยอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง[3] และข้อมูลเพิ่มเติมจาก กรมการแพทย์ พบว่าในปี พ.ศ. 2567 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) อยู่ที่ร้อยละ 7.18[4] นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองยังไม่เพียงแต่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเท่านั้น แต่ยังเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการถาวร เช่น แขนขาอ่อนแรง อัมพฤกษ์ อัมพาต การสื่อสารและการรับรู้ผิดปกติ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลระยะยาว ทั้งยังมีภาระต่อครอบครัวและระบบบริการสุขภาพอย่างมากในส่วนของการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (Acute phase) โดยเฉพาะช่วง 72 ชั่วโมงแรกนั้น เป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญต่อผลลัพธ์ของการรักษาและการฟื้นฟู โรคนี้ก่อให้เกิดความพิการทางร่างกาย เช่น แขนขาอ่อนแรง การพูด การกลืน การขับถ่าย และการรับรู้บกพร่อง แม้การรักษาที่พัฒนาในปัจจุบันสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 40 แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีความพิการและจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ[5] ผู้ดูแลทางพยาบาลจึงมีบทบาทอย่างยิ่งในการเฝ้าระวังประเมินอาการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งหากไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระบบและมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน ก็อาจทำให้ผลการดูแลไม่เป็นไปตามมาตรฐานและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับมาเป็นซ้ำได้[2]

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกระยะ โดยเฉพาะในระยะวิกฤตช่วง 72 ชั่วโมงแรก ซึ่งเป็นช่วงที่ต้องเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดเพื่อคงสภาวะผู้ป่วยให้มั่นคงและป้องกันภาวะแทรกซ้อน[6,7] พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพการดำเนินโรค และแนวทางการพยาบาลที่ถูกต้อง การจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[8] จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9] และพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 95.20 ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานโดยไม่พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน[10]

ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันมีประสิทธิผลยิ่งขึ้น พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นแนวทางที่มีความจำเป็นและเหมาะสม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาวะพิการและลดภาระต่อระบบบริการสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Nursing care protocol) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลัน โดยอ้างอิงกรอบแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) เพื่อวางแนวทางการดำเนินการพยาบาลที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยไทยในบริบทปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลัน โดยอิงหลักการหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice)
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน
3. เพื่อให้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแนวทางการพยาบาลมาตรฐาน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Quasi-Experimental Research) แบบก่อนหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Design) โดยมีการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน และประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการดังกล่าว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในช่วงระยะเฉียบพลัน (ภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ)

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบ Convenience Sampling จำนวน 10 ราย ทั้งนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจะถูกกำหนดตามเกณฑ์ทางสถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ผลลัพธ์

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
2. เข้ารับการรักษาใน ช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ
3. อายุ ≥18 ปี ขึ้นไป
5. สามารถสื่อสารหรือรับคำอธิบายจากพยาบาลได้ (หรือมีญาติ/ผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูลแทนได้)
6. ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) หรือชนิดอื่นที่ไม่ใช่ตีบ/อุดตัน
2. ผู้ป่วยมีภาวะสับสนรุนแรงหรืออาการทางจิตเวช ที่ไม่สามารถประเมินผลการดูแลได้
3. ผู้ป่วยมีโรคร่วมรุนแรง เช่น โรคมะเร็งระยะสุดท้าย หรือ ภาวะไตวายระยะสุดท้าย ที่อาจมีผลต่อการประเมินผลลัพธ์
4. ผู้ป่วยที่ถูกย้ายไปหรือ จำหน่ายก่อนครบ 72 ชั่วโมง หรือไม่สามารถติดตามผลลัพธ์หลังการรักษาได้
5. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธหรือถอนความยินยอม ในระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการพัฒนาและประเมิน แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน รวมทั้งเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลของบุคลากรและผู้ป่วย ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup (2000)[11] เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากสามารถนำไปใช้จริงในคลินิก มีขั้นตอนชัดเจน กระชับ และเข้าใจง่าย โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1.1 ระยะค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-Triggered Phase) ค้นหาปัญหาทางคลินิกจากหลักฐาน 2 แหล่ง ได้แก่ ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานจริง (Practice Triggers) และปัญหาที่ได้จากการศึกษาและความรู้ที่เกี่ยวข้อง (Knowledge Triggers)

1.2 ระยะสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Supported Phase) ผู้วิจัยทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และวารสารวิจัยทางการพยาบาล ได้แก่ CINAHL, ScienceDirect, ProQuest, Blackwell-Synergy, TCI และ SAGE Knowledge

การสืบค้นใช้โครงสร้าง PICO ดังนี้ P (Population) = ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Patient) I (Intervention) = การประเมิน การป้องกันหรือการจัดการ (Assessment, Prevention, Management) C (Comparison) = ไม่มีการเปรียบเทียบ และ O (Outcome) = การเกิดปอดอักเสบ, การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, แผลกดทับ, ระยะเวลานอน, การกลับเข้ารักษาซ้ำ, ค่าใช้จ่ายในการรักษา

1.3 ระยะนำไปสู่การปฏิบัติ (Evidence-Observed Phase) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้กับพยาบาล 5 ราย และผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มเป้าหมาย 5 ราย ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้และปรับแก้ตามความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

1.4 ระยะนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-Based Phase) ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและปรับปรุงตามผลการประเมิน ประเมินผลอย่างเป็นระยะเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กรและส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 1) พยาบาลวิชาชีพ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, ประสบการณ์การทำงาน, การอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ผู้ป่วย เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, ประวัติโรคประจำตัว, การสูบบุหรี่/ดื่มสุรา, ความเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท, ระยะเวลานอนเฉลี่ย, ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ด้านบุคลากรและผู้ป่วย 1) แบบวัดความรู้ของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 2) แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการ 3) แบบวัดระดับความพึงพอใจของพยาบาล ต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยแบ่งระดับเป็น พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย ประเมินความง่าย ความสะดวก ความชัดเจน เข้าใจง่าย ประโยชน์ต่อหน่วยงาน ผู้ป่วย และผู้ดูแล

4) แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการ

5) แบบบันทึกผลลัพธ์ผู้ป่วย การติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ การกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ผลการประเมิน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.89 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาที่ต้องการสูง

2. ความน่าเชื่อถือ (Reliability) แบบวัดความรู้และแบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล ได้มีการทดสอบความเชื่อถือโดยใช้ Cronbach's alpha สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ เพื่อประเมินความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency)แบบวัดระดับความพึงพอใจของพยาบาล ได้มีการประเมินโดยการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง (Pilot Test) จำนวน 5 คน และปรับปรุงคำถามให้เข้าใจง่าย ชัดเจนและครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ

3. การทดสอบนำร่อง (Pilot Testing) แนวปฏิบัติการพยาบาลนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนำร่องจำนวน 5 ราย และพยาบาล 5 ราย ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความสะดวกในการปฏิบัติ ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างหลัก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของพยาบาลและผู้ป่วย ข้อมูลลักษณะทั่วไปของพยาบาลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน คะแนนความรู้ของพยาบาล การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และระดับความพึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน (n), ร้อยละ (%), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์คะแนนความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการ ใช้ Paired t-test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงปกติ ใช้ Exact McNemar Test สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ (เช่น การปฏิบัติถูกต้อง/ไม่ถูกต้อง)

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วย วิเคราะห์ผลลัพธ์ผู้ป่วย เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับเข้ารักษาซ้ำ ระยะเวลานอนและค่าใช้จ่าย ใช้ Exact Probability Test สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ ใช้ Ranksum Test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณที่ไม่เป็นการแจกแจงปกติ

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ HE-162-2568 ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 5 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน 5 ราย แบ่งเป็นกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ 10 ราย และกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ 10 ราย ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 15.9 เป็น 18.1 คะแนน ($p<.001$) ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.9 ด้านผลลัพธ์ผู้ป่วย กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติพบภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ การติดเชื้อปอดอักเสบ (ร้อยละ 13.3, ร้อยละ 31.7, $p=0.028$) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 13.3, ร้อยละ 40.0, $p=0.002$) และแผลกดทับ (ร้อยละ 8.3, ร้อยละ 31.7,

p=0.002) โดยมีแนวโน้มลดวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ผลลัพธ์ด้านบุคลากรพยาบาล พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน มีค่าเฉลี่ยอายุ 38.6±7.5 ปี ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 10.9±8.9 ปี ก่อนใช้แนวปฏิบัติ การปฏิบัติงานยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน หลังการเข้ารับการให้ความรู้และใช้แนวปฏิบัติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 15.9±1.1 เป็น 18.1±0.9 คะแนน (p<.001) ผลการปฏิบัติจริงในคลินิกด้านสำคัญ เช่น การประเมินระบบประสาท การประเมิน/ดูแลการกลืน การป้องกันแผลกดทับ และการส่งเสริมการเคลื่อนไหว เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p<.05) พยาบาลประเมินความชัดเจน ความสะดวก และประโยชน์ของแนวปฏิบัติในระดับมาก (77.8–88.9%) และความพึงพอใจรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.9 สรุปภาพรวมด้านบุคลากร แนวปฏิบัติทำให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น และเพิ่ม compliance ในหัตถการสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย 2 กลุ่ม

ผลลัพธ์	ไม่ใช้แนวปฏิบัติ (n=60) (ร้อยละ)	ใช้แนวปฏิบัติ (n=60) (ร้อยละ)	p-value
การติดเชื้อปอดอักเสบ	31.7	13.3	0.028
การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	40.0	13.3	0.002
แผลกดทับ	31.7	8.3	0.002
กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	5.0	1.7	0.309
วันนอนเฉลี่ย รพ. (วัน)	5.1±4.6	4.2±2.8	0.364
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาท)	32,905.1±37,527.0	24,487.4±22,068.3	0.150

จากตารางที่ 1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วย 20 ราย แบ่งเป็นก่อนใช้แนวปฏิบัติ 10 ราย และหลังใช้แนวปฏิบัติ 10 ราย ลักษณะพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ โรคร่วม พฤติกรรมเสี่ยง และอาการระบบประสาท ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ หลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า การติดเชื้อปอดอักเสบลดลงจาก ร้อยละ 31.7 เหลือ ร้อยละ 13.3 (p=0.028) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะลดลงจาก ร้อยละ 40.0 เหลือ ร้อยละ 13.3 (p=0.002) การเกิดแผลกดทับลดลงจาก ร้อยละ 31.7 เหลือ ร้อยละ 8.3 (p=0.002) ส่วนตัวชี้วัดการใช้ทรัพยากร ได้แก่ การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่าย พบว่าแนวโน้มลดลง แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ สรุปภาพรวมด้านผู้ป่วย แนวปฏิบัติช่วยลดภาวะแทรกซ้อน acute complications ได้ชัดเจน (p<.05 ทุกตัวแปร)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ควบคู่กับการให้ความรู้แก่พยาบาล มีคะแนนความรู้เฉลี่ยของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการปฏิบัติกิจกรรมสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ได้แก่ การประเมินทางระบบประสาท การประเมินและดูแลการกลืน การส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการป้องกันแผลกดทับ ซึ่งส่งผลต่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติมีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนสำคัญต่ำกว่า ได้แก่ ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาที่มุ่งประเมินทั้งด้านผลต่อบุคลากร (knowledge, practice) และผลต่อผู้ป่วย (clinical outcomes)

การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้และการปฏิบัติที่ดีขึ้นอาจอธิบายได้จากการที่แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ให้แนวทางการตัดสินใจที่ชัดเจนและมีขั้นตอนปฏิบัติ ทำให้พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินและจัดการภาวะเฉียบพลันของผู้ป่วย (Practice standardization) ขณะเดียวกันการฝึกอบรมควบคู่กับการใช้แนวปฏิบัติเป็นการถ่ายทอดทักษะเชิงปฏิบัติ ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการใช้เครื่องมือประเมินที่สำคัญ เช่น การประเมินการกลืน การประเมินระบบประสาท และกิจกรรมการป้องกันแผลกดทับ การปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของผู้ป่วยได้จริง เช่น การประเมินการกลืนที่ถูกต้องช่วยลดการสำลักและปอดอักเสบ การส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการพลิกตัวช่วยลดการเกิดแผลกดทับซึ่งเป็นแหล่งติดเชื้อที่สำคัญ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของปัญจนา พรายอินทร์ และคณะ[12] ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่า ผลการศึกษาพบว่าการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูตามแนวคิดการจัดการตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก็สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องและการควบคุมโรคร่วม เช่น น้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และไขมันในเลือด ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจสะท้อนว่าการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพระยะสั้นอาจยังไม่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางชีวเคมี หรือจำเป็นต้องมีระยะเวลาและการติดตามที่ยาวนานขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัลยา ปวงจันทร์ และศิริกาญจน์ จินาวิน[2] ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลแพร่ พบว่า ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 15.9 เป็น 18.1 คะแนน ($p<.001$) ซึ่งสะท้อนว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลควบคู่กับการให้ความรู้สามารถเพิ่มความรู้ของพยาบาลได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ พยาบาลร้อยละ 88.9 มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับมาก ซึ่งบ่งชี้ถึงความเหมาะสมและความสามารถในการนำไปใช้ในสถานการณ์คลินิกจริง ในส่วนของผลต่อผู้ป่วย กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนสำคัญต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเกิดปอดอักเสบ (13.3% vs 31.7%, $p=0.028$) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (13.3% vs 40.0%, $p=0.002$) และแผลกดทับ (8.3% vs 31.7%, $p=0.002$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติที่มีโครงสร้างและชัดเจนช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้จริงสรุปได้ว่าการพัฒนาและนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ควบคู่กับการให้ความรู้สามารถเพิ่มความรู้และความพึงพอใจของพยาบาล รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนสำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงเป็นแนวทางที่ควรส่งเสริมในสภาพแวดล้อมคลินิกจริง

ในมุมมองเชิงปฏิบัติและเชิงระบบ ผลลัพธ์ครั้งนี้มีความหมายต่อการวางนโยบาย เนื่องจากการลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนสำคัญ เช่น ปอดอักเสบ

และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ สามารถลดภาระการรักษา ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และมีศักยภาพลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงได้ ดังนั้น หน่วยงานควรพิจารณานำแนวปฏิบัติที่มีโครงสร้างเช่นนี้ไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการพัฒนาและติดตามคุณภาพการปฏิบัติ เช่น การฝึกอบรมซ้ำ การจัดระบบ Audit & feedback และการติดตามตัวชี้วัดที่มีความหมายเชิงผลลัพธ์ทางคลินิก

จุดแข็งของการศึกษานี้คือการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ทดสอบการใช้จริงในสภาพแวดล้อมจริง (real clinical setting) และมีการประเมินผลทั้งต่อบุคลากรและต่อผู้ป่วย ทำให้เชื่อมโยงเหตุและผลได้ชัดเจนมากขึ้น อย่างไรก็ตามข้อจำกัดคือเป็นการออกแบบแบบก่อน–หลัง (interrupted time design) ไม่ใช่ randomized controlled trial ทำให้มีความเสี่ยงต่อ temporal confounding และความสามารถในการขยายผลไปยังบริบทอื่นอาจมีข้อจำกัด การประเมินบางมิติยังต้องอาศัยความชำนาญในการใช้เครื่องมือ เช่น NIHSS และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งควรมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมให้เกิดความเชี่ยวชาญเพื่อเพิ่มคุณภาพการประเมินและผลลัพธ์ในอนาคต

ข้อเสนอแนะคือควรมีการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติซ้ำอย่างสม่ำเสมอ การติดตามผลต่อในระยะ 3–6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อตรวจสอบความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และควรพิจารณาการออกแบบวิจัยแบบ cluster-randomized หรือ stepped-wedge เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของหลักฐาน รวมทั้งการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายสำหรับการลงทุนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในวงกว้างต่อไป สรุปได้ว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการให้ความรู้สามารถเพิ่มความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลได้อย่างชัดเจน และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเป็นแนวทางที่ควรได้รับการส่งเสริมให้ใช้อย่างต่อเนื่องในหน่วยงานคลินิก

สรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการให้ความรู้พยาบาลสามารถเพิ่มความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลจริงต่อผลลัพธ์ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน โดยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติมีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันสำคัญ ได้แก่ ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ ต่ำกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดระบบการพยาบาลที่มีมาตรฐานชัดเจนและการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น หน่วยงานบริการสุขภาพควรส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติที่มีโครงสร้างชัดเจนไปใช้จริงในบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควบคู่กับการจัดระบบการฝึกอบรม การติดตามประเมินผล และการกำกับคุณภาพการปฏิบัติ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการดูแล ลดภาระภาวะแทรกซ้อน และยกระดับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยมีการศึกษาต่อยอดในการประเมินผลระยะยาวและการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านการลงทุนในระบบบริการอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงานพยาบาล และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการ

พยาบาลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและผลต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

2. ควรศึกษาประเมินผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน เช่น ด้านคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจในระยะ 3–6 เดือน เพื่อยืนยันและสนับสนุนผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.(2020). Global Health Estimates: Leading Causes of Death. Geneva: WHO; 2020.

2.กัลยา ปวงจันทร์ และศิริกาญจน์ จินาวิน.(2563). ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลแพร่ วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา 2563;28(2):1-17.

3.กรมควบคุมโรค.(2567). รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก 2567. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2567. [เข้าถึงเมื่อ 2568, พฤศจิกายน 3]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47206&deptcode=brc

4.กรมการแพทย์.(2567). อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2567. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2567. [เข้าถึงเมื่อ 2568, พฤศจิกายน 3]. เข้าถึงได้จาก: https://medinfo.dms.go.th/public-health/kpi_reports.php?kpi_year=2567&id=1

5.สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.(2562). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: สมาคมฯ.

6.Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al.(2018). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. Stroke. 2018;49(3):e46–e110.

7.Middleton S, Grimley R, Alexandrov A.(2015). Nursing and interdisciplinary management of acute ischemic stroke. Stroke. 2015;46(6):e141–e146.

8.Melnyk BM, Fineout-Overholt E.(2018). Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.

9.อมรรัตน์ กุลทิพรรธน์.(2561). ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารการพยาบาลไทย. 2561;33(2):45–56.

10.กนกวลี ทรัพย์สุพรรณ.(2562). การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศรีนครินทร์. 2562;14(1):33–42.

11.Soukup SM.(2003). Evidence-based practice: an overview. J Nurs Adm. 2000;30(1):22–30.

12.ปัญจนา พรายอินทร์, บุญญรัตน์ เพิกเดช และพิมพร ลีละวัฒนากุล.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ. วารสารสภาการพยาบาล 2565;37(4):73-94.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

The Development of a Health Promotion Model for Older Adults Using Nursing Innovation through Community Participation.

(Received: November 4,2025 ; Revised: November 15,2025 ; Accepted: November 17,2025)

วิภาดา กาญจนสิทธิ์[1] และยุภาพร ม่วงนิล[1]
Wipada Kanjanasit[1] and Yupaporn Muangnil[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบที่พัฒนาแล้ว การวิจัยเป็นแบบเชิงพัฒนา ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรวม 150 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม และแบบประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชน ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired Samples t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 80.0) และสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับมาก การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล เช่น สื่อการเรียนรู้เชิงสร้างสรรค์ กิจกรรมกลุ่ม และการเยี่ยมบ้านเชิงรุก ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน ผลการประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.27, S.D. = 0.60) โดยเฉพาะด้านการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 4.54, S.D. = 0.56) และการใช้นวัตกรรมสุขภาพในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.51, S.D. = 0.50)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, นวัตกรรมทางการพยาบาล, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This study aimed to examine the health status and quality of life of older adults in the community, develop a health promotion model for older adults using nursing innovation through community participation, and evaluate the implementation outcomes of the developed model. The research was developmental in nature and employed a participatory action research (PAR) process. The sample consisted of 150 participants, including older adults, caregivers, and stakeholders. Research instruments included the WHOQOL-BREF-THAI quality of life questionnaire, a holistic elderly health assessment form, and a community network satisfaction assessment form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the paired samples t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that most older adults were female, aged 70 years and above, and had chronic diseases such as hypertension and diabetes. The majority of participants demonstrated an overall good quality of life (80.0%) and a high level of holistic well-being. Health promotion activities employing nursing innovations—such as creative learning media, group activities, and proactive home visits—together with community participation, helped improve healthy behaviors among older adults and fostered mutual learning within the

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

community. The satisfaction of community network partners was at a high level (Mean = 4.27, S.D. = 0.60), particularly regarding the development of caregiver network capacity (Mean = 4.54, S.D. = 0.56) and the application of health innovations within the community (Mean = 4.51, S.D. = 0.50).

Keywords : Elderly, Nursing innovations, Community participation

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรของโลกกำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund: UNFPA) รายงานว่า ช่วงปี ค.ศ. 2001–2100 อาจถือเป็น “ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ” เนื่องจากทุกประเทศทั่วโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย แม้แต่ละประเทศจะเข้าสู่ภาวะดังกล่าวในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน แต่ล้วนมีปัจจัยร่วมสำคัญ ได้แก่ ความก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การแพทย์ และเทคโนโลยี ที่ทำให้ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น[1] ในช่วงประมาณสองทศวรรษก่อนหน้านี้ ประชากรโลกมีจำนวนราว 5,735 ล้านคน โดยมีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 540 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9 ของประชากรทั้งหมด[1] ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 จำนวนประชากรโลกเพิ่มขึ้นเป็น 7,349 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุจำนวน 901 ล้านคน หรือร้อยละ 12.3 ซึ่งสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าโลกได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการแล้ว[1] นอกจากนี้ ยังมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,402 ล้านคน หรือร้อยละ 16.5 และภายในปี พ.ศ. 2593 จะสูงถึง 2,092 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 21.5 ของประชากรทั้งหมด[1] ตัวเลขดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทั่วโลกในอัตราเร่ง ซึ่งจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม

ประเทศไทยเองได้เข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged society) ภายในปี พ.ศ. 2578[2] การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำมาซึ่งความท้าทายด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย และจิตใจที่อาจกระทบต่อคุณภาพชีวิต[3] ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นภารกิจสำคัญของภาคสาธารณสุข โดยเฉพาะการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่ได้มุ่งเพียงการป้องกันโรค แต่ยังรวมถึงการส่งเสริมศักยภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าในสังคม แนวคิดการพยาบาลยุคใหม่จึงเน้นการใช้ “นวัตกรรมทางการพยาบาล (Nursing Innovation)” เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม และการจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของเทคโนโลยีช่วยสื่อสาร เครื่องมือประเมินสุขภาพ โปรแกรมกิจกรรมสุขภาพเชิงสร้างสรรค์ หรือสื่อการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุ[4] นวัตกรรมดังกล่าวไม่เพียงช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยังเพิ่มแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัว อีกทั้ง “การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation)” ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน เพราะชุมชนเป็นแหล่งทรัพยากร และพลังทางสังคมที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้เกิดความเข้าใจร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผู้สูงอายุ ผู้นำ

ท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น[5] การประสานพลังของชุมชนกับความรู้ทางการพยาบาลจึงเป็นแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้จะมีการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในหลายพื้นที่ แต่ส่วนใหญ่ยังขาดรูปแบบการดำเนินงานที่มีโครงสร้างชัดเจน และสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทต่าง ๆ โดยเฉพาะการบูรณาการนวัตกรรมทางการพยาบาลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับหลักการพยาบาลปฐมภูมิ และสุขภาพชุมชน[6] ดังนั้น การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน” จึงมีความสำคัญ เนื่องจากมุ่งพัฒนารูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในระดับชุมชน โดยมีการบูรณาการองค์ความรู้ทางการพยาบาล นวัตกรรม และพลังของชุมชนเข้าด้วยกัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้นวัตกรรมทางการพยาบาลร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้สามารถปฏิบัติได้จริง และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
3. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาแล้ว ในด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจ การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล รวมถึงศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อจำกัดของการดำเนินงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการขยายผลสู่ชุมชนอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเน้นทั้งการศึกษาสภาพปัจจุบัน การออกแบบและพัฒนารูปแบบ และการประเมินผลการดำเนินงาน

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง และกลุ่มตัวอย่างถูกเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้สูงอายุ และข้อมูลผู้ดูแลในชุมชน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ตรง และเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุตัวแทนที่เป็นผู้รับผลการพัฒนา จำนวน 60 คน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน และ 3) ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา จำนวน 45 คน ประกอบด้วย นักวิชาการเทศบาลตำบล 1 คน ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) 8 คน ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 คน กรรมการหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้าน 11 คน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเฉพาะเจาะจงนี้ช่วยให้สามารถ รวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านการใช้บริการสุขภาพ การสนับสนุนของชุมชน และการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบสุขภาพผู้สูงอายุ

ระยะเวลาการดำเนินการวิจัยอยู่ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

อาสาสมัครที่จะเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยครั้งนี้ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง

2 มีความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ และสื่อสารได้ชัดเจน ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการสื่อสาร

3. เป็นตัวแทนจากกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการเทศบาลตำบล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มเยาวชนในชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และยินยอมให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การยุติการศึกษา

อาสาสมัครสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยได้ทุกเวลา โดยแจ้งความประสงค์ต่อผู้วิจัย ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อสิทธิ์หรือการรับบริการอื่น ๆ ในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในโครงการนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือเชิงปริมาณ และเครื่องมือเชิงคุณภาพ

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เก็บข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เก็บข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น ประวัติโรคประจำตัว ความถี่และรูปแบบการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว เช่น การมีผู้ดูแล และการเข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ

1.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (WHO)[7] แปลเป็นภาษาไทย ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพกาย 7 ข้อ จิตใจ 6 ข้อ ความสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ และสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ รวมคำถามทั้งหมด 26 ข้อ และการแปลผลคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1.3 แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ เกษม สุวัณโณ[8] แบ่งเป็น 4 ด้าน จำนวน 23 ข้อ ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางปัญญา และใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชน ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ[9] จำนวน 13 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุ และความพึงพอใจ ได้แก่ 1.00–1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด 1.50–2.49 หมายถึง ระดับน้อย 2.50–3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.50–4.49 หมายถึง ระดับมาก และ 4.50–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ

2.1 แบบบันทึกภาคสนาม (Field Notes) ใช้จดบันทึกรายละเอียดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกิจกรรมสภาพแวดล้อมของบ้าน และชุมชน และพฤติกรรมที่สังเกตได้จากผู้เข้าร่วม

2.2 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Notes) ใช้จดบันทึกสาระสำคัญจากการประชุมเวทีประชาคม และการประชุมระหว่างภาคีเครือข่ายชุมชน

2.3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) สัมภาษณ์อาสาสมัคร และผู้สูงอายุเพื่อสำรวจมุมมอง ความคิดเห็น และประสบการณ์ตรง และครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบประเมินที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม และแบบประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชน ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งสามชุดไปให้ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาเพื่อประเมินความเหมาะสม และความสอดคล้องของเนื้อหา (Content Validity) หลังจากนั้นได้คำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ≥ 0.5 เพื่อให้แน่ใจว่าข้อคำถามมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถาม (Item Discrimination Power) แบบสอบถามทั้งสามชุดที่ปรับปรุงแล้วถูกนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้อยู่ในกลุ่มตัวอย่างหลัก จากนั้นทำการวิเคราะห์ ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item-Total Correlation) ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก ≥ 0.2 จะถูกคัดเลือกเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งสามชุดถูกประเมินโดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีค่า α = 0.93 แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม มีค่า α = 0.95 และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่า α = 0.86 ผลลัพธ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เครื่องมือมีความเชื่อมั่นสูง และเหมาะสมสำหรับใช้ในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ เริ่มต้นด้วยการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษา จากนั้นทำการสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร และสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย พร้อมจัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนกับเครือข่ายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมระบุประเด็นปัญหา ความต้องการ และความสำคัญของสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนกิจกรรมพัฒนารูปแบบ จัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับภาคีเครือข่าย เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและออกแบบ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คืนข้อมูล และข้อเสนอแนะให้แก่ชุมชน จัดประชาคมเพื่อกำหนดกิจกรรมและรูปแบบร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานตามรูปแบบ การดำเนินงานมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน โดยมีลักษณะดังนี้ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแล จัดอบรม และเวิร์กช็อปเชิงปฏิบัติการ (Participatory Learning) เพิ่มความรู้ และทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุ ครอบคลุมมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ใช้การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และกรณีศึกษา

(Case Study) ปรับพฤติกรรมผู้สูงอายุในชุมชน จัดอบรมเชิงปฏิบัติการโดยใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม เช่น คู่มือ ภาพประกอบ วีดิทัศน์สั้น กิจกรรมกลุ่ม ครอบคลุมการออกกำลังกาย โภชนาการ การจัดการความเครียด และการมีส่วนร่วมทางสังคม โครงการเยี่ยมบ้าน และติดตามผลรายบุคคล อสม. และ Care Giver ใช้แบบประเมินมาตรฐานเพื่อตรวจสอบสภาพร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและร่วมวางแผนปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การพัฒนา และใช้นวัตกรรมด้านสุขภาพ สร้างแผนภูมิการติดตามสุขภาพรายสัปดาห์ แอปพลิเคชันง่าย ๆ สำหรับบันทึกการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย กิจกรรมกลุ่มเพื่อกระตุ้นสมรรถภาพทางกาย และสังคม และออกแบบร่วมกับชุมชนและผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและสะท้อนผลการดำเนินงาน ประเมิน สุขภาวะ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังการดำเนินงาน จัดเวทีสะท้อนผล (Reflection Meeting) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และข้อเสนอแนะ และถอดบทเรียนและปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมและสามารถดำเนินงานต่อเนื่องได้อย่างยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว การมีผู้ดูแล การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร นำเสนอผลในรูป แจกแจงความถี่ (Frequency Distribution), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความแตกต่างของ คุณภาพชีวิต สุขภาวะของผู้สูงอายุ และ ความพึงพอใจของการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้ Paired Samples t-test

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis) ข้อมูลได้จากสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview), สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และ การสังเกต (Observation) ใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยทำการ ถอดเทป (Transcription) และ จัดหมวดหมู่ข้อมูล (Coding) เพื่อสรุปประเด็นสำคัญและข้อเสนอแนะ

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ HE-160-2568 ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

การศึกษาการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแห่งหนึ่ง มีผู้สูงอายุเข้าร่วมจำนวน 60 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.7) อายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือ 70–79 ปี (ร้อยละ 33.3) โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน (ร้อยละ 55.0) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่สามารถทำได้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 86.7) และมีบางส่วนที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง (ร้อยละ 11.7) พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 61.7 ทั้งสองด้าน) ส่วนการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 63.3) และไม่เคยออกกำลังกาย (ร้อยละ 31.7) ด้านโครงสร้างครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 76.7) และมี

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 88.3) มากกว่าครึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ (ร้อยละ 56.7) ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม พบว่า มีคุณภาพชีวิตระดับดี (ร้อยละ 80.0) แยกตามด้าน พบว่า สุขภาพกาย ระดับกลาง (ร้อยละ 33.3), ระดับดี (ร้อยละ 66.7) ด้านจิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคม ระดับกลาง (ร้อยละ 6.7), ระดับดี (ร้อยละ 93.3) ด้านสิ่งแวดล้อม ระดับกลาง (ร้อยละ 23.3), ระดับดี (ร้อยละ 76.7)

ผลการประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชน ผลการประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และปัจจัยความสำเร็จต่อความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.27, S.D. = 0.60) ความพึงพอใจสูงสุดเกิดจากการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 4.54, S.D. = 0.56) และการนำนวัตกรรมสุขภาพไปใช้ในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 4.51, S.D. = 0.50) ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ ผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง และมีวิสัยทัศน์ชัดเจน สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในทุกขั้นตอน การสร้างความต่อเนื่องของกิจกรรม การใช้ทรัพยากรชุมชนอย่างเหมาะสม เช่น สถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร ความสัมพันธ์และความผูกพันระหว่างสมาชิกในชุมชน และผลดังกล่าวช่วยเพิ่มความตระหนัก และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สุขภาวะ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ออกแบบ และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และประเมินปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ ผลการศึกษา และการอภิปรายสามารถสรุปได้ดังนี้

1. สุขภาวะ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับดี และสุขภาวะโดยรวมระดับมาก โดยสุขภาวะทางจิตใจและสังคมสูงที่สุด ส่วนสุขภาวะทางกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าเล็กน้อย ซึ่งอาจสะท้อนข้อจำกัดด้านร่างกาย และผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคข้อเสื่อม ปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาวะที่ดี ได้แก่ การมีเครือข่ายผู้ดูแลใกล้ชิด การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดองค์การอนามัยโลกว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ[10,11] นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพยาภา ดาหาร และเจทสริยา ดาวราช ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การสร้างและขยายเครือข่ายความร่วมมือ การเสริมศักยภาพสมาชิกเครือข่าย การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การใช้ผู้ดูแลเป็นแกนหลักในการเยี่ยมผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือติดเตียง การนิเทศติดตามโดยทีมพี่เลี้ยง และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาการดำเนินงานต่อไป[12]

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมครบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การสำรวจ วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินกิจกรรม ติดตาม และประเมินผล กระบวนการนี้ช่วยให้กิจกรรมสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ พร้อมสร้างความร่วมมือระหว่าง

ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล โดยเน้นการเสริมศักยภาพ เช่น การฝึกทักษะการดูแลตนเอง การเยี่ยมบ้านเชิงรุก และการใช้นวัตกรรมสุขภาพท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)[13] นอกจากนี้ ผลงานวิจัยก่อนหน้านี้ได้พัฒนารูปแบบ “2PAO2R Model” ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ Policy & Structure, Planning, Action, Observation, Resource Sharing และ Reflection[14]

3. ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน หลังการดำเนินกิจกรรม พบว่าคุณภาพชีวิต และสุขภาวะของผู้สูงอายุมีแนวโน้มดีขึ้น โดยเฉพาะด้านจิตใจ และสังคม ซึ่งสะท้อนจากกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่ม การเข้าร่วมประเพณีท้องถิ่น และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตร่วมกัน กิจกรรมเหล่านี้ช่วยลดความโดดเดี่ยวและเพิ่มการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพยาภา ดาหาร และเจทสริยา ดาวราช พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)[12]

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ความสำเร็จของโครงการเกิดจากความร่วมมือระหว่างหลายฝ่าย ได้แก่ ผู้นำชุมชน หน่วยงานท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ และอาสาสมัครในพื้นที่ ปัจจัยสนับสนุนหลัก ได้แก่ ผู้นำชุมชนที่มีวิสัยทัศน์ชัดเจนและสามารถขับเคลื่อนกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างเหมาะสม รวมถึงความสัมพันธ์และความผูกพันของสมาชิกชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ถาวรีย์ แสงงาม และคณะ[14] พบว่า การมีผู้นำชุมชนเข้มแข็ง การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน และทุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการผู้สูงอายุ

5. ข้อเสนอเชิงนโยบาย และแนวทางปฏิบัติ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางที่มีศักยภาพต่อความยั่งยืน หากมีการพัฒนาศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง และบูรณาการเข้ากับแผนพัฒนาท้องถิ่น รูปแบบนี้สามารถปรับใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายกันได้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรายุทธ ชูสุทน (2564)[15] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างครอบคลุม และสร้างศักยภาพในการแก้ไขปัญหาภายในชุมชน อีกทั้ง สามารถขยายบทบาทไปยังชุมชนในพื้นที่เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพมีความยั่งยืนในระยะยาว[15]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เทศบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดทำนโยบายที่ส่งเสริม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และยั่งยืน ครอบคลุมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัว และเครือข่ายผู้ดูแล พร้อมจัดสรรทรัพยากร บุคลากร และกลไกการติดตามประเมินผลอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ควรร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขบูรณาการการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น ทั้งด้านงบประมาณ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการประเมินผล เพื่อสร้างความมั่นคงและความยั่งยืนของโครงการในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติงานพยาบาล

1. พยาบาลชุมชนควรร่วมมือกับชุมชนตั้งแต่ขั้นตอนการสำรวจปัญหา การวางแผน จนถึงการ

ติดตามและประเมินผล เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. ควรส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนให้สามารถทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

1. กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรพัฒนา และปรับแต่งโมเดลหรือแนวทางส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

2. ควรส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุผ่านช่องทางสื่อสารมวลชน และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และชุมชน เพื่อเพิ่มความเข้าใจ สร้างความร่วมมือ และสนับสนุนการดำเนินงานของรูปแบบอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีผู้นำชุมชนเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลางด้านงบประมาณ และการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในฐานะพี่เลี้ยง และให้ประชาชนมีบทบาทในทุกขั้นตอน ทั้งในระบบทางการ และไม่เป็นทางการ

2. ควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาจากงานวิจัยนี้ไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์เพื่อระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.United Nations Population Fund (UNFPA).(2023). World population ageing report 2023. New York: UNFPA.

2.สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2567). สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

3.World Health Organization (WHO).(2022). Global report on ageing and health. Geneva: WHO.

4.Chinn PL, Kramer MK.(2023). Integrated theory and knowledge development in nursing. 10th ed. St. Louis: Elsevier.

5.Rifkin SB.(2014). Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. Health Policy Plan. 2014;29(Suppl 2):ii98–ii106.

6.Nutbeam D, Bauman AE.(2023). Evaluation in a nutshell: a practical guide to the evaluation of health promotion programs. 3rd ed. Sydney: McGraw-Hill.

7.World Health Organization (WHO).(1996). WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO.

8.เกษม สุวัณโณ.(2553). การพัฒนาแบบประเมินสุขภาวะแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

9.ณรงค์กร ชัยวงศ์, ณิชาภัทร มณีพันธ์, สุกัญญา บุรวงศ์, ถาวรีย์ แสงงาม และปัณณทัต บนขุนทด.(2567). การพัฒนานวัตกรรมทางสังคมด้วยกระบวนการชุมชนเพื่อสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2567;18(3):957-73.

10.World Health Organization.(2020). Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: WHO.

11.United Nations.(2022). World population ageing 2022. New York: UN.

12.ทิพยาภา ดาหาร และเจทสริยา ดาวราช.(2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2561;2(3):42-54.

13.Cohen JM, Uphoff NT.(1980). Participations place in rural development: Seeking clarity through specificity. New York: World Developments.

14.ถาวรีย์ แสงงาม, ปัณณทัต บนขุนทด, ณรงค์กร ชัยวงศ์. ณิชาภัทร มณีพันธ์, เพ็ญพิศ นุกูลสวัสดิ์.(2568). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารพยาบาลทหารบก 2568;26(2):272-80.

15.ศรายุทธ ชูสุทน.(2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ผลของการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Effects of a Self-Empowerment Promotion Program on Self-Care Behaviors and Clinical Outcomes in Patients with Graves' Disease Treated at Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province

(Received: November 6,2025 ; Revised: November 14,2025 ; Accepted: November 16,2025)

ศิริพร ทิพโยภาส[1]
Siriporn Thipyophat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ 4) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับ TSH, Free T3, Free T4 และอาการทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean = 79.47, SD = 12.95 เทียบกับ Mean = 66.63, SD = 10.72; t = 4.182, $p < .001$) โดยมีค่า mean difference เท่ากับ 12.83 และค่า Cohen's d เท่ากับ 1.08 ซึ่งอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ขณะที่ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับ TSH, Free T3, Free T4 และอาการทางคลินิก ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p > .05$)

คำสำคัญ: การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผลลัพธ์ทางคลินิก, ไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์

Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design to examine the effects of a self-efficacy enhancement program on self-care behaviors and clinical outcomes among patients with Graves' disease. A total of 60 patients receiving treatment at Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province, were recruited between July to October 2025 and allocated into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). Research instruments included (1) the self-efficacy enhancement program based on Bandura's framework, (2) a demographic data form, (3) a self-care behavior questionnaire, and (4) a clinical outcomes recording form assessing TSH, Free T3, Free T4 levels, and major clinical symptoms. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, and paired t-tests.

The results indicated that participants in the experimental group demonstrated significantly higher post-intervention self-care behavior scores compared to the control group (mean = 79.47, SD = 12.95 vs. mean = 66.63, SD = 10.72; t = 4.182, $p < .001$). The mean difference was 12.83, with a large effect size (Cohen's d = 1.08), indicating substantial effectiveness of the intervention in improving self-care behavior. However, clinical outcomes, including TSH, free T3, free T4 levels, and clinical symptoms, showed no statistically significant differences between groups ($p > .05$).

Keywords : Self-efficacy promotion, Self-care behaviors, Clinical outcomes, Graves' hyperthyroidism

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ (Graves' disease) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคภูมิต้านตนเอง[1] โรคนี้เกิดจากการที่ร่างกายสร้างแอนติบอดีชนิด TSH receptor antibodies (TRAb) ซึ่งสามารถจับและกระตุ้นตัวรับ TSH receptor ที่อยู่บนต่อมไทรอยด์ ส่งผลให้ต่อมไทรอยด์ผลิตฮอร์โมนไทรอยด์ออกมามากกว่าปกติ[2] แม้จะไม่มีสถิติที่แน่ชัดเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของโรคนี้ทั่วโลก แต่พบว่าโรคนี้มักเกิดในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยในบางแหล่งข้อมูลระบุว่าสัดส่วนอยู่ที่ประมาณ 5:1[1] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของโรคเกรฟส์ยังมีจำกัด อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่พบว่าภาวะไทรอยด์เป็นพิษพบในผู้หญิงประมาณร้อยละ 2.0 และในผู้ชายร้อยละ 0.2 ซึ่งโรคเกรฟส์เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของภาวะไทรอยด์เป็นพิษ ภาวะนี้เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานเกิน (Hyperthyroidism) โดยมีอุบัติการณ์ประมาณ 20-30 รายต่อประชากร 100,000 คน พบได้บ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในช่วงอายุ 30-60 ปี[3] อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น เหงื่อออกมาก น้ำหนักลดลงผิดปกติ หงุดหงิดง่าย และอาจมีอาการมือสั่นร่วมด้วย[4] นอกจากอาการทางร่างกายแล้ว ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะตาโปน (exophthalmos) หรือการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบดวงตา ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากภูมิคุ้มกันทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อรอบดวงตาโดยตรง ทำให้เกิดอาการตาแห้ง เคืองตา หรือมองเห็นภาพซ้อนได้ ในกรณีที่รุนแรง อาจส่งผลให้มีความดันในลูกตาเพิ่มขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยเร็ว[5]

ผลกระทบที่สำคัญของโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ ได้แก่ ผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ฮอร์โมนไทรอยด์ที่สูงเกินไปทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (tachycardia) ความดันโลหิตสูง และในบางกรณีอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจล้มเหลว[6-7] นอกจากนี้ ระบบเผาผลาญที่ถูกกระตุ้นมากกว่าปกติอาจทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลงผิดปกติ รู้สึกเหนื่อยล้า และอ่อนเพลียเรื้อรัง[8-9] นอกเหนือจากผลกระทบทางร่างกาย โรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตและอารมณ์ของผู้ป่วยอีกด้วย ผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการหงุดหงิดง่าย วิตกกังวล ซึมเศร้า และในบางกรณีอาจมีอาการสับสนหรือมีปัญหาด้านความจำ[10] อาการเหล่านี้อาจส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีภาวะตาโปนร่วมด้วย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความมั่นใจในตนเองและการใช้ชีวิตประจำวัน ผลกระทบของโรคไม่ได้จำกัดอยู่แค่ตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจต้องลางานบ่อย สูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน หรือไม่สามารถทำงานได้เต็มที่[11] นอกจากนี้ ค่ารักษาพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่ายในการติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อน อาจเป็นภาระทางการเงินทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว[12] ด้วยผลกระทบที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ โรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์จึงเป็นโรคที่ควรได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับโรคนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความตระหนักรู้ สร้างความมั่นใจ ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น[13]

แนวทางการรักษาโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ในปัจจุบัน ได้แก่ การใช้ยาต้านไทรอยด์เป็นหลัก ซึ่งมักใช้เป็นระยะเวลาประมาณ 12-18 เดือน เพื่อควบคุมการสร้างฮอร์โมนให้อยู่ในระดับปกติ[14] ก่อนจะพิจารณาหยุดยาแพทย์แนะนำให้ตรวจระดับ TSH receptor antibody เพื่อประเมินโอกาสของการกลับเป็นซ้ำ หากพบว่าระดับแอนติบอดียังคงสูงอยู่ แนะนำให้ใช้ยาต้านไทรอยด์ต่อเนื่องไปอีก 12 เดือน[9] ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย

ยาหรือมีอาการรุนแรง แพทย์อาจพิจารณาทางเลือกอื่น เช่น การรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน (Radioactive iodine therapy) ซึ่งเป็นการใช้ไอโอดีนกัมมันตรังสีทำลายเนื้อเยื่อต่อมไทรอยด์[15] หรือการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ (Thyroidectomy) ซึ่งเป็นการนำต่อมไทรอยด์ออกบางส่วนหรือทั้งหมด ทั้งนี้ วิธีการรักษาจะขึ้นอยู่กับภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงปัจจัยด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง[16] พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้[17] อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยหลายรายอาจขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคของตนเอง เช่น การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการติดตามอาการของตนเอง ซึ่งอาจส่งผลให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร หรือทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น[18] แม้จะมีการศึกษามากมายเกี่ยวกับโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ในแง่ของกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาและแนวทางการรักษา แต่ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความเข้าใจด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในบริบทที่แตกต่างกัน รวมถึงอุปสรรคที่ผู้ป่วยเผชิญในการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ การศึกษาส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นไปที่ผลของการรักษาทางการแพทย์

สำหรับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนยังพบได้น้อย อีกทั้งโปรแกรมที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ยังมีการศึกษาที่น้อยมาก แม้จะมีจำนวนผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นทุกวัน การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายที่ผู้วิจัยสนใจที่ศึกษา อีกทั้งในโรงพยาบาลบ้านไผ่มีจำนวนผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่ได้มีการเก็บข้อมูลสถิติก่อนหน้านี้ไว้ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่เข้าใจวิธีการปฏิบัติตนหรือวิธีการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตของไทรอยด์เป็นพิษเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต การศึกษาครั้งนี้จึงประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูรา[19] มาใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งทฤษฎีนี้ได้ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายชนิด โดยเชื่อว่าผู้ที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงจะสามารถควบคุมพฤติกรรมและจัดการกับความท้าทายในกระบวนการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทของผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการโรค เพิ่มความต่อเนื่องในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น และเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการพัฒนากลยุทธ์การดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Mastery Experiences) คือ การให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ที่ช่วยให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง เช่น การฝึกปฏิบัติเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกต้องหรือการจัดการอาการของโรค 2) การเรียนรู้ผ่านแบบอย่าง (Vicarious Experiences) คือการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง เช่น การใช้กลุ่มสนับสนุนจากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์คล้ายกัน 3) การโน้มน้าวทางสังคม (Verbal Persuasion) คือการให้กำลังใจและคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว หรือเพื่อน เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง 4) การควบคุมทางอารมณ์ (Emotional and Physiological States) คือการสอนเทคนิคการจัดการความเครียดและการรับมือกับอารมณ์ที่เกิดจากโรค และ 5) แรงจูงใจทางปัญญาและอารมณ์ (Cognitive and Affective Processes) คือการเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและผลของพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อสุขภาพของตน การศึกษาครั้งนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองที่ดีขึ้น ลดความรุนแรงของอาการ และส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นในระยะยาว นอกจากนี้ ยังช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ ซึ่งยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างครอบคลุมเท่ากับโรคเรื้อรังชนิดอื่น การพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยในบริบทที่แตกต่างกัน จะช่วยให้สามารถนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง
2. ผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

อาสาสมัครหรือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย คือผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ (Graves' Disease) ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกไทรอยด์ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ยืนยัน คือ ระดับ TSH ต่ำ และ FT3/FT4 สูงกว่าปกติ 3) ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการทำงานของต่อมไทรอยด์ (Antithyroid Drugs; ATDs) อย่างน้อย 3 เดือน และอยู่ในช่วงที่สามารถควบคุมอาการได้ 4) มีระดับความรู้สึกตัวดี และไม่มีภาวะสับสน ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินและการมองเห็น และ 5) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) มีภาวะโรคร่วมอื่นๆ ได้แก่ โรคติดต่อร้ายแรง หรือภาวะที่มีผลต่อการควบคุมกล้ามเนื้อ เช่น พาร์กินสัน หรือมีภาวะไม่สมดุลของระบบไหลเวียนโลหิต 2) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น วิกฤตไทรอยด์เป็นพิษ (Thyroid Storm) โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง หรือภาวะไทรอยด์ทำงานต่ำจากการรักษา และ 3) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น โรคจิตเภท

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G power 3.1.9.4 เลือกสถิติ t-test เลือก Means difference between two Independents means กำหนดค่าที่ได้จากงานวิจัยก่อนหน้าที่คล้ายคลึงกัน ขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.5 ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.05 และค่า Power of test (1-β) = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 27 ราย และเพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้นมีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 60 คน

การศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ตามคุณสมบัติตามที่กำหนด เพื่อควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นอิสระจากกัน ผู้วิจัยจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับสลากสุ่ม โดยสัปดาห์หมายเลขคี่ เช่น สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 เป็นกลุ่มควบคุม และสัปดาห์หมายเลขคู่ เช่น สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 คือกลุ่มทดลอง และทำการจับคู่ (Matched pair) เพื่อให้ลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ คือ รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[19] โดยดำเนินการผ่านกิจกรรมครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนี้ 1) ประสบการณ์ตรง (Mastery Experience) ได้แก่ การจัด workshop การดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การติดตามอาการ การปรับพฤติกรรมโภชนาการและการออกกำลังกายที่เหมาะสม และให้ผู้ป่วยทดลอง จดบันทึกสุขภาพตนเอง เช่น อาการที่พบ ระดับพลังงาน การนอนหลับ และการรับประทานอาหาร อีกทั้งให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองของแต่ละสัปดาห์และติดตามผลร่วมกับทีมวิจัย 2) การเรียนรู้จากแบบอย่าง (Vicarious Experience) โดยเชิญผู้ป่วยที่จัดการโรคได้ดีมาเล่าประสบการณ์ ในการปรับตัวและดูแลสุขภาพ จัดกลุ่ม peer support group ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และคำแนะนำซึ่งกันและกัน ใช้วิดีโอของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ดีเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ 3) การโน้มน้าวทางสังคม (Verbal Persuasion) โดยให้คำปรึกษารายบุคคล โดยพยาบาลหรือแพทย์เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการจัดการอาการ ให้ feedback เชิงบวก เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเองได้ดี และใช้เทคนิคการกระตุ้นแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพ 4) การควบคุมอารมณ์ (Emotional and Physiological States) โดยการสอนเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึก ๆ การทำสมาธิ จัด workshop การจัดการความเครียด และการรับมือกับภาวะอารมณ์ที่แปรปรวน และจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากกลุ่ม และ 5) การรับรู้ตนเองว่ามีความสามารถ (Self-Recognition of Capability) โดยให้ผู้ป่วยสะท้อนความก้าวหน้าของตนเองผ่านการเขียนไดอารี่สุขภาพหรือการบันทึกเสียง ให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันตั้งเป้าหมายใหม่ เมื่อผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และมอบใบประกาศนียบัตรหรือรางวัลเชิงสัญลักษณ์ สำหรับผู้ที่สามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี

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

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคให้ปกติ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนั้น ปฏิบัติสม่ำเสมอ ให้ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่ค่อยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้ต่ำสุดคือ 20 คะแนน และคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุดคือ 100 คะแนน คะแนนที่ได้มากหมายความว่าผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง การแปลผลคะแนนใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนรวมวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

4. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นแบบบันทึกที่บันทึกผลลัพธ์จากการรักษา ประกอบด้วย 1) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH, Free T3, Free T4) และ 2) อาการทางคลินิกของโรคไทรอยด์เป็นพิษ เช่น อาการทนร้อนไม่ได้ อ่อนเพลีย ใจสั่น อาการทางตา เช่น ตาโปน ตาตก ตาบวม การมองเห็นเบลอ เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ 2) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องของเนื้อหากับมโนทัศน์ของตัวแปร ความชัดเจนของภาษา และความเหมาะสมของกิจกรรมโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาคำนวนหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.88 และ 0.86 ตามลำดับ

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) หลังจากแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ 2) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก มาทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.86 และ 0.84 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเป็นไปได้ (Feasibility) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์มาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มอย่างที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 3 ราย นำมาประเมินความเป็นไปได้ที่ในการนำไปใช้ทั้งในด้านความยากง่ายของการใช้งาน การทำความเข้าใจในการใช้งาน จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ และ 3) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์

3) ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

4) นำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

5) ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย

2. ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรม และโครงร่างงานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและใช้ข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการวิจัย

2) เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัด

ขอนแก่น เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงวัตถุประสงค์ เครื่องมือที่ใช้ กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์หมายเลขคี่เป็นกลุ่มควบคุม และสัปดาห์หมายเลขคู่เป็นกลุ่มทดลองสลับกันในแต่ละสัปดาห์ จนครบกลุ่มละ 30 ราย

3) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและรายละเอียดที่ผู้วิจัยจะปฏิบัติ และสอบถามความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

4) ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลเองจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และจากการตรวจร่างกายผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลา 20 นาที

5) ดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ในกลุ่มทดลอง ดังนี้

วันที่ 1 ครั้งที่ 1 (เวลา 9.00 น. -11.00 น.) (1) ประสบการณ์ตรง (Mastery Experience) **เป้าหมาย** ให้ผู้ป่วยมีโอกาสฝึกปฏิบัติจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

กิจกรรม 1) จัด workshop การดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การติดตามอาการ การปรับพฤติกรรมโภชนาการ และการออกกำลังกายที่เหมาะสม 2) ให้ผู้ป่วยทดลองจดบันทึกสุขภาพตนเอง เช่น อาการที่พบ ระดับพลังงาน การนอนหลับ และการรับประทานอาหาร 3) ให้ผู้ป่วยกำหนด เป้าหมายการดูแลตนเอง ของแต่ละสัปดาห์และติดตามผลร่วมกับทีมวิจัย

วันที่ 1 ครั้งที่ 2 (เวลา 11.00 น. -12.00 น.) (2) การเรียนรู้จากแบบอย่าง (Vicarious Experience) **เป้าหมาย** ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น

กิจกรรม 2) เชิญ ผู้ป่วยที่จัดการโรคได้ดีมาเล่าประสบการณ์ ในการปรับตัวและดูแลสุขภาพ 2) จัดกลุ่ม peer support group ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และคำแนะนำซึ่งกันและกัน ใช้วิดีโอหรือกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ดี เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ

สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 1 เดือน ผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน (ใช้ระยะเวลา 15 นาที/ครั้ง) (3) การโน้มน้าวทางสังคม (Verbal Persuasion) **เป้าหมาย** เพิ่มความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

กิจกรรม 1) ให้คำปรึกษารายบุคคล โดยพยาบาลหรือแพทย์เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการจัดการอาการ

- ให้ feedback เชิงบวก เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเองได้ดี 2) ใช้เทคนิคการกระตุ้นแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2 (ใช้ระยะเวลา 45 นาที) (4) การควบคุมอารมณ์ (Emotional and Physiological States) **เป้าหมาย** ลดความวิตกกังวลและช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับอารมณ์ของตนเอง

กิจกรรม 1) สอนเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึก ๆ การทำสมาธิ 2) จัด workshop การจัดการความเครียด และการรับมือกับภาวะอารมณ์ที่แปรปรวน 3) จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 3 และ 4 (ใช้ระยะเวลา 35 นาที) (5) การรับรู้ตนเองว่ามีความสามารถ (Self-Recognition of Capability) **เป้าหมาย** ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ

กิจกรรม 1) ให้ผู้ป่วยสะท้อนความก้าวหน้าของตนเองผ่านการเขียนไดอารี่สุขภาพหรือการบันทึกเสียง 2) ให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันตั้งเป้าหมายใหม่ เมื่อผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ 3) มอบใบประกาศนียบัตรหรือรางวัลเชิงสัญลักษณ์ สำหรับผู้ที่สามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี

ภายหลังดำเนินการวิจัยครบ 1 เดือน ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ สำหรับแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลเองจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และจากการตรวจร่างกายผู้ป่วย และผลเลือดที่ได้จากการตรวจผู้ป่วยเป็นการตรวจตามมาตรฐานตามจำนวน ระยะเวลาของแพทย์ ไม่ได้ตรวจเพิ่มเติมเนื่องจากการวิจัย

สำหรับกลุ่มควบคุมในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติของหอผู้ป่วย และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ควบคู่กับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติของหอผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีจำนวนน้อยกว่า 50 ราย ผู้วิจัยจึงพิจารณาอ่านค่าสถิติด้วยสถิติ Shapiro wilk test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05 ผลการตรวจสอบในการศึกษานี้พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ โดยมีค่า $p > .05$

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ โดยใช้สถิติไคแสควร์ (Chi-square) ร่วมกับสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซคท์ (Fisher's exact test) ในการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติที (Dependence t-test) และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที (Independence t-test)

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่รับรอง COE025/2568 ลงวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 76.7 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.33 ปี (SD = 14.153) โดยอยู่ในช่วงอายุ 31–60 ปีรวมร้อยละ 66.6 และช่วงอายุมากกว่า 60 ปีร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือโสดร้อยละ 36.7 ศาสนาที่พบทั้งหมดเป็นศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษาร้อยละ 56.7 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 20.0 ในด้านอาชีพ ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 56.7 รองลงมาคือเกษตรกรร้อยละ 23.3 รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่ต่อเดือนอยู่ในช่วง 15,001–30,000 บาทร้อยละ 46.7 รองลงมาคือช่วงต่ำกว่า 10,000 บาทและ 10,000–15,000 บาทร้อยละ 23.3 ตามลำดับ และมีสิทธิการรักษาหลักคือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 80.0 ตามด้วยประกันสังคมร้อยละ 10.0

กลุ่มควบคุมประกอบด้วยผู้เข้าร่วมจำนวน 30 คน เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 76.7 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.97 ปี (SD = 13.040) อยู่ในช่วงอายุ 31–60 ปีรวมร้อยละ 63.3 และอายุเกินกว่า 60 ปีร้อยละ 26.7 ด้านสถานภาพสมรส พบว่าร้อยละ 70.0 อยู่ในสถานภาพคู่สมรส รองลงมาคือโสดร้อยละ 20.0 กว่าร้อยละ 96.7 นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษาร้อยละ 60.0 และมัธยมศึกษาร้อยละ 30.0 อาชีพหลักของกลุ่มควบคุมคือรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาคือเกษตรกรร้อยละ 30.0 รายได้รายเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000–15,000 บาทร้อยละ 63.3 และต่ำกว่า 10,000 บาทร้อยละ 23.3 สิทธิการรักษาที่พบมากที่สุดคือบัตร

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือประกันสังคมร้อยละ 33.3

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่า ทุกตัวแปรไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน สามารถใช้เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนได้อย่างเหมาะสม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	รวม (n=60)	Statistic value	*p*- value
	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
เพศ					
ชาย	7 (23.3)	7 (23.3)	14 (23.3)	.000[c]	1.000
หญิง	23 (76.7)	23 (76.7)	46 (76.7)		
อายุ (Mean, SD)	47.33 (14.153)	48.97 (13.040)	48.15 (13.517)	- .465[t]	.644
20-30 ปี	3 (10.0)	3 (10.0)	6 (10.0)		
31-40 ปี	7 (23.3)	7 (23.3)	14 (23.3)		
41-50 ปี	7 (23.3)	7 (23.3)	14 (23.3)		
51-60 ปี	6 (20.0)	5 (16.7)	11 (18.3)		
> 60 ปี	7 (23.3)	8 (26.7)	15 (25.0)		
สถานภาพสมรส				.672[f]	.394
โสด	11 (36.7)	6 (20.0)	17 (28.3)		
คู่	15 (50.0)	21 (70.0)	36 (60.0)		
หม้าย	3 (10.0)	1 (3.3)	4 (6.7)		
แยกกันอยู่	1 (3.3)	2 (6.7)	3 (5.0)		
การนับถือศาสนา				4.291[f]	.321
พุทธ	30 (100.0)	29 (96.7)	59 (98.3)		
คริสต์	0 (0.0)	1 (3.3)	1 (1.7)		
ระดับการศึกษา				5.515[f]	.130
ไม่ได้ศึกษา	0 (0.0)	1 (3.3)	1 (1.7)		
ประถมศึกษา	17 (56.7)	18 (60.0)	35 (58.3)		
มัธยมศึกษา	6 (20.0)	9 (30.0)	15 (25.0)		
ประกาศนียบัตร	5 (16.7)	2 (6.7)	7 (11.7)		
ปริญญาตรี	2 (6.7)	0 (0.0)	2 (3.3)		
การประกอบอาชีพ				.109[f]	.861
ค้าขาย	4 (13.3)	3 (10.0)	7 (11.7)		
รับจ้าง	17 (56.7)	17 (56.7)	34 (56.7)		
เกษตรกร	7 (23.3)	9 (30.0)	16 (26.7)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2 (6.7)	1 (3.3)	3 (5.0)		
รายได้ต่อเดือน (บาท)				2.768[f]	.289
< 10,000	7 (23.3)	7 (23.3)	14 (23.3)		
10,000 - 15,000	9 (30.0)	19 (63.3)	28 (46.7)		
15,001 - 30,000	14 (46.7)	2 (6.7)	16 (26.7)		

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	รวม (n=60)	Statistic value	*p*- value
	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
30,001 - 50,000	0 (0.0)	1 (3.3)	1 (1.7)		
50,001 - 100,000	0 (0.0)	1 (3.3)	1 (1.7)		
สิทธิการรักษาของผู้ป่วย				2.126[f]	.737
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	24 (80.0)	20 (66.7)	44 (73.3)		
ประกันสังคม	3 (10.0)	10 (33.3)	13 (21.7)		
ข้าราชการ/กรมบัญชีกลาง	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (1.7)		
ชำระเงินเอง	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (1.7)		
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (1.7)		

หมายเหตุ: [t]*= Independent t-test,* [c] *= Chi-square test,* [f]*= Fisher's Exact test*

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์

2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean = 79.47, SD = 12.95 และ Mean = 66.63, SD = 10.72 ตามลำดับ) โดยมีค่าเฉลี่ยต่างระหว่างกลุ่มเท่ากับ 12.83 คะแนน (95% CI: 6.82 ถึง 18.85) และมีขนาดอิทธิพลระดับสูง (Cohen's d = 1.08) (t = 4.18, $p < .001$) ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านการรับประทานยา การติดตามอาการ การจัดการความเครียด และการปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการและการดำเนินชีวิต ดังตารางที่ 2 และ 3

2.2 ผลลัพธ์ทางคลินิก สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าระดับค่า TSH, Free T3 และ Free T4 ภายหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p > .05$) ทั้งนี้ค่า TSH ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจาก 2.21 เป็น 1.51 μIU/mL ขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มจาก 1.88 เป็น 2.26 μIU/mL (t = −0.84, $p = .403$) ส่วนค่า Free T3 และ Free T4 มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในกลุ่มทดลอง แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ($p > .05$) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับธรรมชาติของการตอบสนองทางชีวเคมีของผู้ป่วยไทรอยด์ ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาและขึ้นกับการรักษาทางเภสัชวิทยาเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะสั้น อาจส่งผลให้เกิดการควบคุมระดับฮอร์โมนได้ดีขึ้นในระยะยาว ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	t	*p*- value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (หลังการทดลอง)	79.466 (12.950)	66.633 (10.717)	4.182[b]	< .001[*]
ผลลัพธ์ทางคลินิก				
TSH				
ก่อนการทดลอง	2.213 (4.030)	1.881 (3.842)	.327[b]	.745
หลังการทดลอง	1.509 (1.748)	2.263 (4.577)	-.842[b]	.403
t (within-group)	1.226[a]	-0.338[a]		
***p*- value**	.230	.738		
Free T3				
ก่อนการทดลอง	3.554 (3.19)	4.166 (4.385)	-.619[b]	.538
หลังการทดลอง	2.905 (1.012)	3.702 (3.203)	-1.301[b]	.199
t (within-group)	1.147[a]	0.504[a]		
***p*- value**	.261	.618		
Free T4				
ก่อนการทดลอง	1.008 (0.299)	1.237 (0.870)	-1.362[b]	.178
หลังการทดลอง	1.041 (0.361)	1.121 (0.564)	-0.654[b]	.516
t (within-group)	-.503[a]	0.718[a]		
***p*- value**	.619	.478		

*หมายเหตุ [a] = paired t-test, [b] = independent t-test, * = p<.001*

ตารางที่ 3 ผลต่างค่าเฉลี่ย ช่วงความเชื่อมั่น และขนาดอิทธิพลของพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการทดลอง (n=60)

ตัวแปร	Mean Difference (EC – CG)	95% CI	Cohen's d (effect size)	การตีความ
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (หลังการทดลอง)	12.83	6.82 ถึง 18.85	1.08	ขนาดอิทธิพลสูงมาก
TSH (หลังการทดลอง)	-0.75	-2.51 ถึง 1.00	-0.22	เล็ก ไม่แตกต่าง
Free T3 (หลังการทดลอง)	-0.80	-2.00 ถึง 0.41	-0.34	เล็ก–ปานกลาง ไม่แตกต่าง
Free T4 (หลังการทดลอง) (ปรับข้อมูลใหม่แล้ว)	-0.08	-0.32 ถึง 0.16	-0.17	เล็กมาก ไม่แตกต่าง

หมายเหตุ: EC = กลุ่มทดลอง, CG = กลุ่มควบคุม, Cohen's d คือ ดัชนีวัดขนาดอิทธิพล (effect size)

3. อาการทางคลินิกของโรคไทรอยด์เป็นพิษ ผลการศึกษาพบว่า อาการทางคลินิกหลักก่อนการทดลองคืออ่อนเพลียร่วมกับใจสั่นในทั้งสองกลุ่ม และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีแนวโน้มอาการดีขึ้น โดยสัดส่วนผู้ที่ไม่มีอาการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.7 เป็นร้อยละ 30.0 ขณะที่กลุ่มควบคุมสัดส่วนผู้ไม่มีอาการลดลงจากร้อยละ 16.7 เป็นร้อยละ 13.3 อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างโดยรวมของอาการหลังทดลองระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (t = −1.600, p = .115) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

อาการทางคลินิก	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน (%)		กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (%)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
อาการทางคลินิก (t = -1.600, p = .115)				
ไม่มีอาการทางคลินิก	8 (26.7)	9 (30.0)	5 (16.7)	4 (13.3)
อ่อนเพลีย	2 (6.7)	2 (6.7)	1 (3.3)	2 (6.7)
ใจสั่น	2 (6.7)	5 (16.7)	1 (3.3)	1 (3.3)
อ่อนเพลียร่วมกับใจสั่น	15 (50.0)	10 (33.3)	18 (60.0)	16 (53.3)
ทนร้อนไม่ได้ ร่วมกับอ่อนเพลีย	0 (0.0)	1 (3.33)	2 (6.7)	0 (0.0)
ทนร้อนไม่ได้ ร่วมกับอ่อนเพลียและใจสั่น	3 (10.0)	3 (10.0)	3 (10.0)	7 (23.3)

สรุปและอภิปรายผล

สมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Albert Bandura[19] ที่กล่าวว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญของการกระทำ โดยเมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นมากขึ้น ก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น งานวิจัยก่อนหน้าระบุว่าโปรแกรมที่มีการฝึกประสบการณ์ตรง (master-experience) และการเรียนรู้ผ่านแบบอย่าง (vicarious experience) สามารถเพิ่ม self-efficacy และพฤติกรรมดูแลตนเองในโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังเช่น การศึกษาของ Dinh & Bonner (2023)[20] แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าปัจจัยสำคัญที่มีบทบาทต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ วางแผน และดำเนินพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดหลักของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ใช้ในงานวิจัยปัจจุบัน ซึ่งประยุกต์องค์ประกอบ 5 ด้านของ Bandura[19] อันเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มสมรรถนะแห่งตนและเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ งานวิจัยนี้ได้ผสานแนวคิดดังกล่าวเข้ากับโปรแกรมอย่างเหมาะสม โดยจัดให้มีการให้ความรู้เฉพาะโรค การฝึกทักษะการสังเกตอาการ การบันทึกอาการ การตีความความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และการกำหนดเป้าหมายร่วมกับบุคลากรสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์สามารถวิเคราะห์สัญญาณเตือน สำรวจอาการของตนเอง และตัดสินใจปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมีแนวโน้มการปรับตัวด้านอาการที่ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงและมีศักยภาพสูงในการส่งเสริมการจัดการโรคของผู้ป่วย Graves' disease ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการทักษะเฉพาะด้าน การติดตามค่าฮอร์โมนและสังเกตอาการตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์เชิงบวกนี้สอดคล้องกับงานวิจัยสากล และยืนยันว่าโปรแกรมที่ออกแบบบนฐานทฤษฎีและบริบทของผู้ป่วยอย่างรอบด้านมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ดำเนินชีวิตร่วมกับโรคได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพในระยะยาว[21]

สมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวว่า ผู้ป่วยโรค Graves' disease ในกลุ่มทดลองจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับ

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน แม้ว่าผลการศึกษาจะชี้ว่าโปรแกรมมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างชัดเจน แต่กลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในตัวชี้วัดทางชีวภาพและอาการทางคลินิก เช่น ระดับ TSH, Free T3, Free T4 และอาการทางคลินิกโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับผลจากการศึกษาเมตา-วิเคราะห์ในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลตนเองหรือโปรแกรมที่ใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตน (self-management / self-efficacy-based interventions) แม้จะช่วยเพิ่ม self-efficacy และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ แต่ผลทางชีวภาพหรือผลลัพธ์เชิงคลินิกอาจไม่ปรากฏภายในระยะเวลาสั้น เช่น 3–4 เดือน[22] และจำเป็นต้องติดตามระยะยาวต่อไป[23] สาเหตุเชิงวิชาการที่อธิบายได้คือ ในบริบทของโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์นั้น การควบคุมฮอร์โมนไทรอยด์และอาการที่เกี่ยวข้องมีหลายปัจจัยร่วมทั้งด้านภูมิคุ้มกัน การรักษาโดยแพทย์ ขนาดยา เวลาการรักษา การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการปรับพฤติกรรมชีวิต ซึ่งแม้ผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแล้วก็ตาม ก็อาจต้องใช้ระยะเวลานานกว่าเพื่อให้ผลทางชีวภาพแสดงผลชัดเจน การศึกษาจาก Dinh & Bonner (2023)[20] ชี้ว่า แม้ self-efficacy และ health literacy จะสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่ได้หมายความว่าจะเห็นผลทางชีวภาพทันทีและอาจต้องมีการสนับสนุนทางคลินิกและการรักษาพื้นฐานร่วมด้วย[20]

ผลการวิเคราะห์อาการหลักของผู้ป่วยก่อนและหลังโปรแกรมในทั้งสองกลุ่มแสดงแนวโน้มที่น่าสนใจ โดยในกลุ่มทดลอง สัดส่วนของผู้ที่ไม่มีอาการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.7 เป็นร้อยละ 30.0 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 16.7 เป็นร้อยละ 13.3 อย่างไรก็ตาม ผลต่างโดยรวมระหว่างกลุ่มมิได้มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องมาจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัด และระยะเวลาติดตามที่สั้นเกินไปสำหรับการแสดงผลของอาการทางคลินิกโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรค Graves' disease จากมุมมองทางสรีรวิทยา อาการเช่น เหนื่อยล้า (fatigue) ในผู้ป่วย Graves' disease แม้ฮอร์โมนจะถูกควบคุมแล้ว ยังคงเป็นปัญหาที่ยืดเยื้อและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต[24] โดยงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยบางรายยังคงมีอาการแทรกซ้อนของระบบประสาท ระบบเมตาบอลิซึม และความเหนื่อยล้าแม้ระดับฮอร์โมนจะเข้าสู่ค่าปกติแล้ว งานศึกษาดังกล่าวสนับสนุนว่า การจัดการอาการทางคลินิกอย่างครบถ้วนไม่ได้พึ่งพาเพียงการรักษาฮอร์โมนเท่านั้น แต่ยังต้องการองค์ประกอบการฟื้นฟูที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรม สุขภาพจิต และการปรับตัวของผู้ป่วย ดังนั้น แม้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจะไม่สามารถแสดงผลทันทีต่ออาการทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ แต่การพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้ไม่มีอาการในกลุ่มทดลองถือว่าเป็นสัญญาณในเชิงบวก โปรแกรมซึ่งเน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง อาจมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของ โมเดลการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งควรดำเนินควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์แบบมาตรฐาน และติดตามผลในระยะยาว เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจนยิ่งขึ้น[25]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนความสำคัญของการบูรณาการโปรแกรมดังกล่าวในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะคลินิกไทรอยด์และคลินิกโรคเรื้อรัง โปรแกรมช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการกำกับตนเองด้านการใช้ยา การสังเกตอาการ และการติดตามการรักษา ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ แม้ผลลัพธ์ทางชีวภาพและอาการทางคลินิกยังไม่แตกต่างอย่างเด่นชัดในระยะสั้น การเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจในการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นในระยะยาว

การติดตามอย่างต่อเนื่องและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นแนวทางสำคัญ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้เกิดความยั่งยืนและเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต

การศึกษาในอนาคตควรดำเนินการติดตามผลในระยะยาวมากกว่า 1 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมและผลทางชีวภาพ เช่น ระดับฮอร์โมนไทรอยด์และอาการทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและใช้การออกแบบการวิจัยแบบสุ่มควบคุม เพื่อเสริมความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ รวมทั้งศึกษาปัจจัยเชิงจิตสังคมเพิ่มเติม เช่น ความวิตกกังวล การสนับสนุนจากครอบครัว และความรู้ด้านสุขภาพที่อาจมีผลต่อสมรรถนะแห่งตนและการดูแลตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. Davies TF, Andersen S, Latif R, Nagayama Y, Barbesino G, Brito M, Eckstein AK, Stagnaro-Green A, Kahaly GJ.(2020). Graves' disease. Nat Rev Dis Primers. 2020;6(1):52. https://doi.org/10.1038/s41572-020-0184-y
2. Fukao A, Takamatsu J, Arishima T, Tanaka M, Kawai T, Okamoto Y, Miyauchi A, Imagawa A.(2019). Graves' disease and mental disorders. J Clin Transl Endocrinol. 2019;19:100207. https://doi.org/10.1016/j.jcte.2019.100207
3. Antonelli A, Ferrari SM, Ragusa F, Elia G, Paparo SR, Ruffilli I, Patrizio A, Giusti C, Gonnella D, Cristaudo A, Foddis R, Shoenfeld Y, Fallahi P.(2020). Graves' disease: Epidemiology, genetic and environmental risk factors and viruses. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2020;34(1):101387. https://doi.org/10.1016/j.beem.2020.101387
4. Toro-Tobon D, Stan MN.(2024). Graves' disease and the manifestations of thyrotoxicosis. In: Feingold KR, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.
5. Bartalena L, Tanda ML.(2022). Current concepts regarding Graves' orbitopathy. J Intern Med. 2022;292(5):692-716. https://doi.org/10.1111/joim.13524
6. Lee SY, Pearce EN.(2023). Hyperthyroidism: A Review. JAMA. 2023;330(15):1472-1483. https://doi.org/10.1001/jama.2023.19052
7. Zuntini JVR, Atala YB, Parisi MCR, Oliveira DC, Zantut-Wittmann DE.(20204). Cardiac Autonomic Neuropathy in Graves' Disease: Smoking and Age as Predictive Factors. Endocr Pract. 2024;30(9):822-9. https://doi.org/10.1016/j.eprac.2024.05.010
8. Hazkani I, Stein E, Samis J, Josefson J, Maddalozzo J, Johnston D, Huang A, Rastatter J.(2022). The effect of hyperthyroidism at thyroidectomy on complication rates in children with Graves' disease. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2022;163:111360. https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2022.111360
9. Wiersinga WM, Poppe KG, Effraimidis G.(2023). Hyperthyroidism: aetiology, pathogenesis, diagnosis, management, complications, and prognosis. Lancet Diabetes Endocrinol. 2023;11(4):282-98. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(23)00005-0
10. Holmberg M, Malmgren H, Berglund PF, Johansson B, Nyström HF.(2024). Psychiatric complications in Graves' disease. Eur Thyroid J. 2024;13(1):e230247. https://doi.org/10.1530/ETJ-23-0247
11. Piekiełko-Witkowska A, Duda MK, Bogusławska J, Mackiewicz U.(2025). The impact of autoimmune thyroid disease on cognitive and psychiatric disorders: focus on clinical, pre-clinical and molecular studies. Eur Thyroid J. 2025;14(3):e240406. https://doi.org/10.1530/ETJ-24-0406
12. Mengistu HS, Getahun KT, Alemayehu L, Gezahign S.(2022). Cost-Effectiveness Analysis of Antithyroid Drug (Propylthiouracil) Compared to Radioactive Iodine for the Treatment of Graves' Disease in Ethiopia. Clinicoecon Outcomes Res. 2022;14:221-9. https://doi.org/10.2147/CEOR.S350984

13. Brito JP, Payne S, Singh Ospina N, Rodriguez-Gutierrez R, Maraka S, Sangaralingham LR, Iñiguez-Ariza NM, Montori VM, Stan MN.(2020). Patterns of Use, Efficacy, and Safety of Treatment Options for Patients with Graves' Disease: A Nationwide Population-Based Study. Thyroid. 2020;30(3):357-64. https://doi.org/10.1089/thy.2019.0132
14. Bartalena L, Piantanida E, Gallo D, Ippolito S, Tanda ML.(2022). Management of Graves' hyperthyroidism: present and future. Expert Rev Endocrinol Metab. 2022;17(2):153-66. https://doi.org/10.1080/17446651.2022.2052044
15. Lutterman SL, Zwaveling-Soonawala N, Verberne HJ, Verburg FA, van Trotsenburg ASP, Mooij CF.(2021). The Efficacy and Short- and Long-Term Side Effects of Radioactive Iodine Treatment in Pediatric Graves' Disease: A Systematic Review. Eur Thyroid J. 2021;10(5):353-63. https://doi.org/10.1159/000517174
16. Lee SY, Pearce EN.(2023). Hyperthyroidism: A Review. JAMA. 2023;330(15):1472-83. https://doi.org/10.1001/jama.2023.19052
17. โสภณวิชญ์ ถิ่นว่อง.(2567). ปัจจัยเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์หลังการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2567;4(3):88-98.
18. กรกฎ สิรเกรียงไกร.(2566). อัตราการรักษาสำเร็จและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตอบสนองการรักษาในผู้ป่วยโรคไทรอยด์เกรฟส์ด้วยสารรังสีไอโอดีนแบบครั้งแรกในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 3. 2566;21(1):8-14
19. Bandura A.(1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
20. Dinh TT, Bonner A.(2023). Exploring the relationships between health literacy, social support, self-efficacy and self-management in adults with multiple chronic diseases. BMC health services research. 2023;23(1):923. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09907-5
21. Hoang TD, Stocker DJ, Chou EL, Burch HB.(2022). 2022 Update on Clinical Management of Graves Disease and Thyroid Eye Disease. Endocrinol Metab Clin North Am. 2022;51(2):287-304. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2021.12.004
22. Luo ZN, Li K, Chen AQ, et al.(2024). The influence of family health on self-efficacy in patients with chronic diseases: the mediating role of perceived social support and the moderating role of health literacy. BMC Public Health. 2024;24(1):3398. https://doi.org/10.1186/s12889-024-20906-x
23. Gao Y, Zheng Y, He Y, Lin J, Liu F, Fu J, Lin R.(2024). The relationship between self-efficacy, health literacy, and quality of life in patients with chronic diseases: a cross-sectional study in China. Front Public Health. 2024;12:1430202. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1430202
24. Johansson B, Holmberg M, Skau S, Malmgren H, Filipsson Nyström H.(2023). The relationship between mental fatigue, depression, and cognition in Graves' disease. Eur Thyroid J. 2023;12(4):e230040. https://doi.org/10.1530/ETJ-23-0040
25. Giordani I, Sykiotis GP.(2025). A short review of current knowledge regarding long-term treatment of Graves' disease with antithyroid drugs. Hormones (Athens). 2025;24(2):347-58. https://doi.org/10.1007/s42000-024-00618-y

ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต

Factors Effecting to Blood Sugar Level Control among Type 2 Diabetes Mellitus at Community Hospital, Phuket Province.

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 4,2025)

อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ[1] รัชนีกร ถิรตันตยาภรณ์[2] พุฒิพงศ์ มากมาย[3]
Amornsak Poum[1] Rachaneekorn Tiratuntayaporn[2] Puttipong Makmai[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โดยมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาจากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร มากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรยืนยัน จำนวน 1,769 คน ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานของสถานบริการสาธารณสุขเขตโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต การคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel จำนวน 302 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ และผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพ (r=0.127, P-value=0.035) และการรับรู้ด้านสุขภาพ (r=0.121, P-value=0.004) ตามลำดับ ปัจจัยที่สามารถทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ทำนายได้ร้อยละ 71.6

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2 การควบคุมระดับน้ำตาล การรับรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

This Survey research by Cross-sectional study aimed to study factors effecting to blood sugar level control among diabetic mellitus type 2. Population in this study consisted of 1,769 diagnosed diabetic mellitus type 2 who had fasting plasma glucose higher than 140 mg/dl drawn from name list which be registered in diabetic mellitus clinical, at community hospitals, Phuket Province, and the sample size calculating used Daniel formula for 302 cases, and systematic random sampling was determine for collecting data. Data collected by questionnaires composed of characteristics, health behavior, health perception, and blood sugar level. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by cronbach's coefficient alpha about 0.86. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis.

An association analyzed found that factors associated with blood sugar level control among diabetic mellitus type 2 with statistic significant level 0.05 including; health behavior (r=0.127, P-value=0.035) health perception (r=0.121, P-value=0.004), respectively. Prediction model analyzed reported that overall selected factors accounted for 71.6% of the variance blood sugar level control. Six selected factors including; food

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต
[3] อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก

consumption, prevention of complication, exercise, perceived risk, perceived severity, perceived benefit, respectively.

Keyword: Diabetic mellitus type 2, Blood sugar level control, Health Perception

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ทั่วโลกให้ความสนใจเนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยส่วนมากเกิดจากภาวะแทรกซ้อน จากสถิติขององค์การอนามัยโลกโดย American Diabetes Association: ADA พ.ศ.2543 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่า 171 ล้านคน คาดการณ์ว่าในอีก 20 ปี ข้างหน้า (พ.ศ. 2573) จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 438 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรค (2565) รายงานว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 5 ล้านคน โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคไตเรื้อรัง เบาหวานขึ้นตา เส้นเลือดหัวใจตีบ และหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 52 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (HbA1c(<7%) ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างจริงจัง[2]

จังหวัดภูเก็ตในช่วงระยะ 3 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2563-พ.ศ.2565) พบว่า มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 289.98, 411.85, และ 484.02 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (พ.ศ. 2563-2565) พบว่า ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 2.41, 1.65 และ 1.70 ตามลำดับ[3] จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและความรุนแรงของโรคเบาหวานในจังหวัดภูเก็ต และส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้าอาจจะต้องตัดเท้าหรือขาในกรณีที่แผลมีการลุกลามและในขณะที่มีแผลที่เท้าผู้ป่วยก็จะได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ขาดความมั่นใจ พร้อมทั้งการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นภาระของผู้ป่วยครอบครัวและสังคม รวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี[4] จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดภูเก็ต โดยศึกษาตัวแปรประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เขตโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey Research by Cross-sectional study) ตัวแปรอิสระประกอบด้วย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาล ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน และผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักของครอบครัว 2) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอลล์ การมาพบแพทย์ตามนัด การใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย 3) การรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน การรับรู้อาการแสดงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้อุปสรรคของการรักษา[5] ตัวแปรตามคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้แก่ ควบคุมน้ำตาลได้ (ค่า HbA1c ไม่เกิน 6 mg%) และควบคุมน้ำตาลไม่ได้ (ค่า HbA1c มากกว่า 6 mg%)

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน เขตอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 1,769 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาคือ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โดยมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาจากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร มากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรยืนยันและขึ้นทะเบียนผู้รับบริการของคลินิกโรคเบาหวาน ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ขาดยาและไม่ได้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ให้บุคคลอื่นมารับยาแทน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ตา ไต เท้า หัวใจ เกณฑ์การคัดออกคือ เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 302 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) การรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ให้ตอบด้วยตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาการประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาล ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ การมาพบแพทย์ตามนัด การใช้ยาสมุนไพรและแพทย์ทางเลือกและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W[6] แบ่งเป็น 3 ระดับคือ การปฏิบัติระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 3 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน, การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน, การรับรู้ประโยชน์การดูแลตนเองจากภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้อุปสรรคของการรักษา ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W[6] แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 4 การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวแปรกลุ่ม (Dichotomous data) ประกอบด้วย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ค่า HbA1c ไม่เกิน 6.5 mg%) และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (ค่า HbA1c มากกว่า 6.5 mg%)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหานำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment correlation coefficient และ Stepwise Multiple Regression Analysis

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของ

วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก เอกสารรับรองเลขที่ NTC888-0097 ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.2) มีอายุระหว่าง 50-69 ปี (ร้อยละ 71.2) ($\bar{X}$=60.60, S.D.=10.261, Min=22, Max=87) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 61.9) สถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 73.8) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.2) ที่ไม่ได้ศึกษา การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 32.5) และอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 24.5) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 5,000 ถึง 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 51) ($\bar{X}$ =12,157.62, S.D.=13,097.88, Min=0, Max=99,900) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2-10 ปี (ร้อยละ 61.6) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 22.5) ($\bar{X}$=6.42, S.D.=4.637, Min=1, Max=30) ผู้ป่วยมีสิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาลประเภทบัตรทอง (ร้อยละ 54.6)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.2 ($\bar{X}$=2.65, S.D.=0.477) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพจำแนกรายด้าน พบว่าพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์/ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 90.7), การมาพบแพทย์ตามนัด (ร้อยละ 73.8), การใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 58.6), การจัดการความเครียด (ร้อยละ 55.6) ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง ได้แก่ การออกกำลังกาย (ร้อยละ 82.1), การรับประทานอาหาร(ร้อยละ 59.3), การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย (ร้อยละ 51) ตามลำดับ การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมการรับรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.6 ($\bar{X}$=2.41, S.D.=0.493) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 80.8) สำหรับการรับรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์การดูแลตนเองจากภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 85.8), การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน (ร้อยละ 55), การรับรู้อุปสรรคของการรักษา(ร้อยละ 47.4) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดภูเก็ต (n=302)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมสุขภาพ	**197**	**65.20**	**105**	**34.80**	**-**	**-**	**2.65**	**0.477**
- การรับประทานอาหาร	123	40.70	179	59.30	-	-	2.41	0.492
- การออกกำลังกาย	16	6.30	278	82.10	8	2.60	2.03	0.281
- การจัดการความเครียด	168	55.60	129	42.70	5	1.70	2.54	0.531
- การดื่มแอลกอฮอล์/สูบบุหรี่	274	90.70	24	7.90	4	1.30	2.89	0.348
- การมาพบแพทย์ตามนัด	223	73.80	76	25.20	3	1.00	2.73	0.467
- การใช้ยา/สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก	177	58.60	123	40.70	2	0.70	2.58	0.507
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	141	46.70	154	51.00	7	2.30	2.44	0.542
การรับรู้ด้านสุขภาพ	**125**	**41.40**	**177**	**58.60**	**-**	**-**	**2.41**	**0.493**

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดภูเก็ต (n=302)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน	244	80.80	57	18.90	-	-	2.80	0.405
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	136	45.00	166	55.00	-	-	2.45	0.498
- การรับรู้ประโยชน์การดูแลตนเองจากภาวะแทรกซ้อน	259	85.80	43	14.20	-	-	2.86	0.350
- การรับรู้อุปสรรคการรักษา	71	23.50	143	47.40	88	29.10	1.94	0.724

การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดภูเก็ต โดยใช้ผลการตรวจเลือดครั้งสุดท้ายเป็นหลัก โดยจะใช้ผลการตรวจเลือดย้อนหลังไปหนึ่งครั้ง เพื่อนำมายืนยันผลเลือดครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยโรคเบาหวานว่าจะต้องมีผลการตรวจตรงกัน 2 ครั้งขึ้นไป พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน ร้อยละ 69.9 และ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 30.1 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดภูเก็ต (n=302)

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. คุมน้ำตาลได้	211	69.90
2. คุมน้ำตาลไม่ได้	91	30.10
รวม	302	100.00

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.127, P-value=0.035), (r=0.121, P-value=0.004) ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าตัวแปรที่ศึกษาสามารถร่วมกันทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 71.6 (R^2 =0.716) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 6 ตัวแปร ได้แก่ การรับประทานอาหาร (P-value=0.001) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (P-value=0.007) การออกกำลังกาย (P-value=0.004) การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน (P-value=0.032) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน (P-value=0.023) การรับรู้ประโยชน์การดูแลตนเองจากภาวะแทรกซ้อน (P-value=0.029) (ตารางที่ 4) เขียนเป็นสมการได้ดังนี้

Y (การควบคุมระดับน้ำตาล) = 1.563 + [0.135*การรับประทานอาหาร] + [0.154*การป้องกันภาวะแทรกซ้อน] + [0.190*การออกกำลังกาย] + [0.629*การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน] + [-0.263* การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน] + [-0.132* การรับรู้ประโยชน์การดูแลตนเองจากภาวะแทรกซ้อน]

ตารางที่ 4 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดภูเก็ต

ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	P-value
1. การรับประทานอาหาร	0.135	0.039	0.229	3.483	0.001
2. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	0.154	0.550	0.174	2.720	0.007
3. การออกกำลังกาย	0.190	0.610	0.185	2.926	0.004
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน	0.629	0.208	0.136	2.155	0.032
5. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	0.263	0.104	0.146	2.296	0.023
6. การรับรู้ประโยชน์การดูแลตนเองจากภาวะแทรกซ้อน	0.132	0.570	0.141	2.193	0.029
Constant	1.563	0.416	-	1.777	0.007

ค่าคงที่ = 1.563, F = 6.433, P-value<0.001, R = 0.791, R^2 = 0.716

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่ศึกษาสามารถร่วมทำนายผลการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 71.6 (P-value<0.001) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายผลได้ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์การดูแลตนเองจากภาวะแทรกซ้อน สามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (P-value=0.004) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนเองพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นๆ จะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อตนเองรวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรสและการได้กลิ่นแล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมายโดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิม[5] การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (P-value=0.032) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของโรค (Perceived risk of disease) เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ ดังนั้นการให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อ

ป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (P-value=0.023) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค การรับรู้ประโยชน์การดูแลตนเองจากภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (P-value=0.029) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) เป็นการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย[5]

พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.127, P-value=0.035) ตรงตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ที่ว่าการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบายใน การมารับบริการหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติจะขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวันก็ตาม[7] การรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (P-value=0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การควบคุมการรับประทานอาหารเป็นการรักษาอันดับแรกสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการวางแผนการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การลดน้ำหนักตัวลง และการออกกำลังกาย การควบคุมเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถรับประทานอาหารได้เหมือนกับคนปกติทั่วไป ซึ่งจะต้องหลีกเลี่ยงอาหารต้องห้ามและเลือกเสริมด้วยอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อป้องกันไม่ให้ร่างกายขาดสารอาหาร รวมทั้งเลือกรับประทานอาหารที่มีส่วนช่วยในการลดระดับน้ำตาลในเลือดด้วย อย่าง เช่น ตำลึง มะระขี้นก และอบเชย เป็นต้น อาหารปกติที่คนรับประทานส่วนใหญ่มักจะเป็นอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ซึ่งเมื่อถูกย่อยก็จะได้น้ำตาลกลูโคส ดังนั้น ในการควบคุมระดับน้ำตาลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องรู้จักการเลือกรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตและเลือกรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตที่ดี และลดการรับประทานคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว ซึ่งดูดซึมง่าย การรับประทานอาหารมื้อใหญ่ก็มีส่วนทำให้ระดับน้ำตาลขึ้นได้มากในระยะหลังการรับประทานอาหาร ดังนั้น แทนที่จะรับประทานอาหารมื้อใหญ่ ให้แบ่งเป็นมื้อเล็กๆ หลายๆ มื้อแทน

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (P-value=0.007) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจึงถือว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากบุคลากรสาธารณสุข เพราะเป็นการป้องกันโรคในระดับตติยภูมิคือป้องกันไม่ให้เกิดความพิการเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ท้ายสุดคือทำให้เกิดคุณค่าในการดูแลมากที่สุด[8] การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (P-value=0.004) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีและมีความสุขจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลสุขภาพที่จำเป็น เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพเกิดขึ้นผิดปกติเป็นการดูแลที่เกิดจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกาย เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อเป็นการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน อย่าปล่อยให้อ้วนเพราะจะทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ง่ายขึ้น ด้วยการควบคุมอาหาร โดยการกำหนดปริมาณและชนิดของอาหารให้เหมาะสมและยึดหลักการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมีการดูแลสุขภาพที่จำเป็น โดยการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี การดูแลเท้า การดื่มน้ำเพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ การควบคุมน้ำหนักตัว การอยู่ในที่อากาศบริสุทธิ์ปราศจากมลพิษและการหลีกเลี่ยงอบายมุขและสิ่งเสพติดเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ระยะเริ่มต้น[9]

ข้อเสนอแนะ

1. ในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แม้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเป็นรายด้านยังไม่เหมาะสม และเป็นพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน จึงถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะต้องหาทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและการรับรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้เกิดความรู้และการรับรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และการสนับสนุนให้กำลังใจและการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดกิจกรรม Self-help group ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติของผู้ป่วย และพัฒนาทักษะการสร้างการรับรู้ความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น คลินิกโรคเบาหวานควรมีการจัดทีมสุขภาพในการติดตามผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามและประเมินสภาพร่างกายและระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง จะทำให้สามารถลดปัญหาและอุปสรรคต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). (2009). Diabetes : Cost. Retrieved November 12, 2026,http://WWW.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ.2554-2563. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2565 จาก http://bps.ops.moph.go.th/THLSP2011-2020/index.html
3. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ข้อมูลและสถิติ. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2560. จาก http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. (2559). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2558 (28-30 มกราคม 2558).สืบค้นเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2565 จาก Website: http://www.pkto.moph.go.th/

5. Rosenstock. (1974). History origins of the health belief model: Health Education Monograph.
6. Best, John W. (1977).Research is Evaluation. (3rded). Englewod cliffs: N.J. Prentice Hall.
Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9thed). New York: John Wiley & Sons.
7. Becker, Marshall H. (1974). The Health Belief Model and Preventive Behavior. Health Education Monographs.
8. Pender. NJ, Walker SN, Sechrist KR, Strombory MF. (1990). Predicting Health-Promotion Lifestyle In the Workplace. Nurs Res 1990 Nov – Dec; 39(6): 326-32.
9. Orem, D. E. (1991). Nursing: Concepts of practice (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) ในแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

Development of nursing practice guidelines for screening and caring for diabetic patients at risk of metformin-associated lactic acidosis (MALA), Accident, Emergency and Forensic Department, Kosum Phisai Hospital.

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 4,2025)

สุพัตรา เถื่อนนาดี และคณะ[1]
Supattra Theunnadee and other[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 คน และผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยา Metformin จำนวน 128 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงกันยายน 2568 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ ได้แก่ แบบซักประวัติและแบบประเมินความเสี่ยงต่อ MALA แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และแบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติที่พัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยเบาหวานสามารถปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองและดูแลครบถ้วนร้อยละ 64.06 และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 75–87.5 สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรอง พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อ MALA ร้อยละ 29.69 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุ ≥51 ปี มีโรคร่วม เช่น โรคไตเรื้อรังและความดันโลหิตสูง และได้รับ Metformin ต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น MALA ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ≥60 ปี เพศชาย สถานภาพหม้าย อาชีพเกษตรกรรม ระดับการศึกษาประถมศึกษา รักษาเบาหวาน 6–15 ปี ได้รับ Metformin 10–15 ปี มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและโรคไตระยะ 2 บางรายไม่มีโรคร่วม อาการนำที่พบ ได้แก่ ถ่ายเหลว ปวดจุกแน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียน เหนื่อย เพลีย เบื่ออาหาร และบางรายมีไข้ หนาวสั่น ปวดตามร่างกาย

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, เบาหวาน, ภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA), การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This study was action research aimed at developing nursing practices for screening and caring for diabetic patients at risk of Metformin-Associated Lactic Acidosis (MALA) in the Emergency, Trauma, and Forensic departments of Kosumphisai Hospital. The participants included 16 professional nurses and 128 diabetic patients taking Metformin, selected through accidental sampling between October 2024 and September 2025. The research instruments comprised a patient history and MALA risk assessment form, a nursing practice compliance evaluation form, and a questionnaire assessing nurses' satisfaction with the developed practices. Data were analyze by descriptive statistic.

The results indicated that 64.06% of nurses fully complied with the screening and care guidelines, while 75–87.5% reported high to very high satisfaction with the developed practices. Among the screened patients, 29.69% were identified as at risk for MALA, most of whom were aged 51 years or older, had co morbidities such as chronic kidney disease and hypertension, and had been taking Metformin for over ten years. Patients diagnosed with MALA were primarily males aged 60 or older, widowed, engaged in agriculture, with primary-level education,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

having a diabetes duration of 6–15 years, and receiving Metformin for 10–15 years. Co morbidities commonly included hypertension and stage 2 chronic kidney disease, though some patients had no comorbid conditions. Presenting symptoms included diarrhea, abdominal discomfort, nausea, vomiting, fatigue, anorexia, and in some cases, fever, chills, and body pain.

Keywords: Nursing practice guideline; Diabetes mellitus; Metformin-Associated Lactic Acidosis *(MALA)*; Action research

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย ในปี 2562 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคนและแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2566 ของประเทศไทยและแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศสหรัฐอเมริกา (ADA 2021 Standards of Medical Care in Diabetes) ระบุว่าในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ที่ต้องเริ่มการใช้ยาให้เริ่มด้วย metformin เป็นยาตัวแรกเนื่องจากสามารถลดอัตราการเสียชีวิตโดยรวมและการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่เพิ่มน้ำหนักตัวมีประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและมีความปลอดภัยสูง แต่มีผลข้างเคียงร้ายแรงเกิดขึ้นได้ แม้จะพบไม่บ่อย คือ ภาวะกรดแลคติคจากการใช้ยาเมตฟอร์มิน (Metformin-Associated Lactic Acidosis: MALA) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุผู้ที่มีปัญหาไตหรือผู้ที่ใช้ยาเมตฟอร์มิน ระยะยาว การตรวจคัดกรองและการดูแลที่เหมาะสมโดยพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน[1]

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ระหว่างปี 2565-2567 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาMetforminและมีลักษณะMetformin-associated lactic acidosis (MALA)จำนวน 45 , 64 ,62 ราย ตามลำดับซึ่งมีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้น และส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามจำนวน 22,50,49 ราย เพื่อที่จะทำการรักษาโดยการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียมและมีจำนวน 2,4,3 รายที่เสียชีวิตจากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าวเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทั่วไปคงที่ รับยาที่รพสต.และได้รับการตรวจLABตามมาตรฐานปีละครั้งและมีอาการร่วมอื่นที่กระตุ้นให้เกิดความผิดปกติในการขับยาออกทางไต จากภาวะAcute Renal Failure ได้แก่ ไข้ ถ่ายเหลว ท้องเสีย[2] ทั้งนี้อาการดังกล่าวเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ (preventable ADR) โดยบุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยลดโอกาสและความรุนแรงเมื่อทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย และถ้ามีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว สร้างความมั่นใจในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA)ของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[3,4] และแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระบบ มีมาตรฐานและช่วยให้พยาบาลสามารถระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและดำเนินมาตรการป้องกันได้อย่างถูกต้อง ลดความรุนแรงและเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะMetformin Associated Lactic Acidosis (MALA) โรงพยาบาลโกสุมพิสัย
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนา ทดลองใช้ และประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องPAOR 4 ขั้นตอน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน16 คนและผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยยาMetforminและมารับบริการตรวจรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช เลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง กันยายน 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือบางส่วนและจากเอกสารวิชาการ ตำราต่างๆ ผ่านการปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้มีการตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะนำ และหาค่าความเชื่อมั่น(Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค(Cronbach's coefficient alpha)ประกอบด้วย

1. แบบซักประวัติและประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะMALA

2.แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) หาค่าความเชื่อมั่น(Reliability)ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค(Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.95

3.แบบสอบถามความคิดเห็นและแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย หาค่าความเชื่อมั่น(Reliability)ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค(Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ0.91

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1. ผู้วิจัยขออนุมัติจากผู้บังคับบัญชาในการทำวิจัย

2. เลือกประเด็นของปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

3. ศึกษาค้นคว้ารวบรวมแนวคิดและทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. จัดทำเอกสารเพื่อขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย เครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

5. จัดประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงแนวทางดำเนินการวิจัย การประเมินสมรรถนะ การเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ

6. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จำนวน16 คนและผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ทฟอร์มิน (Metformin) มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช เลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง กันยายน 2568

7. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยจนครบทุกขั้นตอนจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลง

ลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

8. สรุปผลการวิจัย ถอดบทเรียน นำเสนอผลการวิจัยให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

1.กลุ่มเป้าหมายในกระบวนการพัฒนาสมรรถนะการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) พยาบาลวิชาชีพที่อุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 16 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มพยาบาลวิชาชีพอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และนิติเวช ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุและประสบการณ์ทำงานที่หลากหลาย โดยมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปีเป็นส่วนใหญ่ การพัฒนาสมรรถนะและแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) ส่งผลให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางครบถ้วนสูงถึงร้อยละ 64.06 และส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ครบบางข้อหรือไม่ปฏิบัติเลยเพียงร้อยละ 35.94 ความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยร้อยละ 75–87.5 ของผู้เข้าร่วมมีความเห็นว่าแนวปฏิบัติถูกต้องตามหลักวิชาการ ใช้งานง่าย สะดวก รวดเร็ว และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันเวลา ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง อย่างไรก็ตามยังควรมีการติดตามและสนับสนุนเพิ่มเติมเพื่อให้การปฏิบัติครบถ้วนต่อเนื่องและลดข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย สามารถประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นได้

2.กลุ่มเป้าหมายในกระบวนการประเมินประสิทธิผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยา Metformin มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง กันยายน 2568 สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) จำนวน 128 ราย พบว่า ลักษณะทางประชากร กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) เนื่องจากการทำงานของอวัยวะ เช่น ไต อาจลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เพศชายและหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน แต่ผู้ป่วยชายมีแนวโน้มแสดงภาวะเสี่ยงสูงมากกว่าบางกรณี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ชั้นประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน และเกษตรกรรม ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ระยะในการได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 11-15 ปีซึ่งระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานยิ่งนาน ย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ความเสื่อมของจอตา ปลายประสาทเสื่อม โรคไตเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ รวมถึง ภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA)จากการที่ได้รับยา Metformin นานๆ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าระยะเวลาที่ได้รับยา Metformin 10-12 ปี

โรคร่วมและภาวะเสี่ยงผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น โรคไตเรื้อรัง (CKD), ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) MALA เนื่องจากโรคเหล่านี้ส่งผลต่อการทำงานของไตและการเผาผลาญยา การทำงานของไตที่ลดลง (eGFR ต่ำกว่า 60 ml/min/1.73m²) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุด พบว่าเกือบครึ่งของผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มนี้

การใช้ยา Metformin ผู้ป่วยบางรายยังคงใช้ Metformin อย่างต่อเนื่องแม้จะมีภาวะไตเสื่อมและมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย จากการประเมินตนเองว่า

ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) ไม่ได้เกิดการปรับยาเป็นเวลานาน เนื่องจากในการตรวจการทำงานของไตจะตรวจเป็นช่วงเวลาไม่ได้ตรวจทุกครั้งที่มารับยา และยังพบว่ามีผู้ป่วยบางรายใช้ยา Metformin ร่วมกับยาอื่นที่มีผลต่อไต เช่น NSAIDs ซึ่งทำให้เพิ่มความเสี่ยง เนื่องจากซื้อยารับประทานเอง และไม่ทราบว่ายามีผลต่อการเกิดภาวะนี้

ภาวะเสี่ยงเฉพาะที่พบในผู้ป่วย ภาวะขาดน้ำจากไข้หรืออาเจียน ภาวะติดเชื้อเฉียบพลัน และภาวะไตเสื่อมเฉียบพลัน เป็นปัจจัยเร่งให้เกิดภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA)ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

อาการที่นำมา ส่วนใหญ่ที่พบ อาการเหนื่อยเพลียโดยไม่มีสาเหตุ ปวดจุกแน่นท้อง ถ่ายเหลว คลื่นไส้อาเจียน มีไข้ ปวดตามร่างกาย

จากการวิเคราะห์ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป เพศชาย สถานภาพ หม้าย อาชีพเกษตรกรรม ระดับการศึกษาประถมศึกษา รักษาโรคเบาหวานที่ รพสต. ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน 6-15 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาMetformin ในช่วง10-15 ปี มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตระยะ 2 และมีบางรายที่ไม่มีโรคร่วม อาการที่นำมาพบว่ามีอาการถ่ายเหลว ปวดจุกแน่นท้องคลื่นไส้อาเจียน ก่อนหลังจากนั้นจะเหนื่อยเพลียเบื่ออาหาร บางรายมีไข้หนาวสั่นปวดตามร่างกาย ซื้อยาชุดรับประทานที่บ้าน อาการไม่ดีขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA) ได้อย่างมีประสิทธิผล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ การดูแลแบบป้องกัน (Preventive Care)[5] **และ** แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Nursing Care) แนวคิด 3 P safety ที่เน้นการประเมินปัจจัยเสี่ยงและการจัดการก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน การใช้แบบฟอร์มคัดกรองร่วมกับการซักประวัติและการประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วย ทำให้สามารถคัดกรองได้อย่างเป็นระบบ และลดข้อผิดพลาดจากการประเมินแบบไม่เป็นทางการ[6,7]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในแผนกอื่น ๆ ที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เช่น แผนกผู้ป่วยใน และแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง รพสต. เพื่อขยายผลการดูแลเชิงป้องกันในระดับโรงพยาบาลและรพสต.

2.จัดการอบรมให้แก่บุคลากรพยาบาล และทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับภาวะ Metformin Associated
Lactic Acidosis (MALA)และการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองความเสี่ยง เพื่อเสริมความรู้และสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในการดูแลผู้ป่วย และที่สำคัญการสั่งจ่ายยาที่มีผลต่อการเกิดภาวะนี้ เช่น NSAID

3.พัฒนาและบูรณาการแบบฟอร์มคัดกรองลงในระบบข้อมูลสุขภาพ (HIS) **ของโรงพยาบาล** เพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้งานและติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างเป็นระบบ

4.ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริง และบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงในนโยบายบริการ ได้แก่ ระบบ Telemedicine ส่งยากลับบ้าน การนัดตรวจติดตาม การRe- medicine

5. .พัฒนาเครื่องมือคัดกรองที่สามารถใช้งานผ่านแอปพลิเคชันหรืออุปกรณ์พกพา เพื่อเพิ่มความสะดวกและความแม่นยำในการประเมิน รวมทั้งการเข้าถึงแบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะดังกล่าวของผู้ป่วยที่ใช้ยา Metformin ในการเฝ้าระวังตนเองและสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ทันท่วงที ไม่มีอันตรายหรืออาการที่รุนแรง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษาและคณะกรรมการวิชาการที่ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดการทำงานวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเต็มใจ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน กลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล เทคนิค และการสนับสนุนตลอดกระบวนการทำวิจัย ความช่วยเหลือทุกประการมีคุณค่าและเป็นแรงผลักดันให้การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ร่มเย็น มีเดียร์.
2. โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. (2568) สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาMetforminและมีลักษณะMetformin-associated lactic acidosis (MALA). แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย 2568.
3.รจนา จักรเมธากุล. ภาวะเลือดเปนกรดแลคติกเกิน ซึ่งสัมพันธกับการใชยาเมทฟอรมิน. วารสารสมาคมเวชศาสตรปองกันแหงประเทศไทย. 2561; 8(1): 147-151.
4.ผศ.พญ. พิมพ์ใจ อันทานนท์ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
https://dmthai.org/new/images/knowledge/knowledge_2561/9301.jpg
5.ศิรานันต์ พลเหี้ยมหาญ. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากยา Metformin ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2564; 8(1): 52-62.
6.ดวงมาตย์พล, ก. (2023). การพยาบาลผู้ป่วย Metformin associated lactic acidosis ที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
7.Yimsawad, S. (2024). Metformin-Associated Lactic Acidosis (MALA). *Journal of Health Science of Thailand*, 33(Supplement 2), S360-S368. Thai DJ

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

นวัตกรรมเจลพอกเข่าด้วยสมุนไพร ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า กรณีศึกษา : ชุมชนปกากะญอ ต.แม่วะหลวง อ.ท่าสองยาง จ.ตาก

An Innovation of herbal gel for Knee Pain Relieft in Patients with Osteoarthritis Case study in Karen people in Mae Wa Luang Subdistrict, Tha Song Yang District, Tak Province.

(Received: November 21,2025 ; Revised: December 1,2025 ; Accepted: December 4,2025)

จตุพร แพงจักร[1] **นิภาพร ไพรพัลลพ**[2]
Jatuporn Pangjak Nipaporn Phaiphanlop[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเจลพอกเข่าสมุนไพรในการลดอาการปวดในผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม เพื่อประเมินประสิทธิผลของเจลพอกเข่าสมุนไพร และเพื่อประเมินความพึงพอใจนวัตกรรม โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 โดยใช้เจลพอกเข่าทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน ระยะเวลา 1 เดือน ประเมิอาการปวด ก่อนและหลังทำการทดลองแต่ละสัปดาห์ โดยใช้มาตรวัดระดับอาการปวด 10 ระดับ

ผลการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 56.7 อายุอยู่ในช่วง 40-60 ปีขึ้น ไป ร้อยละ 33.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.7 ไม่แพ้สมุนไพร/สารเคมี ร้อยละ 100 และมีอาการปวดเข่ามา 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.7 ค่าระดับความรุนแรงของอาการปวดเข่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 6.67 เมื่อเทียบกับหลังการพอกเข่าพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของการปวดที่ลดลง วัดจากค่าความเจ็บปวด หลังจากการทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.30 จากการทดลอง พบว่า อาการปวดเข่าหลังจากการใช้เจลพอกเข่าค่า ระดับความรุนแรงของอาการปวด ลดลงน้อยกว่าก่อนการรักษา การนำไปใช้ประโยชน์เชิงปริมาณ ทำให้ระดับอาการปวดในผู้ป่วยที่มีภาวะเข่าเสื่อมมีระดับอาการปวดลดลงจากเดิม และได้นวัตกรรมที่ใช้บรรเทาอาการปวดเข่าที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมให้ผู้มารับบริการ

คำสำคัญ: เจลพอกเข่าด้วยสมุนไพร ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า

Abstract

This quasi-experimental research aimed to develop a herbal knee gel to reduce pain in patients with osteoarthritis. To evaluate the effectiveness of herbal knee gel. and to assess innovation satisfaction A sample group of 30 people collected data during February 2024 by using knee gel every day, 2 times a day, morning and before bedtime, for a period of 1 month. Pain was assessed before and after the experiment each week. Using a 10-level pain scale Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results of the experiment found that the majority of the sample was male, 56.7%, aged 40-60 years and over, 33.3% were farmers, 40.0% had no chronic diseases, 56.7% were not allergic to herbs/chemicals, 100% and had knee pain for 5 years or more, 66.7%. The mean knee pain intensity level before the experiment was 6.67. Compared to after the knee wrap, it was found that the patient has a level Decreased intensity of pain Measured by pain value After the experiment, the average was 4.30. From the experiment, it was found that knee pain after using the knee gel was Severity level of pain decreased less than before treatment Quantitative utilization Causes pain levels in patients with Osteoarthritis pain levels in patients with osteoarthritis have decreased from before. Quality has been an innovation used to relieve knee pain with osteoarthritis for those who receive services.

Keywords: Herbal knee gel, patients with knee pain

[1] อาจารย์สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
[2] นักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญมากเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุรวมถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศ โดยพบว่า เพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน เอสโตรเจน (estrogen) และมีโอกาสเสี่ยงเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้มากกว่าเพศชายพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ มีอาการปวดเข่าที่รุนแรงขึ้นจนรู้สึกว่าข้อฝืด และหากปล่อยไปจะเกิดข้อพิการ ข้อเข่าโก่งจนนำไปสู่การทรงตัวไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่อย่างไร้สมรรถภาพในการประกอบอาชีพ หรือการใช้ชีวิตประจำวันเมื่อปี พ.ศ.2563 ที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่ามีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคนเป็น 570 ล้านคน โดยเฉพาะ “โรคข้อเสื่อม”สำหรับประเทศไทย จากสถิติในปีเดียวกัน มีผู้ป่วยโรคนี้ มากกว่า 6 ล้านคนโดยข้อที่เสื่อมมากที่สุด คือ ข้อเข่า ซึ่งข้อเข่าเสื่อมสภาพและหลุดลอก ทำให้เกิดอาการข้อเข่าอักเสบหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม ภาวะนี้จะรุนแรงขึ้นจนกระดูกผิวข้อทรุดตัว แนวกระดูกขาโก่งหรือเกผิดรูป ซึ่งอาจทำให้ทุพพลภาพจนไม่สามารถเดินได้ตามปกติ และเนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อที่รับน้ำหนักและใช้งานมาก มีการเสื่อมสภาพของกระดูกข้อเข่าซึ่ง การปวดเข่านี้อาจส่งผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน การทำงาน รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในปัจจุบันมีวิธีการรักษาโรคนี้มากมายหลายวิธีได้แก่ การฝึกกล้ามเนื้อ การงดการงอเข่ามาก ๆ การให้ยาลดอาการปวดอักเสบ การให้ยากลุ่มสารธรรมชาติ ที่มีองค์ประกอบของกระดูกอ่อน การฉีดสารเข้าข้อการส่องกล้องล้างข้อเข่าไปจนถึงการผ่าตัดจัดกระดูกและการเปลี่ยนข้อเข่าเทียม กระบวนการรักษาเหล่านี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง เช่น การเปลี่ยนข้อเข่าเทียมปฐมภูมิในโรงพยาบาลรัฐมีค่าใช้จ่ายประมาณ 1 แสนบาทต่อราย[1]

โรคข้อเข่าเสื่อมทางการแพทย์แผนไทยถือว่าเป็นโรคเกี่ยวกับทางลมชนิดหนึ่ง ได้แก่ โรคลมจับโปงแห้ง คือ ลมจับโปงชนิดหนึ่ง มีการอักเสบรุนแรงของข้อเข่า ทำให้มีอาการปวด บวม แดง ร้อน ที่เข่าเล็กน้อย เข่าติด ขาโก่ง นั่งยองๆไม่ได้ และโรคลมจับโปงน้ำ คือ ลมจับโปงชนิดหนึ่ง มีการอักเสบรุนแรงของข้อเข่า ทำให้มีอาการปวด บวม แดง ร้อน ที่เข่า มีน้ำในข้อมาก ขณะที่มีอาการอักเสบมากทำให้มีอาการสะบัดร้อน สะบัดหนาว กระวนกระวายและนอนไม่หลับซึ่งเป็นอาการร่วมจากการอักเสบและเป็นไข้ แนวทางการรักษาตามหลักการแพทย์แผนไทย การนวดไทยเป็นวิธีการรักษา และเพิ่มสมดุลของข้อเข่า ทำให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดและการยืดเหยียดของข้อเข่า การเคลื่อนไหลสะดวกขึ้น ประคบสมุนไพร หลังจากการนวดตามสูตรการนวดรักษาให้ประคบด้วยการประคบสมุนไพรความร้อน ซึ่งในสมุนไพรจะช่วยในเกิดความผ่อนคลาย ลดปวด ลดอาการอักเสบ ลดอาการเกร็งของข้อและกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ท้าให้เพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา ยาสมุนไพร (ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ) บรรเทาอาการ ปวดกล้ามเนื้อ ลดการอักเสบ ของกล้ามเนื้อขับลมในเส้น แก้โรค ลมกองหยาบ พอกยาสมุนไพร/ทายาสมุนไพร การใช้ยาพอกเข่าสมุนไพรซึ่งเป็นการรักษาด้วยแนวทางของแพทย์แผนไทย เพื่อลดอาการปวดข้อเข่า ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ลดภาระของผู้ดูแล ลดค่ารักษาเกี่ยวกับยาและค่าผ่าตัด[2,3] ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าประสิทธิผลของยาพอกเข่าสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม ซึ่งในด้านการรักษาด้วยศาสตร์ทางการแพทย์แผนไทยนั้น นอกจากการนวดรักษาและรับประทานยา สมุนไพรเพื่อลดอาการปวดเข่านั้น ยังมีการนำสมุนไพรมาใช้บรรเทาอาการปวดนั่นคือ การพอกยาสมุนไพร จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า การใช้ยาพอกเข่าสมุนไพรแบบเดิมจะมีขั้นตอนและอุปกรณ์ที่ใช้ค่อนข้างจะยุ่งยากและหลายขั้นตอน จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาตำรับยาสมุนไพรพอกเข่า นำมาต่อยอดเป็นผลิตภัณฑ์ให้อยู่ในรูปแบบเจล เพื่อสะดวกต่อการใช้งาน การจัดเก็บ ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเจลพอกเข่าสมุนไพรในการลดอาการปวดในผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม[4]

ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่วะหลวง จึงได้จัดทำเจลพอกเข่าด้วยสมุนไพร โดยได้นำสมุนไพรที่มีในท้องถิ่น มาหมักรวมกันเพื่อทำเป็นสารสกัดที่ได้จากสมุนไพร มาทำเป็นเจลพอกเข่าสมุนไพร ซึ่งสมุนไพรที่นำมาทำสารสกัดมีสรรพคุณลดอาการปวดบวม อาการอักเสบของกล้ามเนื้อ และเพื่อเป็นแนวทางการรักษาทางการแพทย์แผนไทยได้อีกวิธีหนึ่งกับผู้ที่มีอาการปวดและง่ายต่อการใช้งาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ดียิ่งขึ้นจากอาการปวดเข่าลดลงหลังจากใช้เจลพอกเข่าสมุนไพร

2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่ามีทางเลือกในการรักษามากขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อเข่าในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่วะหลวง จำนวน 30 คน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. การพัฒนาเจลพอกเข่าสมุนไพร ประกอบด้วย

1.1 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าเสื่อม และสมุนไพรที่มีการออกฤทธิ์ลดปวด พร้อมทั้งศึกษารูปแบบการประคบด้วยสมุนไพรที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อ เป็นฐานคิดในการสร้างนวัตกรรม

1.2 คิดค้นศึกษานำมาต่อยอดเป็นผลิตภัณฑ์ให้อยู่ในรูปแบบเจล เพื่อสะดวกต่อการใช้งาน การจัดเก็บ

1.3 ศึกษาวิธีการทำสารสกัดสมุนไพรพอกเข่าให้เป็นเจล

2. การจัดทำนวัตกรรมเจลพอกเข่าสมุนไพร

2.1 การเตรียมสารสกัดสมุนไพร นำสมุนไพรสดประกอบด้วยไพล กระดูกไก่ดำ ขมิ้นชัน ข่า รางจืด สุราหลั่ง



ภาพประกอบ 1 แสดงการคลุกเคล้าส่วนผสมของตัวยา

2.2 นำสมุนไพรมาหั่นหรือโขลกให้มีขนาดเล็กแล้วคลุกเคล้าผสมกันจากนั้นเทสุรากลั่นมาหมักผสมแล้วนำส่วนผสมสมุนไพรใส่โหล ปิดปากโหลให้สนิทแล้วนำไปแช่ในตู้เย็น เป็นเวลา 1 สัปดาห์

2.3 นำส่วนผสมสมุนไพรที่หมักไว้ 1 สัปดาห์ มาคั้นกรองเอาแต่ส่วนน้ำสารสกัดสมุนไพร

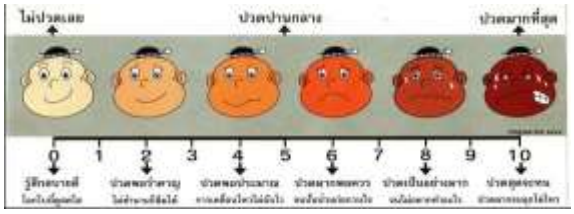
2.4 ละลาย Carbopol 940 ในน้ำสะอาด คนจนเป็นเนื้อเดียวกัน จากนั้น เติม TEA ทำการคนให้เข้ากัน จนเริ่มเป็นเนื้อเจลเหลวใสแล้วผสมกับสารสกัดสมุนไพร ที่เตรียมไว้คนให้เป็นเนื้อเดียวกัน แล้วใส่เจลพอกเข่าสมุนไพรลงในหลอดบรรจุภัณฑ์



ภาพประกอบ 2 แสดงภาพเจลพอกเข่าสมุนไพรบรรจุลงในหลอดบรรจุภัณฑ์

3. การประเมินผล โดยการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลเป็นรายบุคคล และประเมินระดับความเจ็บปวด 10 ระดับก่อนใช้นวัตกรรม โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประเมินระดับความเจ็บปวดก่อนทดลองใช้ แบบประเมินมี 6 ระดับ (ภาพประกอบ 3)

แบบประเมินความรู้สึกอาการปวด



ภาพประกอบ 3 แสดงแบบประเมินความรู้สึกอาการปวด ที่มา : คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราช (คำอธิบายเกณฑ์การวัดความปวด)

โดยผู้ศึกษาเป็นผู้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบและผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง และผู้ศึกษาจดบันทึกก่อนและหลังการใช้แต่ละสัปดาห์ จนครบ 4 สัปดาห์

1. รู้สึกสบายดี มีคะแนนอยู่ในช่วง 0 คะแนน
2. ปวดพอรำคาญ มีคะแนนอยู่ในช่วง 1-2 คะแนน
3. ปวดพอประมาณ มีคะแนนอยู่ในช่วง 3-4 คะแนน
4. ปวดมากพอสมควร มีคะแนนอยู่ในช่วง 5-6 คะแนน
5. ปวดเป็นอย่างมาก มีคะแนนอยู่ในช่วง 7-8 คะแนน
6. ปวดสุดจะทน มีคะแนนอยู่ในช่วง 9-10 คะแนน

4. สาธิตวิธีการใช้เจลพอกเข่าสมุนไพร ให้นำไปแช่ตู้เย็น แล้วพอกวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน

3. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการใช้นวัตกรรมครั้งถัดไป โดยจะนัดกลุ่มหลังใช้นวัตกรรมแต่ละสัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ในแต่ละครั้งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการซักถามอาการดำเนินของโรคหลังใช้นวัตกรรม เพื่อประเมินระดับความเจ็บปวดในแบบสอบถาม

4. เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความพึงพอใจในการใช้เจลพอกเข่าสมุนไพร

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ประวัติส่วนบุคคล/ประวัติการเจ็บป่วย		จำนวน(คน)	ร้อยละ (%)
เพศ	ชาย	17	56.7
	หญิง	13	43.3
อายุ	40 – 49 ปี	10	33.3
	50 – 59 ปี	10	33.3

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ประวัติส่วนบุคคล/ประวัติการเจ็บป่วย		จำนวน(คน)	ร้อยละ (%)
	60 ปีขึ้นไป	10	33.3
อาชีพ	เกษตรกร	12	40.0
	ค้าขาย	4	13.3
	รับจ้างทั่วไป	9	30.0
	อื่น ๆ	5	16.7
โรคประจำตัว	ไม่มี	17	56.7
	โรคเบาหวาน	5	16.7
	โรคความดันโลหิตสูง	8	26.7
การแพ้สมุนไพร/สารเคมี	ไม่แพ้	30	100
	เคยแพ้	0	0
มีอาการปวดเข่า	1–4 ปี	10	33.3
	5 ปีขึ้นไป	20	66.7

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 56.7 อายุอยู่ในช่วง 40-60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.7 ไม่แพ้ สมุนไพร/สารเคมี ร้อยละ 100 และมีอาการปวดเข่ามา 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.7

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกอาการปวดก่อนและหลังทำการทดลอง (n=30)

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับอาการปวดเข่าก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=30)

การเปรียบเทียบ	$\bar{x}$	S.D
ก่อนการทดลอง	6.67	0.661
หลังการทดลอง	4.30	0.651

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าระดับความรุนแรงของอาการปวดเข่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 6.67 เมื่อ เทียบกับหลังการพอกเข่าพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของการปวดที่ลดลง วัดจากค่าความเจ็บปวด หลังจากการทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.30 จากการทดลอง พบว่า อาการปวดเข่าหลังจากการใช้เจลพอกเข่า ค่าระดับความรุนแรงของอาการปวดลดลงน้อยกว่าก่อนการรักษา

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ประเด็นความพึงพอใจ	$\bar{x}$	S.D	แปลผล
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อกลิ่นของเจลพอกเข่า	3.80	0.41	**ปานกลาง**
2. บรรจุภัณฑ์ของเจลพอกเข่า ดึงดูดใจ น่าใช้	4.33	0.55	**มาก**
3. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อสีของเจลพอกเข่า	3.63	0.49	**ปานกลาง**
4. เจลพอกเข่าสามารถใช้ง่ายและสะดวก	3.37	0.49	**ปานกลาง**
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่จะใช้เจลพอกเข่ามากกว่ายาหรือผลิตภัณฑ์ชนิดอื่น	4.00	0.45	**มาก**
6. หลังใช้เจลพอกเข่ามีอาการปวดลดลง	4.50	0.51	**มาก**
รวม	4.73	0.35	**มาก**

จากตารางที่ 3 พบว่า แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อกลิ่นของเจลพอกเข่า ค่าเฉลี่ย 3.80 อยู่ในระดับปานกลาง บรรจุภัณฑ์ของเจลพอกเข่า ดึงดูดใจน่าใช้ ค่าเฉลี่ย 4.33 อยู่ในระดับมาก ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อสีของเจลพอกเข่า ค่าเฉลี่ย 3.63 อยู่ในระดับปานกลาง ท่านรู้สึกพึงพอใจ เจลพอกเข่าสามารถใช้ง่ายและสะดวก ค่าเฉลี่ย 3.37 อยู่ในระดับปานกลาง ท่านรู้สึกพึงพอใจที่จะใช้เจลพอกเข่ามากกว่ายาหรือผลิตภัณฑ์ชนิดอื่น ค่าเฉลี่ย 4.00 อยู่ในระดับมาก ท่านรู้สึกพึงพอหลังใช้เจลพอกเข่ามีอาการปวดลดลง ค่าเฉลี่ย 4.50 อยู่ในระดับมาก ตัวอย่างเจลพอกเข่ามีความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย 4.73 พบว่ามีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ใน ระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา เรื่องนวัตกรรมเจลพอกเข่าด้วยสมุนไพรในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า กรณีศึกษา: ชุมชน ปกากะญอ ต.แม่วะหลวง อ.ท่าสองยาง จ.ตาก ในกลุ่ม เพศชาย 17 คน เพศหญิง 13 คน ในช่วงอายุ 40 – 49 ปี 10 คน อายุ 50 – 59 ปี 10 คน ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป 10 คน มีอาชีพเกษตรกร 12 คน มีอาชีพค้าขาย 4 คน มีอาชีพรับจ้างทั่วไป 9 คน และมีอาชีพอื่น ๆ 5 คน ผู้ที่มีโรคประจำตัวโรคเบาหวาน 5 คน โรคความดันโลหิตสูง 8 คน ไม่มี 17 คน การแพ้สมุนไพร/สารเคมี ไม่แพ้ 30 คน เคยแพ้ 0 มีอาการปวดเข่า1–4 ปี 10 คน 5 ปีขึ้นไป 20 คน ทดลอง

โดยใช้เจลพอกเข่าทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน ระยะเวลา 1 เดือน ประเมิน อาการปวด ก่อนและหลังทำการทดลองแต่ละสัปดาห์โดยใช้มาตราวัดระดับอาการปวด 10 ระดับผลการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 56.7 อายุอยู่ในช่วง 40-60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.7 ไม่แพ้ สมุนไพร/สารเคมี ร้อยละ 100 และมีอาการปวดเข่ามา 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.7 ระดับอาการปวดเข่าก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่า ค่าระดับความรุนแรงของอาการปวดเข่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 6.67 เมื่อ เทียบกับหลังการพอกเข่าพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของการปวดที่ลดลง วัดจากค่าความเจ็บปวด หลังจากการทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.30 จากการทดลอง พบว่า อาการปวดเข่าหลังจากการใช้เจลพอกเข่า ค่าระดับความรุนแรงของอาการปวดลดลงน้อยกว่าก่อนการรักษา แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อกลิ่นของ เจลพอกเข่า ค่าเฉลี่ย 3.80 อยู่ในระดับปานกลาง บรรจุภัณฑ์ของเจลพอกเข่า ดึงดูดใจน่าใช้ ค่าเฉลี่ย 4.33 อยู่ในระดับมาก ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อสีของเจลพอกเข่า ค่าเฉลี่ย 3.63 อยู่ในระดับปานกลาง ท่านรู้สึกพึงพอใจ เจลพอกเข่าสามารถใช้ง่ายและสะดวก ค่าเฉลี่ย 3.37 อยู่ในระดับปานกลาง ท่านรู้สึกพึงพอใจที่จะใช้เจลพอกเข่ามากกว่ายาหรือผลิตภัณฑ์ชนิดอื่น ค่าเฉลี่ย 4.00 อยู่ในระดับมาก ท่านรู้สึกพึงพอหลังใช้เจลพอกเข่ามีอาการปวดลดลง ค่าเฉลี่ย 4.50 อยู่ในระดับมาก ตัวอย่างเจลพอกเข่ามีความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย 4.73 พบว่ามีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก

สรุปผล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.7 อายุอยู่ในช่วง 40-60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.7 ไม่แพ้สมุนไพร/สารเคมี ร้อยละ 100 และมีอาการปวดเข่ามา 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.7 ค่าระดับ ใช้แบบประเมินความรู้สึกอาการปวดในการวัดค่าความปวด ความรุนแรงของอาการปวดเข่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 6.67 เมื่อเทียบกับหลังการพอกเข่าพบว่า ผู้ป่วยมีระดับ ความรุนแรงของการปวดที่ลดลง วัดจากค่าความเจ็บปวด หลังจากการทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.30 จากการทดลองพบว่า อาการปวดเข่าหลังจากการใช้เจล พอกเข่าค่า ระดับความรุนแรงของอาการปวด ลดลงน้อยกว่าก่อนการรักษา การนำไปใช้ประโยชน์เชิงปริมาณ ทำให้ระดับอาการปวดในผู้ป่วยที่มี ภาวะเข่าเสื่อมมีระดับอาการปวดในผู้ป่วยที่มีภาวะเข่าเสื่อมมีระดับการปวดลดลงจากเดิมเชิงคุณภาพ ได้นวัตกรรมที่ใช้บรรเทาอาการปวดเข่าที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมให้ผู้มารับบริการ[5,6]

เอกสารอ้างอิง

1. ปัทมา ทองธรรมชาติ,ศุภะลักษณ์ ฟักคำ, อรุณี ยันตรปกรณ์, เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล. (2564). การพัฒนาแผ่นไฮโดรเจลสมุนไพรพอกเข่าบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้ มารับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบางแม่นาง จังหวัดนนทบุรี.วาสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ,4(3),67-79.
2. ฐิติรัตน์ ชัยชนะ,วนิษา ปันฟ้า,ยิ่งยง เทาประเสริฐ,ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงค์. (2563). การศึกษาและติดตามผลการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้นด้วยการแพทย์แผนไทย.วารสารหมอยาไทยวิจัย, 6(1),45-54.
3. ดิสพล แจ่มจันทร์,ส.ม.,พรรณี บัญชรหัตถกิจ,ส.ด. (2565). ประสิทธิผลของยาพอกเข่าสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม:การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ.Singburi Hospital Journal,31(2),14-27.
4. ศศิพิสุทธิ์ หงษ์สมบัติ, ภัทรพล อุดมลาภ, ปรางทอง ชำนิพันธ์, & ศศิพิมพ์มาศ หงษ์สมบัติ. (2024). ประสิทธิผลของนาโนอีมัลเจลยาลมจับโปงแห้งเข่ายาตำรับและยาเดี่ยวในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 12(3), 278-291.
5. อนุสรณ์ ศรแก้ว,กฤษฎ์ ทองบรรจบ,ดุสิดา ตู้ประกาย. (2567,31, ธันวาคม). ประสิทธิผลของการแพทย์แผนไทยต่ออาการข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ.วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship).7(1): 43-53.
6. Leeprakhon, A., Intajarurnsan, S., & Tiabkum, C. (2024). การพัฒนาผลิตภัณฑ์เจลสมุนไพรสูตร ประยุกต์ที่มีส่วนผสมของสารสกัดหยาบสมุนไพรจากป่าชุมชนเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อ: Product Development of Applied Herbal Gel Containing a Crude Herbal Extracts from Community Forests to Reduce Muscle Pain. Advanced Science Journal, 24(1), 160- 180.

การวิเคราะห์รูปแบบการระบาดและการแพร่กระจายของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ เพื่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกในระดับชุมชน

Analysis of Epidemic Patterns and Spread of Rabies in Animals for Development of Proactive Community-Level Surveillance System.

(Received: November 10,2025 ; Revised: November 17,2025 ; Accepted: November 22,2025)

นิเทศน์ บุตรเต[1]
Nithesn Butte[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการระบาดและการแพร่กระจายของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ในจังหวัดเลย และเพื่อพัฒนาแนวทางระบบเฝ้าระวังเชิงรุกในระดับชุมชน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง โดยศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์และมนุษย์ของจังหวัดเลย ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์รูปแบบการระบาดตามเวลา สถานที่ และบุคคล

ผลการศึกษา ในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา พบสัตว์ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าทั้งหมด 26 ตัว โดยไม่พบผู้เสียชีวิตในมนุษย์ ปี พ.ศ. 2566 พบสัตว์ติดเชื้อสูงสุด 9 ตัว และลดลงเหลือ 6 ตัวในปี พ.ศ. 2568 พื้นที่ที่พบการระบาดซ้ำได้แก่ อำเภอท่าลี่ อำเภอเมืองเลย และอำเภอด่านซ้าย ผู้สัมผัสสัตว์ที่ต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าภายหลังสัมผัสมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามจำนวนสัตว์ที่พบเชื้อ โดยในปี พ.ศ. 2568 มีผู้สัมผัสทั้งหมด 33 ราย รูปแบบการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ในจังหวัดเลยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2565-2566 และมีการกระจายตัวในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีประวัติพบเชื้อซ้ำ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกควรเน้นพื้นที่เสี่ยง การฉีดวัคซีนป้องกันในสัตว์เลี้ยง และการสร้างความตระหนักรู้ในชุมชน

คำสำคัญ: โรคพิษสุนัขบ้า การเฝ้าระวังโรค การระบาดในสัตว์ ระบบเฝ้าระวังเชิงรุก

Abstract

This study aimed to analyze epidemic patterns and spread of rabies in animals in Loei Province and to develop guidelines for a proactive community-level surveillance system. This was survey research by retrospective study using secondary data from rabies surveillance reports in animals and humans in Loei Province between 2019-2025. Data were analyzed using descriptive statistics and epidemic pattern analysis by time, place, and person.

Results Over the 7-year period, 26 animals tested positive for rabies with no human deaths. The highest number of infected animals (9 cases) occurred in 2023, decreasing to 6 cases in 2025. Areas with recurrent outbreaks included Tha Li, Mueang Loei, and Dan Sai districts. The number of people requiring post-exposure prophylaxis increased with the number of infected animals, with 33 exposed persons in 2025. The epidemic pattern of animal rabies in Loei Province showed an increasing trend during 2022-2023 with distribution across multiple areas, especially in areas with history of recurrent infections. Development of proactive surveillance systems should focus on high-risk areas, animal vaccination programs, and community awareness campaigns.

Keywords: Rabies, Disease surveillance, Animal epidemic, Proactive surveillance system

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสจากสัตว์สู่คน (Zoonotic Disease) ที่มีความรุนแรงสูงและถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา โรคนี้เกิดจากเชื้อไวรัสพิษสุนัขบ้าในกลุ่ม Lyssavirus ซึ่งโจมตีระบบประสาทส่วนกลางและมีอัตราการตายเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์เมื่อเริ่มมีอาการทางคลินิก[1] ลักษณะเด่น

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

ของโรคคือเมื่อผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการ เช่น กลัวน้ำ กลัวแสง ชักกระตุก สับสน และอัมพาต จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายในระยะเวลาอันสั้น ทำให้โรคพิษสุนัขบ้าจัดเป็นโรคติดเชื้อที่น่ากลัวและสร้างความหวาดกลัวแก่ประชาชนทั่วไปมากที่สุดโรคหนึ่ง[2] จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ประมาณการว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าประมาณ 59,000 รายต่อปี โดยร้อยละ 95 ของผู้เสียชีวิตเกิดในทวีปเอเชียและแอฟริกา[3] ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีความยากจนและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำกัด ในทวีปเอเชียโดยเฉพาะเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าปีละหลายพันราย สุนัขเป็นแหล่งแพร่เชื้อหลักที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในมนุษย์ถึงร้อยละ 99 ของผู้ป่วยทั้งหมด[4] เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีมีความเสี่ยงสูงต่อการถูกสัตว์กัดและติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้ที่ถูกสัตว์ที่มีเชื้อโรคพิษสุนัขบ้ากัดทั้งหมด[5] นอกจากการสูญเสียชีวิตแล้ว โรคพิษสุนัขบ้ายังก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจที่สำคัญ โดยมีค่าใช้จ่ายรวมประมาณ 8,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปีทั่วโลก ทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าวัคซีนป้องกันโรค และการสูญเสียกำลังแรงงาน[6]

สำหรับประเทศไทย แม้ว่าจะมีนโยบายและมาตรการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ามาอย่างยาวนานกว่า 60 ปี และได้มีการประกาศใช้ยุทธศาสตร์การควบคุมและกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์และมนุษย์ พ.ศ. 2560-2579[7] ที่มุ่งหวังจะกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าในมนุษย์ให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2583 แต่สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้ายังคงเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยยังคงมีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าเฉลี่ยปีละ 3-5 ราย ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้เสียชีวิต 3 ราย[8] และในปี พ.ศ. 2566 มีผู้เสียชีวิต 2 ราย[9] แม้ว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจะลดลงเมื่อเทียบกับในอดีตที่เคยมีผู้เสียชีวิตหลายสิบรายต่อปี แต่การมีผู้เสียชีวิตแม้เพียงรายเดียวก็ถือว่าเป็นการเสียชีวิตที่ไม่ควรเกิดขึ้น เนื่องจากโรค พิษสุนัขบ้าเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ด้วยการให้วัคซีนป้องกันโรคที่ถูกต้องและทันเวลาภายหลังการสัมผัสสัตว์ที่มีเชื้อ[10] การที่ยังคงมีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยสะท้อนถึงความท้าทายหลายประการในการควบคุมโรค ได้แก่ 1) การที่ยังมีสุนัขและแมวจำนวนมากที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและชุมชนห่างไกล อัตราการครอบคลุมวัคซีนในสุนัขของประเทศยังไม่ถึงเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ร้อยละ 70-80 เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่[11] 2) ปัญหาสุนัขและแมวจรจัดที่ไม่มีเจ้าของและไม่สามารถควบคุมได้[12] 3) ความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงของประชาชนที่ยังไม่เพียงพอ ทำให้มีผู้ที่ถูกสัตว์กัดแล้วไม่มาขอรับการรักษาทันที หรือไม่ได้รับวัคซีนครบตามที่กำหนด นอกจากนี้ยังมีปัญหาความเชื่อผิด ๆ และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการป้องกัน[13]

จังหวัดเลยซึ่งตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน มีพื้นที่ประมาณ 11,424 ตารางกิโลเมตร มีประชากรประมาณ 630,000 คน กระจายอยู่ใน 14 อำเภอ[14] พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาสูงและป่าไม้ มีลักษณะภูมิประเทศที่เอื้อต่อการมีสัตว์ป่าหลากหลายชนิด ซึ่งบางชนิดอาจเป็นพาหะของโรคพิษสุนัขบ้าได้ จังหวัดเลยมีความโชคดีที่ไม่พบผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าในมนุษย์เลยในรอบ 7 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2562-2568)[15] ซึ่งเป็นผลมาจากการทำงานอย่างต่อเนื่องของบุคลากรสาธารณสุข การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และความร่วมมือของชุมชน อย่างไรก็ตาม จังหวัดเลยยังคงพบการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์อย่างต่อเนื่อง โดยตรวจพบสัตว์ติดเชื้อทั้งหมด 26 ตัว ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว กระจายอยู่ในหลายอำเภอ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2566-2567 มีแนวโน้มการพบเชื้อในสัตว์เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[16]

การพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์แม้จะไม่มีผู้เสียชีวิตในมนุษย์ แต่สะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงที่ยังคงมีอยู่และอาจนำไปสู่การติดเชื้อในมนุษย์ได้ตลอดเวลา การพบสัตว์ติดเชื้อแต่ละครั้งก่อให้เกิดภาระงานด้านการสาธารณสุขที่สำคัญหลายประการ[17] ได้แก่ การสืบสวนเชิงระบาดวิทยาเพื่อค้นหาผู้ที่อาจสัมผัสกับสัตว์ที่ติดเชื้อ การให้วัคซีนป้องกันโรค

ภายหลังสัมผัส (Post-Exposure Prophylaxis: PEP) แก่ผู้สัมผัส การให้วัคซีนป้องกันโรคล่วงหน้า (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) แก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง การตรวจหาเชื้อในสัตว์ การกำจัดซากสัตว์ที่ติดเชื้ออย่างถูกวิธี และการประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ ทรัพยากรและบุคลากรที่ใช้ในการดำเนินงานเหล่านี้มีจำนวนมาก และหากสามารถป้องกันการเกิดโรคในสัตว์ได้ตั้งแต่ต้น ก็จะสามารถลดภาระงานและต้นทุนทางสาธารณสุขได้อย่างมีนัยสำคัญ การวิเคราะห์รูปแบบการระบาดและการแพร่กระจายของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนากลยุทธ์การควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ การศึกษาเชิงระบาดวิทยาที่วิเคราะห์ข้อมูลตามมิติของเวลา สถานที่ และบุคคล[18] จะช่วยให้เข้าใจถึงพลวัตของการระบาด ปัจจัยเสี่ยง พื้นที่เสี่ยง และกลุ่มเป้าหมายที่ควรให้ความสำคัญ ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุก (Proactive Surveillance) ที่ไม่เพียงแต่รอรับรายงานกรณีโรคเท่านั้น แต่สามารถคาดการณ์ ค้นหา และป้องกันการระบาดได้อย่างทันท่วงที[19] ระบบเฝ้าระวังที่ดีจะช่วยลดเวลาในการตอบสนองต่อการระบาด ลดจำนวนผู้ที่ต้องสัมผัสกับสัตว์ที่มีเชื้อ และท้ายที่สุดคือป้องกันการสูญเสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าอย่างยั่งยืน[20]

การศึกษานี้จึงมุ่งหวังที่จะวิเคราะห์รูปแบบการระบาดและการแพร่กระจายของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ในจังหวัดเลยอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังเชิงรุกในระดับชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปสู่การควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นส่วนหนึ่งในการบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยตามยุทธศาสตร์ระดับชาติต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ในจังหวัดเลย ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2568 ตามมิติของเวลา สถานที่ และบุคคล

2. เพื่อศึกษาภาระงานด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในมนุษย์ที่เกิดจากการพบเชื้อในสัตว์เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกในระดับชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดเลย

วิธี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง Survey Research by Retrospective Study โดยศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์และมนุษย์ของจังหวัดเลย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย

1. สัตว์ที่ได้รับการตรวจหาเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าทั้งหมดในจังหวัดเลย ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2568

2. ผู้สัมผัสสัตว์ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าที่ได้รับการดูแลและให้วัคซีนป้องกันโรค

3. บุคลากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแบบฉีดป้องกันโรคล่วงหน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์รูปแบบการระบาดตามมิติทางระบาดวิทยา ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลด้านเวลา: วันเดือนปีที่พบสัตว์ติดเชื้อ แนวโน้มการระบาดรายปี รายเดือน

1.2 ข้อมูลด้านสถานที่: อำเภอ ตำบล หมู่บ้านที่พบการระบาด พื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำ

1.3 ข้อมูลด้านบุคคล: ชนิดของสัตว์ที่พบเชื้อ จำนวนผู้สัมผัส ระดับความรุนแรงของการสัมผัส

1.4 แบบบันทึกข้อมูลภาระงานด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรค ประกอบด้วย

1.5 จำนวนผู้สัมผัสที่ต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคภายหลังสัมผัส

1.6 จำนวนบุคลากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคล่วงหน้า

1.7 จำนวนสัตว์เลี้ยงที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. รายงานการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าจากกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

2. ฐานข้อมูลการตรวจหาเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์จากสำนักงานปศุสัตว์จังหวัดเลย

3. รายงานการให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าภายหลังสัมผัสจากโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดเลย

4. รายงานการให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแบบฉีดป้องกันโรคล่วงหน้าแก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง

5. ข้อมูลประชากรและพื้นที่จากสำนักงานสถิติจังหวัดเลย

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงข้อมูลเพื่อการวิจัยและรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะของข้อมูล

การวิเคราะห์แนวโน้ม (Trend Analysis) วิเคราะห์แนวโน้มการระบาดรายปี รายเดือน โดยใช้กราฟเส้นและการวิเคราะห์อัตราการเปลี่ยนแปลง

การวิเคราะห์เชิงพื้นที่ (Spatial Analysis) สร้างแผนที่แสดงการกระจายของการระบาดตามพื้นที่และระบุพื้นที่เสี่ยงที่มีการระบาดซ้ำ

การวิเคราะห์ภาระงาน (Workload Analysis) คำนวณอัตราส่วนของผู้สัมผัสต่อสัตว์ที่พบเชื้อ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสัตว์ที่พบเชื้อกับภาระงานด้านการป้องกันโรค ใช้โปรแกรม Microsoft Excel และโปรแกรมสำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้โปรแกรม QGIS ในการสร้างแผนที่เชิงพื้นที่

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 011/2569

ผลการศึกษา

รูปแบบการระบาดตามมิติของเวลา

การวิเคราะห์สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์จังหวัดเลย ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2568 พบสัตว์ติดเชื้อรวม 26 ตัว โดยมีการระบาดสูงสุดในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 9 ตัว (ร้อยละ 34.6) และมีแนวโน้มลดลงใน ปี พ.ศ. 2568 เหลือ 6 ตัว (ร้อยละ 23.1) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนสัตว์ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าจังหวัดเลย แยกตามปี พ.ศ. 2562-2568

ปี พ.ศ.	จำนวนสัตว์ติดเชื้อ (ตัว)	ร้อยละ	หมายเหตุ
2562	2	7.7	พบในพื้นที่จำกัด
2563	0	0.0	ไม่พบสัตว์ติดเชื้อ
2564	0	0.0	ไม่พบสัตว์ติดเชื้อ
2565	1	3.8	พบ 1 ราย
2566	9	34.6	พบสูงสุด
2567	8	30.8	แนวโน้มยังสูง
2568	6	23.1	ลดลงจากปีก่อน
รวม	**26**	**100.0**	-

การกระจายของสัตว์ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัดเลย ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2568 ครอบคลุม 13 อำเภอ โดยอำเภอท่าลี่พบสัตว์ติดเชื้อสูงสุด จำนวน 7 ตัว (ร้อยละ 26.9) และเป็นพื้นที่ระบาดซ้ำที่มีความเสี่ยงสูง รองลงมาคืออำเภอเมืองเลยและอำเภอด่านซ้าย พบอำเภอละ 4 ตัว (ร้อยละ 15.4) จากการ

วิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ของจังหวัดเลยระหว่างปี พ.ศ. 2562-2568 พบว่า ในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา มีสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าทั้งหมด 26 ตัว โดยไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าในมนุษย์แม้แต่รายเดียว แนวโน้มการพบเชื้อในสัตว์มีความผันผวนในแต่ละปี โดยในปี พ.ศ. 2562 พบสัตว์ติดเชื้อ 2 ตัว ปี พ.ศ. 2563-2564 ไม่พบสัตว์ติดเชื้อเลย ปี พ.ศ. 2565 พบสัตว์ติดเชื้อ 1 ตัว จากนั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ. 2566 เป็น 9 ตัว และปี พ.ศ. 2567 พบ 8 ตัว ก่อนลดลงเหลือ 6 ตัวในปี พ.ศ. 2568 เมื่อพิจารณาตามช่วงเวลาภายในปี พบว่า การระบาดของโรคไม่มีฤดูกาลที่ชัดเจน สามารถพบการระบาดได้ตลอดทั้งปี อย่างไรก็ตาม มีแนวโน้มที่พบสัตว์ติดเชื้อมากขึ้นในช่วงฤดูแล้ง (มกราคม-พฤษภาคม) โดยเฉพาะในเดือนมีนาคมและพฤษภาคม ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของสัตว์ที่ออกหาอาหารและน้ำมากขึ้นในช่วงนี้ ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับมนุษย์และสัตว์เลี้ยงเพิ่มขึ้นสำหรับกรณีไข้สมองอักเสบไม่ทราบสาเหตุ (A86) ซึ่งเป็นกรณีที่ต้องเฝ้าระวังเพื่อคัดกรองโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากปี พ.ศ. 2562 ที่มี 11 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 29 รายในปี พ.ศ. 2566 และลดลงเหลือ 20 รายในปี พ.ศ. 2567 โดยไม่พบผู้เสียชีวิตเลย และในปี พ.ศ. 2568 ยังไม่มีรายงานกรณี A86 ซึ่งอาจสะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังและการให้วัคซีนป้องกันโรคที่ดีขึ้น

รูปแบบการระบาดตามมิติของสถานที่

การวิเคราะห์การกระจายตัวของการระบาดตามพื้นที่พบว่า มีการระบาดในหลายอำเภอของจังหวัดเลย โดยพื้นที่ที่พบการระบาดบ่อยที่สุดและมีการพบเชื้อซ้ำ ได้แก่

1. อำเภอท่าลี่ เป็นพื้นที่ที่พบการระบาดมากที่สุด โดยพบสัตว์ติดเชื้อในหลายตำบล ได้แก่ ตำบลน้ำแคม ตำบลหนองผือ และตำบลท่าลี่ มีการพบเชื้อในหลายปี ได้แก่ ปี พ.ศ. 2568 พบ 3 ครั้ง (เดือนมีนาคม และเดือนพฤษภาคม)

2. อำเภอเมืองเลย พบการระบาดในตำบลกกดู่ และตำบลเมือง โดยพบสัตว์ติดเชื้อในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 2 ครั้ง

3. อำเภอด่านซ้าย พบการระบาดในตำบลปากหมัน และตำบลโพนสูง โดยพบสัตว์ติดเชื้อในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 2 ครั้ง

4. อำเภออื่น ๆ ที่เคยพบการระบาดในปีก่อนหน้า ได้แก่ อำเภอภูกระดึง อำเภอวังสะพุง อำเภอเอราวัณ อำเภอหนองหิน อำเภอภูหลวง อำเภอผาขาว อำเภอนาด้วง อำเภอปากชม อำเภอเชียงคาน และอำเภอภูเรือ

การวิเคราะห์ลักษณะของพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำพบว่า พื้นที่เหล่านี้มีลักษณะร่วมกันคือ เป็นพื้นที่ชนบทที่มีป่าไม้และภูเขา มีการเลี้ยงสัตว์เลี้ยงจำนวนมาก โดยเฉพาะสุนัขและแมว และพบว่า มีอัตราการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในสัตว์เลี้ยงต่ำกว่าร้อยละ 70 นอกจากนี้ พื้นที่ดังกล่าวยังมีรายงานการพบสัตว์ป่า เช่น จิ้งจอก ที่ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งอาจเป็นแหล่งแพร่เชื้อสู่สัตว์เลี้ยงและมนุษย์

รูปแบบการระบาดตามมิติของบุคคล (สัตว์)

วิเคราะห์ชนิดของสัตว์ที่พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า สัตว์ส่วนใหญ่เป็นสุนัข คิดเป็นร้อยละ 73.1 (19 ตัวจาก 26 ตัว) รองลงมาเป็นแมว ร้อยละ 11.5 (3 ตัว) และสัตว์ป่า โดยเฉพาะจิ้งจอก ร้อยละ 15.4 (4 ตัว) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศที่พบว่า สุนัขเป็นแหล่งแพร่เชื้อหลักของโรคพิษสุนัขบ้า การวิเคราะห์ลักษณะของสัตว์ที่พบเชื้อพบว่า ส่วนใหญ่เป็นสัตว์เลี้ยงที่มีเจ้าของ แต่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมการออกหากินนอกบ้านและมีโอกาสสัมผัสกับสัตว์ป่าหรือสัตว์จรจัด สำหรับกรณีที่พบเชื้อในสัตว์ป่า โดยเฉพาะจิ้งจอก พบว่า สัตว์เหล่านี้มักเข้ามาในชุมชนและสัมผัสกับสัตว์เลี้ยงหรือมนุษย์ โดยแสดงพฤติกรรมผิดปกติ เช่น ไม่กลัวคน เข้าหาคน หรือทำร้ายสัตว์อื่น ก่อนที่จะถูกจับหรือถูกฆ่าและส่งตรวจหาเชื้อ

ภาระงานด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรค

การวิเคราะห์ภาระงานที่เกิดจากการพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์พบว่า

1. การให้วัคซีนป้องกันโรคภายหลังสัมผัส (Post-Exposure Prophylaxis: PEP)

ในปี พ.ศ. 2568 มีผู้สัมผัสสัตว์ที่พบเชื้อทั้งหมด 33 ราย จาก 7 เหตุการณ์การพบเชื้อ โดยแบ่งเป็นผู้สัมผัสระดับต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ผู้สัมผัสที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (การสัมผัสที่ไม่ติดโรค) 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

1.2 ผู้สัมผัสที่มีโอกาสติดโรค 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.1

1.3 ผู้สัมผัสที่มีโอกาสติดโรคสูง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.2

ผู้ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบตามเกณฑ์มีทั้งหมด 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.4 ขณะที่ไม่มีรายใดที่ได้รับวัคซีนไม่ครบหรือล่าช้า ทั้งนี้ ผู้สัมผัสที่ไม่ได้รับวัคซีนส่วนใหญ่เป็นกรณีที่ไม่เข้าเกณฑ์การรับวัคซีน เช่น สัมผัสผิวหนังที่ไม่มีบาดแผล หรือเป็นผู้ที่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคล่วงหน้าและต้องการเพียงการกระตุ้น อัตราส่วนของผู้สัมผัสต่อสัตว์ที่พบเชื้อในปี พ.ศ. 2568 เท่ากับ 5.5:1 (33 รายต่อ 6 ตัว) ซึ่งสูงกว่าปีก่อนหน้า แสดงให้เห็นว่า การพบเชื้อในสัตว์แต่ละครั้งส่งผลกระทบต่อผู้คนในชุมชนจำนวนมาก โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง หรือเป็นพื้นที่ที่มีการเลี้ยงสัตว์เลี้ยงจำนวนมาก

2. การให้วัคซีนป้องกันโรคล่วงหน้า (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP)

ในปี พ.ศ. 2568 มีการให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแบบฉีดป้องกันโรคล่วงหน้าแก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 184 โด๊ส กระจายในหลายอำเภอ โดยแบ่งตามประเภทของบุคลากรดังนี้

2.1 บุคลากรสาธารณสุข 117 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.6 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยและสัมผัสกับสัตว์ในการปฏิบัติงาน

2.2 บุคลากรปศุสัตว์ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.2 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดเนื่องจากต้องสัมผัสกับสัตว์โดยตรง

2.3 บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.4 ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการจัดการสัตว์จรจัดในชุมชน

2.4 บุคลากรอื่น ๆ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.8

พื้นที่ที่มีการให้วัคซีนป้องกันโรคล่วงหน้ามากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอเอราวัณ (78 โด๊ส) อำเภอภูกระดึง (24 โด๊ส) และอำเภอท่าลี่ (24 โด๊ส) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักในพื้นที่เสี่ยงและการเตรียมความพร้อมของบุคลากร

ต้นทุนและภาระงาน

แม้ว่าการศึกษานี้จะไม่ได้คำนวณต้นทุนทางการเงินโดยตรง แต่สามารถประเมินภาระงานที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายในการให้วัคซีน PEP แก่ผู้สัมผัส 14 ราย (โดยเฉลี่ย 4-5 โด๊สต่อราย) และค่าใช้จ่ายในการให้ Rabies Immunoglobulin สำหรับผู้สัมผัสระดับรุนแรง

2. ค่าใช้จ่ายในการให้วัคซีน PrEP แก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง 184 โด๊ส

3. เวลาและบุคลากรในการสืบสวนเชิงระบาดวิทยา การติดตามผู้สัมผัส และการดูแลรักษา

4. ค่าใช้จ่ายในการตรวจหาเชื้อในสัตว์ และการกำจัดซากสัตว์ที่ติดเชื้อ

จากการประเมินเบื้องต้น พบว่า แต่ละเหตุการณ์การพบเชื้อในสัตว์ก่อให้เกิดภาระงานที่ไม่เพียงแต่ในแง่ของการใช้ทรัพยากรเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความกังวลของประชาชนในพื้นที่ การรับรู้ความเสี่ยง และความจำเป็นในการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชน

ความสัมพันธ์ระหว่างการพบเชื้อในสัตว์กับภาระงานในมนุษย์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า จำนวนผู้สัมผัสที่ต้องได้รับวัคซีนมีความสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนสัตว์ที่พบเชื้อ โดยในปีที่มีการพบเชื้อในสัตว์มาก (ปี พ.ศ. 2566-2567) จะมีจำนวนผู้สัมผัสและภาระงานด้านการให้วัคซีนสูงตามไปด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า พื้นที่ที่มีการพบเชื้อซ้ำจะมีภาระงานสะสมที่สูงกว่าพื้นที่อื่น เนื่องจากต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า แม้จังหวัดเลยจะไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าในมนุษย์ แต่การพบเชื้อในสัตว์ก่อให้เกิดภาระงานด้าน

การสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งต้องอาศัยทรัพยากร บุคลากร และการประสานงานระหว่างหลายหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง การลงทุนในการป้องกันและควบคุมโรคในสัตว์จึงเป็นกลยุทธ์ที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพในการลดภาระงานในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นรูปแบบการระบาดและการแพร่กระจายของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ในจังหวัดเลยอย่างชัดเจน โดยพบว่า แม้จะไม่มีผู้เสียชีวิตในมนุษย์ แต่การพบเชื้อในสัตว์อย่างต่อเนื่องสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงที่ยังคงมีอยู่และความจำเป็นในการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาสอดคล้องกับหลักการทางระบาดวิทยาของโรคพิษสุนัขบ้าที่พบทั่วโลก[19] แต่มีบริบทเฉพาะของพื้นที่ที่ควรนำมาพิจารณาในการวางแผนควบคุมโรค

การวิเคราะห์รูปแบบการระบาด

รูปแบบการระบาดที่พบในจังหวัดเลยมีลักษณะที่น่าสนใจหลายประการ ประการแรก การที่ไม่พบสัตว์ติดเชื้อในปี พ.ศ. 2563-2564 อาจเป็นผลมาจากการควบคุมโรคที่เข้มข้นในช่วงดังกล่าว หรืออาจเป็นเพียงการที่ไม่มีการรายงานหรือตรวจพบเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ma และคณะ[19] ที่พบว่า การระบาดของโรคพิษสุนัขบ้ามักมีลักษณะเป็นวงจร (Cyclic Pattern) โดยมีช่วงที่มีการระบาดสูงสลับกับช่วงที่มีการระบาดต่ำ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนสัตว์ที่พบเชื้อในปี พ.ศ. 2566 จาก 1 ตัวในปีก่อนหน้าเป็น 9 ตัว เป็นข้อมูลที่สำคัญที่ต้องวิเคราะห์อย่างรอบคอบ อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น การเพิ่มขึ้นของประชากรสัตว์เลี้ยงที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน การเคลื่อนย้ายสัตว์ระหว่างพื้นที่ หรือการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของสัตว์ป่า การศึกษาของ Vigilato และคณะ[20] ในทวีปอเมริกาใต้ก็พบรูปแบบที่คล้ายกันในพื้นที่ที่มีการควบคุมโรคไม่ต่อเนื่อง

ความสำคัญของพื้นที่เสี่ยง

การที่พบว่า อำเภอท่าลี่ อำเภอเมืองเลย และอำเภอด่านซ้าย เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำหลายครั้ง ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการระบุและจัดการพื้นที่เสี่ยง (Hotspot Identification and Management) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเฝ้าระวังเชิงรุกที่เน้นการมุ่งเน้นทรัพยากรไปยังพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง[21] ลักษณะทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่เหล่านี้ที่มีป่าไม้และภูเขา ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสัตว์ป่าที่อาจเป็นแหล่งแพร่เชื้อ โดยเฉพาะจิ้งจอกที่พบว่าเป็นพาหะสำคัญในบางพื้นที่ การศึกษาของ Hampson และคณะ[5] ในทวีปแอฟริกาพบว่า พื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำมักเป็นพื้นที่ที่มี การเลี้ยงสุนัขหนาแน่นและอัตราการฉีดวัคซีนในสัตว์ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในจังหวัดเลยที่พบว่า พื้นที่ระบาดซ้ำมีอัตราการฉีดวัคซีนในสัตว์เลี้ยงต่ำกว่าร้อยละ 70 ขณะที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้มีอัตราการฉีดวัคซีนอย่างน้อยร้อยละ 70-80 เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ (Herd Immunity) ที่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้[5]

บทบาทของสัตว์ป่า

การพบจิ้งจอกติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่จังหวัดเลยเป็นข้อมูลที่สำคัญและต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ สัตว์ป่า โดยเฉพาะสัตว์ในวงศ์สุนัขจิ้งจอก (Canidae) เป็นพาหะธรรมชาติของไวรัสพิษสุนัขบ้าและสามารถถ่ายทอดเชื้อสู่สัตว์เลี้ยงและมนุษย์ได้ การศึกษาของ Rupprecht และคณะ[22] ชี้ให้เห็นว่า ในพื้นที่ที่มีสัตว์ป่าเป็นแหล่งแพร่เชื้อ การควบคุมโรคจะซับซ้อนกว่าพื้นที่ที่มีเพียงสัตว์เลี้ยงเป็นพาหะ เนื่องจากสัตว์ป่าเคลื่อนย้ายได้อย่างอิสระและยากต่อการควบคุม ประเทศไทยมีรายงานการพบเชื้อในสัตว์ป่าหลายชนิด โดยเฉพาะจิ้งจอกและชะมด ซึ่งมีการกระจายตัวในพื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[23] การจัดการปัญหานี้ต้องอาศัยการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช ในการเฝ้าระวังและจัดการสัตว์ป่า ควบคู่ไปกับการสร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับความเสี่ยงจากสัตว์ป่าและการหลีกเลี่ยงการสัมผัส

ภาระงานและความคุ้มค่าของการป้องกัน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แม้จังหวัดเลยจะไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า แต่ภาระงานด้าน

การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมีความสำคัญและต้องใช้ทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง การที่มีผู้สัมผัสเฉลี่ย 5.5 รายต่อสัตว์ที่พบเชื้อ 1 ตัว สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบกว้างขวางของการระบาดในสัตว์ต่อชุมชน การศึกษาทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในหลายประเทศพบว่าต้นทุนของการให้วัคซีนป้องกันโรคภายหลังสัมผัสแก่มนุษย์สูงกว่าการฉีดวัคซีนป้องกันในสัตว์หลายเท่า โดยเฉพาะเมื่อคำนวณรวมต้นทุนทางอ้อม เช่น การขาดงาน ค่าเดินทาง และความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว การลงทุนในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในสัตว์เลี้ยงอย่างครอบคลุมจึงเป็นกลยุทธ์ที่คุ้มค่าในระยะยาว ตามแนวคิด One Health[17] ที่เน้นการควบคุมโรคที่แหล่งกำเนิด (Source Control) ซึ่งในกรณีของโรคพิษสุนัขบ้าคือสัตว์ การศึกษาของ Vigilato และคณะ[10] คำนวณว่า การลงทุนในการฉีดวัคซีนให้สุนัข 1 ตัว สามารถป้องกันต้นทุนการรักษาในมนุษย์ได้มากกว่า 10 เท่า

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการตีความผล ประการแรก การศึกษาใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานการเฝ้าระวัง อาจมีข้อมูลบางส่วนที่ไม่สมบูรณ์หรือมีการบันทึกที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในกรณีที่มีการสัมผัสสัตว์แต่ไม่มีการรายงาน ประการที่สอง การศึกษาไม่ได้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงเชิงลึก เช่น ลักษณะทางพันธุกรรมของเชื้อ พฤติกรรมของสัตว์ หรือปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการระบาด ซึ่งต้องอาศัยการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต ประการที่สาม การประเมินภาระงานยังไม่ได้คำนวณต้นทุนทางการเงินโดยละเอียด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนจัดสรรทรัพยากร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยง ควรมีการจัดตั้งหน่วยเฝ้าระวังเชิงรุกในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำ โดยมีส่วนประกอบสำคัญ ดังนี้

1.1การจัดตั้งทีมเฝ้าระวังระดับตำบลที่ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1.2การฝึกอบรมอาสาสมัครในชุมชนให้สามารถสังเกตและรายงานพฤติกรรมสัตว์ที่น่าสงสัย

1.3การจัดทำแผนที่เสี่ยง (Risk Mapping) ที่ระบุพื้นที่และช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง

1.4การติดตามสัตว์เลี้ยงที่มีพฤติกรรมผิดปกติอย่างใกล้ชิด

2. โปรแกรมการฉีดวัคซีนในสัตว์อย่างครอบคลุม ควรมีโปรแกรมการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในสัตว์เลี้ยงที่เข้มข้นและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยง โดยมีเป้าหมายให้ได้อัตราการฉีดวัคซีนอย่างน้อยร้อยละ 80 ซึ่งประกอบด้วย

2.1การจัดกิจกรรมฉีดวัคซีนเคลื่อนที่ (Mobile Vaccination) อย่างสม่ำเสมอในทุกตำบล

2.2การให้ความรู้แก่เจ้าของสัตว์เลี้ยงเกี่ยวกับความสำคัญของการฉีดวัคซีนและการดูแลสัตว์เลี้ยง

2.3การจัดทำทะเบียนสัตว์เลี้ยงและติดตามการฉีดวัคซีนอย่างเป็นระบบ

2.4การให้บริการฉีดวัคซีนฟรีหรือราคาถูกเพื่อเพิ่มการเข้าถึง

3. การบูรณาการทำงานแบบ One Health ควรมีกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เข้มแข็ง ประกอบด้วย

3.1การจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าระดับจังหวัดที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วน

3.2การจัดประชุมร่วมและแบ่งปันข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ

3.3การจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมที่ชัดเจน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และตัวชี้วัดความสำเร็จ

3.4การจัดการทรัพยากรร่วมกัน เช่น วัคซีน อุปกรณ์ และบุคลากร

4. การสร้างความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรมีโปรแกรมสื่อสารความเสี่ยงและการสร้างความตระหนักรู้อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

4.1การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนเป็นประจำ

4.2การใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย เช่น หอกระจายข่าว โซเชียลมีเดีย และการประชุมหมู่บ้าน

4.3การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการสัตว์จรจัด

4.4การสร้างเครือข่ายอาสาสมัครเฝ้าระวังโรคในชุมชน

5. การพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยี ควรมีการพัฒนาระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการเฝ้าระวังและตัดสินใจ ประกอบด้วย

5.1การพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับการรายงานกรณีสงสัยจากชุมชน

5.2การใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) ในการวิเคราะห์และทำนายพื้นที่เสี่ยง

5.3การพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ

5.4การใช้เทคโนโลยีในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและจัดสรรทรัพยากรสำหรับการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัดเลย

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกที่สามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

3. เป็นข้อมูลสนับสนุนในการขอจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรสำหรับการควบคุมโรค

4. เป็นฐานข้อมูลสำหรับการพัฒนานโยบายและแผนปฏิบัติการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

5. เป็นข้อมูลสำหรับการสื่อสารความเสี่ยงและสร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดเลย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งในจังหวัดเลย โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและสนับสนุนการวิจัย ขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านที่ปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอย่างทุ่มเท และขอบคุณประชาชนในจังหวัดเลยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2023). Rabies [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 Oct 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rabies
2. Jackson AC.(2016). Human rabies: a 2016 update. Curr Infect Dis Rep. 2016;18(11):38. doi: 10.1007/s11908-016-0540-y
3. World Health Organization.(2023). Rabies - Key facts [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 Oct 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rabies
4. Hampson K, Coudeville L, Lembo T, Sambo M, Kieffer A, Attlan M, et al.(2015). Estimating the global burden of endemic canine rabies. PLoS Negl Trop Dis. 2015;9(4):e0003709. doi: 10.1371/journal.pntd.0003709
5. World Health Organization.(2018) WHO Expert Consultation on Rabies: third report. WHO Technical Report Series 1012. Geneva: WHO.
6. Hampson K, Coudeville L, Lembo T, Sambo M, Kieffer A, Attlan M, et al.(2015). Estimating the global burden of endemic canine rabies. PLoS Negl Trop Dis. 2015;9(4):e0003709. doi: 10.1371/journal.pntd.0003709
7. กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์.(2560). ยุทธศาสตร์การควบคุมและกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์และมนุษย์ พ.ศ. 2560-2579. กรุงเทพฯ: กรมปศุสัตว์.
8. กองโรคติดต่อนำโดยแมลงและสัตว์นำโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565). รายงานสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

9. กองโรคติดต่อนำโดยแมลงและสัตว์นำโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
10. Fooks AR, Banyard AC, Horton DL, Johnson N, McElhinney LM, Jackson AC.(2014). Current status of rabies and prospects for elimination. Lancet. 2014;384(9951):1389-99. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62707-5
11. World Health Organization.(2018). World Organisation for Animal Health, Food and Agriculture Organization of the United Nations. Zero by 30: the global strategic plan to end human deaths from dog-mediated rabies by 2030. Geneva: WHO.
12. ชลันทพงศ์ สุจริตธนารักษ์, พิมพ์ใจ ศิลปอาชา, สุรศักดิ์ ภู่ประเสริฐ.(2562). สถานการณ์และแนวทางการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย. วารสารสัตวแพทยศาสตร์. 2562;29(2):45-62.
13. วิไล หล่อตระกูล, สุภาพร สิทธิสุนทร, ประภาพร อุดมศรี.(2563). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในพื้นที่เสี่ยง. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2563;18(1):78-91.
14. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2568). สถิติจังหวัดเลย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.(2568) รายงานสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดเลย ประจำปี พ.ศ. 2562-2568. เลย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.
16. สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดเลย.(2567). รายงานผลการเฝ้าระวังและตรวจหาเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ จังหวัดเลย พ.ศ. 2562-2567. เลย: สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดเลย.
17. Townsend SE, Sumantra IP, Pudjiatmoko, Bagus GN, Brum E, Cleaveland S, et al.(2013). Designing programs for eliminating canine rabies from islands: Bali, Indonesia as a case study. PLoS Negl Trop Dis. 2013;7(8):e2372. doi: 10.1371/journal.pntd.0002372
18. Gordis L.(2019). Epidemiology. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019.
19. Ma X, Monroe BP, Cleaton JM, Orciari LA, Gigante CM, Kirby JD, et al.(2018). Public veterinary medicine: Public health: Rabies surveillance in the United States during 2018. J Am Vet Med Assoc. 2020;256(2):195-208. doi: 10.2460/javma.256.2.195
20. Vigilato MA, Clavijo A, Knobl T, Silva HM, Cosivi O, Schneider MC, et al.(2013). Progress towards eliminating canine rabies: policies and perspectives from Latin America and the Caribbean. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2013;368(1623):20120143. doi: 10.1098/rstb.2012.0143
21. Centers for Disease Control and Prevention.(2001). Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. MMWR Recomm Rep. 2001;50(RR-13):1-35.
22. Rupprecht CE, Kuzmin IV, Meslin FX.(2017). Lyssaviruses and rabies: current conundrums, concerns, contradictions and controversies. F1000Res. 2017;6:184.
23. ชัชวาลย์ ทรัพย์ทวี, สมบูรณ์ ธีรกุลวิทย์, วรรณา เหมะธุลิน (2563). สถานการณ์และการจัดการโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2563;46(3):287-301.

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

The Effects of a Combined Exercise Program Based on the "3Y" Principles for Fall Prevention among Older Adults in Khlong Luang District, Pathum Thani Province.

(Received: November 14,2025 ; Revised: November 30,2025 ; Accepted: December 1,2025)

ศิรดา บุญสิทธิ์[1] นัชชา ยันติ[1] สุทธิดา แก้วมุงคุณ[1]
Sirada Boonsit[1] Nadchar Yanti[1] Sutthida Kaewmoongkun[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. (ย่ำ ยืน ยก) เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 11 ท่า ดังนี้ 1) ท่ายืนย่ำเท้าอยู่กับที่ 2) ท่ายืนก้าว-ชิดด้านข้าง 3) ท่ายืนพับขาไปด้านหลัง 4) ท่ายืนกระดกปลายเท้า สลับกับ เขย่งปลายเท้า 5) ท่ายืนบิดลำตัว 6) ท่าเอนตัวทางข้าง 7) ท่ายืนแกว่งแขน 8) ท่ายืนกางขาด้านข้าง 9) ท่าหมุนหัวไหล่ 10) ท่ายืนเอนตัวไปด้านหลัง 11) ท่าลุกยืน สลับนั่ง ทำท่าละ 15 ครั้ง พัก 1 นาที ทำทั้งหมด 3 เซต ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 32 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกสมรรถภาพทางกาย ระยะเวลาทดลองตั้งแต่เดือนเมษายน - มิถุนายน 2568 วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ Paired-Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่าหลังทดลอง การทรงตัวขณะเคลื่อนที่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และความอ่อนตัวในผู้สูงอายุดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: การออกกำลังกาย, ผู้สูงอายุ, การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a combined exercise program based on the "3Y" principles (Yam, Yuen, Yok: stepping, standing, and lifting) for fall prevention among older adults in Khlong Luang District, Pathum Thani Province. The exercise program consisted of 11 movements as follows: (1) marching in place, (2) side step-together, (3) leg curl backward, (4) alternating toe and heel raises, (5) trunk rotation, (6) side bending, (7) arm swinging, (8) side leg raises, (9) shoulder rotation, (10) trunk extension, and (11) sit-to-stand exercise. Each movement was performed with 15 repetitions with a 1-minute rest between sets. The participants completed 3 sets per session and exercised 3 times per week. The sample group consisted of 32 older adults. Data were collected using a physical fitness assessment record. The experimental period was conducted from April to June 2025. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the paired-sample t-test.

The results found that, after the experiment, dynamic balance, core muscle strength, leg muscle strength, and flexibility among the elderly significantly improved compared with before the experiment ($p < 0.05$).

Keywords: exercise, elderly, fall prevention in the elderly

บทนำ

ปัจจุบันนี้ประเทศไทยอยู่ในยุคสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) โดยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2567 มากกว่า 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.08 ซึ่งหน่วยงานภาครัฐต่างมุ่งเน้นให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาทางด้านสุขภาพที่มาพร้อมกับความเสื่อมถอยของร่างกายซึ่ง

[1] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
Corresponding author: Sutthida Kaewmoongkun; E-mail address: sutthida@vru.ac.th

เป็นผลทำให้เกิดความเจ็บป่วย พิการ ทุพพลภาพ และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี รวมถึงความเสี่ยงในการเสียชีวิต[1] ปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบได้บ่อย คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสมรวมถึงสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงเหมือนวัยรุ่นหรือวัยทำงาน แต่ทว่าปัญหาความเสื่อมถอยของร่างกายสามารถก่อให้เกิดความเสี่ยงทางด้านสุขภาพอย่างอื่นได้ เช่น การพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ จากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มสูงเป็นอันดับ 2 รองจากการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน และหนึ่งในสามของผู้สูงอายุไทยมีการหกล้มทุกปี หรือคิดเป็นปีละ 4 ล้านคน โดยที่ร้อยละ 20 ของผู้ที่หกล้มได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ การบาดเจ็บบริเวณต้นขา สะโพกหัก และมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 1 ปี หลังจากการหกล้ม โดยสาเหตุของการส่วนใหญ่เกิดจากการ ลื่น สะดุดภายในบ้าน บริเวณรอบบ้านหรือที่พักอาศัย[2] นอกจากนั้นยังพบปัญหาการทรงตัวและสมดุลระหว่างการเดิน ซึ่งอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของสายตาและปัญหาการทรงตัว ในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุนั้น นอกจากการจัดการสภาพสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านให้มีความปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการหกล้มแล้ว ยังมีการสร้างเสริมความแข็งแรงของสมรรถภาพร่างกาย การทรงตัวและความอ่อนตัว ซึ่งการฝึกออกกำลังกายเป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการมีสุขภาพที่ดี เพิ่มความแข็งแรงของร่างกายและลดความเสี่ยงของการหกล้มได้[3,4]

จากการสำรวจข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่า จังหวัดปทุมธานี มีจำนวนผู้สูงอายุ 219,289 คน มีประวัติการหกล้ม จำนวน 207,602 คน คิดเป็นร้อยละ 94.48 คน[5] อำเภอคลองหลวงมีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 168,572 คน[6] ซึ่งเป็นอำเภอที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในจังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอคลองหลวง โดยการพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. ประกอบด้วย ย่ำ ยืน และยกเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ผลที่ได้จากโครงการวิจัยคือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการพัฒนาสมรรถภาพร่างกายทั้งการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และความอ่อนตัว ซึ่งจะสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการหกล้มได้ในอนาคต[7]

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการทรงตัวขณะเคลื่อนที่ในผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวในผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
4. เพื่อเปรียบเทียบความอ่อนตัวในผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ (Pretest-posttest one-group) เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยเปรียบเทียบการทรงตัวขณะเคลื่อนที่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และความอ่อนตัวในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ที่อาศัย

ในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน - มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากร คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.855[8] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 26 คน และปรับเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย 1) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิง 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 3) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ โดยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) มากกว่า 12 คะแนน เป็นต้นไป 4) กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวที่ส่งผลในการทำกิจกรรม เช่น โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคความดันโลหิตต่ำ 5) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย 1) มีระดับความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ 2) มีประวัติเจ็บหน้าอกในขณะมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ออกกำลังกายหรือในขณะพัก 3) มีประวัติเวียนศีรษะ หน้ามืดในขณะมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ออกกำลังกายหรือในขณะพัก 4) มีปัญหาเกี่ยวกับข้อต่อ เอ็น และกระดูก และเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกายอาการในส่วนของร่างกายดังกล่าวจะรุนแรงขึ้น 5) มีผลการประเมิน Time up and go test มากกว่า 13 วินาที เป็นต้นไป 6) มีค่าดัชนีมวลกาย 30 กิโลกรัม/เมตร เป็นต้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยเป็นคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบ ประกอบไปด้วยคำถามจำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักและส่วนสูง สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ลักษณะการอยู่อาศัยในปัจจุบัน ระดับชั้นที่ตั้งของห้องนอน ประวัติการหกล้ม ประวัติการเจ็บหน้าอกขณะมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ประวัติเวียนศีรษะหน้ามืดในขณะมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และปัญหาเกี่ยวกับข้อต่อ เอ็นและกระดูก และเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปรับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษาที่ใช้ และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence: IOC) โดยข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปนำใช้ได้ และมีการปรับปรุงแก้ไขในข้อคำถามที่ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ มีผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งหมด เท่ากับ 0.87

2. แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเดิน การขึ้นลงบันได การใช้ห้องสุขา การกลั้นปัสสาวะ กลั้นการถ่ายอุจจาระ เป็นต้น ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุตามความเป็นจริงที่แสดงถึงการใช้ชีวิตอิสระตามลำพังได้ โดยการให้คะแนนตามระดับความสามารถ ในแต่ละกิจกรรม มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยมีเกณฑ์คือ คะแนน 0-4 หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) คะแนน 5-8 หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ได้น้อย คะแนน 9-11 หมายถึง ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และคะแนน >12 หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม)[9]

3. แบบบันทึกสมรรถภาพทางกาย สำหรับบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ประกอบด้วยน้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่า BMI นั่งแตะ

ปลายเท้า ลุก-เดิน-นั่งไปกลับ ลุกยืน-นั่งบนเก้าอี้ 30 วินาที และเครื่องวัดกำลังขาแบบดิจิตอล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือในการวิจัย และใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกสมรรถภาพทางกายในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางด้านสุขภาพ และแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) และการประเมิน Time up and go test เพื่อเข้าสู่กระบวนการคัดเข้าและคัดออกจากการศึกษา

2. กลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ขั้นตอนการฝึกตามโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยมีผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ๆ ละ 3 วัน โดยจะออกกำลังกาย 1 วัน พัก 1 วัน ก่อนออกกำลังกายทุกครั้งต้องมีการอบอุ่นร่างกาย (Warm-up) เพื่อเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ การไหลเวียนเลือดไปสู่กล้ามเนื้อ การเตรียมความพร้อมของข้อต่อที่จะต้องมีการเคลื่อนไหวในมุมต่างๆ โดยการเคลื่อนไหวร่างกายเบา ๆ และหลังออกกำลังกายทุกครั้งต้องมีการผ่อนคลายร่างกาย (Cool-down) โดยการยืดเหยียดแบบยืดค้างไว้ 15 -20 วินาที เพื่อลดอัตราการเต้นของหัวใจ และช่วยคลายกล้ามเนื้อที่ทำงานหนัก ดังนี้

วัน/สัปดาห์	สัปดาห์ที่ 1 - 8
	พัก
วันที่ 1 1 ชั่วโมง	**กิจกรรมออกกำลังกาย ย.1: ย่ำ** 1. ยืนย่ำเท้า สลับซ้าย-ขวา เริ่มจากท่ายืนตรง มือเท้าเอว จากนั้นให้ผู้สูงอายุยกเข่า สลับซ้าย-ขวาขึ้นลง ปลายเท้าสูงไม่เกินเข่าของอีกข้างที่ยืน โดยนับจำนวนครั้งคือ ซ้าย-ขวา เท่ากับ 1 ครั้ง ทำ 15 ครั้ง พัก 1 นาที ทำทั้งหมด 3 เซต 2. ยืนก้าว-ชิด สลับซ้าย-ขวา เริ่มจากท่ายืนตรง มือเท้าเอว จากนั้นให้ผู้สูงอายุก้าวขาไปทางด้านข้าง เป็นก้าวชิดก้าว สลับซ้าย-ขวา โดยนับจำนวนครั้งคือ ซ้าย-ขวา เท่ากับ 1 ครั้ง ทำ 15 ครั้ง พัก 1 นาที ทำทั้งหมด 3 เซต 3. ยืนพับขาไปด้านหลัง สลับซ้าย-ขวา เริ่มจากท่ายืนตรง มือเท้าเอว กางขาออกเท่าช่วงไหล่ จากนั้นให้ผู้สูงอายุพับขาไปทางด้านหลัง สลับซ้าย-ขวา โดยนับจำนวนครั้งคือ ซ้าย-ขวา เท่ากับ 1 ครั้ง ทำ 15 ครั้ง พัก 1 นาที ทำทั้งหมด 3 เซต 4. ยืนกระดกปลายเท้า-เขย่งปลายเท้า เริ่มจากท่ายืนตรง จากนั้นให้ผู้สูงอายุกระดกปลายเท้า สลับเขย่งปลายเท้า โดยนับจำนวนครั้งเท่ากับ 1 ครั้ง ทำ 15 ครั้ง พัก 1 นาที ทำทั้งหมด 3 เซต
	พัก
วันที่ 2 1 ชั่วโมง	**กิจกรรมออกกำลังกาย ย.2: ยืน** 1. ยืนบิดตัว ซ้าย-ขวา เริ่มจากท่ายืนตรง มือเท้าเอว จากนั้นให้ผู้สูงอายุบิดลำตัวไปทางซ้ายสลับขวา โดยนับจำนวนครั้งคือ ซ้าย-ขวา เท่ากับ 1 ครั้ง ทำ 15 ครั้ง พัก 1 นาที ทำทั้งหมด 3 เซต 2. ยืนเอนตัวไปด้านหลัง เริ่มจากท่ายืนตรง มือเท้าเอว จากนั้นให้ผู้สูงอายุเอนตัวไปด้านหลัง กลับมายืนท่าตรง โดยนับจำนวนครั้งเท่ากับ 1 ครั้ง ทำ 15 ครั้ง พัก 1 นาที ทำทั้งหมด 3 เซต 3. ยืนแกว่งแขน เริ่มจากท่ายืนตรง จากนั้นให้ผู้สูงอายุแกว่งแขนทั้ง 2 ข้างไปทางด้านหน้า สลับไปด้านหลัง โดยนับจำนวนครั้งเท่ากับ 1 ครั้ง ทำ 15 ครั้ง พัก 1 นาที ทำทั้งหมด 3 เซต 4. ยืนกางขาด้านข้าง สลับซ้าย-ขวา เริ่มจากท่ายืนตรง กางขาออกเท่าช่วงไหล่ จากนั้นให้ผู้สูงอายุกางขาออกทางด้านข้างให้สูงประมาณหัวเข่า ทำสลับซ้าย-ขวา โดยนับจำนวนครั้งคือ ซ้าย-ขวา เท่ากับ 1 ครั้ง ทำ 15 ครั้ง พัก 1 นาที ทำทั้งหมด 3 เซต

วัน/สัปดาห์	สัปดาห์ที่ 1 - 8
พัก	
วันที่ 3 1 ชั่วโมง	**กิจกรรมออกกำลังกาย ย.3: ยก** 1. ท่าหมุนไหล่ เริ่มจากท่ายืนตรง จากนั้นให้ผู้สูงอายุเอามือทั้ง 2 แตะที่หัวไหล่ หมุนไปทางด้านหน้า 1 รอบ สลับหมุนไปด้านหลัง 1 รอบ โดยนับจำนวนครั้ง เท่ากับ 1 ครั้ง ทำ 15 ครั้ง พัก 1 นาที ทำทั้งหมด 3 เซต 2. ยืนแกว่งแขน เริ่มจากท่ายืนตรง จากนั้นให้ผู้สูงอายุแกว่งแขนทั้ง 2 ข้างไปทางด้านหน้า สลับไปด้านหลัง โดยนับจำนวนครั้งเท่ากับ 1 ครั้ง ทำ 15 ครั้ง พัก 1 นาที ทำทั้งหมด 3 เซต 3. ท่าเอนตัวทางข้าง สลับซ้าย-ขวา เริ่มจากท่ายืนตรง มือเท้าเอว จากนั้นให้ผู้สูงอายุเอนตัวไปด้านข้าง สลับซ้าย-ขวากลับมายืนท่าตรง โดยนับจำนวนครั้งเท่ากับ 1 ครั้ง ทำ 15 ครั้ง พัก 1 นาที ทำทั้งหมด 3 เซต 4. ท่าลุก-นั่ง เริ่มจากนั่งกอดอกบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง จากนั้นให้ผู้สูงอายุยืนขึ้น และนั่งลงอย่างช้าๆ นับจำนวนครั้งเท่ากับ 1 ครั้ง ทำ 15 ครั้ง พัก 1 นาที ทำทั้งหมด 3 เซต
พัก	

3. เมื่อครบตามระยะเวลา 8 สัปดาห์แล้ว ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยจะทำการทดสอบการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และความอ่อนตัว พร้อมบันทึกผลและเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ในขั้นตอนไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของการทรงตัวขณะเคลื่อนที่ในผู้สูงอายุ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวในผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ความอ่อนตัวในผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired sample t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ระบุหมายเลขโครงการ REC No.0015/2568 ลงวันที่ 18 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 32 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 และเพศชาย ร้อยละ 37.50 มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 26.01±3.09 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อายุเฉลี่ย 70.19±7.26 ปี โดยมีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 87.50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 37.50 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 18.75 ด้านอาชีพพบว่าอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 50.00 รองลงมาคืออาชีพข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 18.75 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.13 ลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับคู่สมรส/คู่รักและลูกหลาน ร้อยละ 59.37 มีห้องนอนอยู่ชั้น 2 ร้อยละ 71.87 และพบว่าผู้สูงอายุเคยมีประวัติการหกล้ม จำนวน 8 คน จากจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการทรงตัวขณะเคลื่อนที่ในผู้สูงอายุ โดยการลุก-เดิน-นั่ง ไปกลับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. เท่ากับ 7.00±4.10 วินาที หลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 9.13±3.56 วินาที ซึ่งภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเวลาของการลุก-เดิน-นั่ง ไปกลับดีขึ้น และมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังแสดงผลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการลุก-เดิน-นั่ง ไปกลับ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. (n = 32)

ลุก-เดิน-นั่ง ไปกลับ (วินาที)	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนเริ่มโปรแกรม	13.72	2.02	11.39	31	<0.001*
หลังฝึกโปรแกรม	12.56	1.72			

*p-value < 0.05

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวในผู้สูงอายุ โดยการลุกยืน-นั่ง บนเก้าอี้ 30 วินาที ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. เท่ากับ 8.22±1.16 ครั้ง หลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 9.84±1.44 ครั้ง ซึ่งภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการลุกยืน-นั่ง บนเก้าอี้ 30 วินาทีดีขึ้น และมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังแสดงผลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการลุกยืน-นั่ง บนเก้าอี้ 30 วินาที ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. (n = 32)

ลุกยืน-นั่ง บนเก้าอี้ 30 วินาที (ครั้ง)	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนเริ่มโปรแกรม	8.22	1.16	-9.76	31	<0.001*
หลังฝึกโปรแกรม	9.84	1.44			

*p-value < 0.05

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องวัดกำลังขาแบบดิจิตอล ด้วยยี่ห้อ FBT ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. เท่ากับ 120.41±28.63 กิโลกรัม หลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 144.38±20.29 กิโลกรัม ซึ่งภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักของการใช้เครื่องวัดกำลังขาแบบดิจิตอลดีขึ้น และมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังแสดงผลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบด้วยเครื่องวัดกำลังขาแบบดิจิตอล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. (n = 32)

เครื่องวัดกำลังขาแบบดิจิตอล (กก.)	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนเริ่มโปรแกรม	120.41	28.63	-6.50	31	<0.001*
หลังฝึกโปรแกรม	144.38	20.29			

*p-value < 0.05

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความอ่อนตัวในผู้สูงอายุ โดยการนั่งแตะปลายเท้า ด้วยเครื่องวัดความอ่อนตัวด้านหน้าแบบดิจิตอล ยี่ห้อ FBT ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. เท่ากับ 7.00±4.10 เซนติเมตร หลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 9.13±3.56 เซนติเมตร ซึ่งภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความอ่อนตัวจากการนั่งแตะปลายเท้าดีขึ้น และมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังแสดงผลในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการนั่งแตะปลายเท้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. (n = 32)

นั่งแตะปลายเท้า (ซม.)	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนเริ่มโปรแกรม	7.00	4.10	-11.23	31	<0.001*
หลังฝึกโปรแกรม	9.13	3.56			

*p-value < 0.05

พบว่า ผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. เป็นเวลา 8 สัปดาห์ มีการทรงตัวขณะเคลื่อนที่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และความอ่อนตัวในผู้สูงอายุดีขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการทรงตัวขณะเคลื่อนที่น้อยลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งนี้ การฝึกออกกำลังกายด้วยท่ายืนเอนตัวไปด้านหลัง ยืนกางขาด้านข้าง สลับซ้าย-ขวา ยืนแกว่งแขน สามารถช่วยพัฒนาทักษะการทรงตัวของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากเป็นท่าทางในการออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับการยืน และการถ่ายน้ำหนัก ซึ่งช่วยฝึกการทำงานของกล้ามเนื้อขาที่หดตัวแบบคงที่ (Isometric) และการทำงานของกล้ามเนื้อแบบยืดออก (Eccentric Contraction) ซึ่งเป็นการทำงานของกล้ามเนื้อที่สำคัญในการทรงตัว[10] โดยรูปแบบการฝึกนี้มีความคล้ายคลึงกับการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาทักษะการทรงตัวรูปแบบอื่น ได้แก่ ไทชิ โยคะ ซึ่งพบว่าสามารถช่วยพัฒนาการทรงตัวขณะเคลื่อนที่ของผู้สูงอายุได้[11]

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขามากกว่ากว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ การออกกำลังกายที่เน้นกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวและกล้ามเนื้อขา เช่น การฝึกด้วยน้ำหนักตัวด้วยการออกกำลังกายแบบยืนกระดกปลายเท้า-เขย่งปลายเท้า และโปรแกรมฝึกกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวและส่วนขา สามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากช่วยเพิ่มการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลายทำให้เกิดการสั่งงานกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น การฝึกเน้นการพัฒนากล้ามเนื้อเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาระดับสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ เนื่องจากกล้ามเนื้อขาเป็นกล้ามเนื้อที่ใหญ่ที่สุดของร่างกายที่ทำหน้าที่หลักในการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การลุกขึ้นจากเก้าอี้ และการขึ้นบันได ซึ่งเป็นกิจวัตรที่สำคัญในการดำเนินชีวิตและสามารถช่วยป้องกันการหกล้มได้[12]

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความอ่อนตัวในผู้สูงอายุมากกว่ากว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การออกกำลังกายด้วยท่าเอนตัวไปทางด้านหลัง ท่าเอนตัวทางข้างช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง เอ็นร้อยหวาย และกล้ามเนื้อแกนกลาง ส่งผลให้ข้อต่อเคลื่อนไหวได้มากขึ้น[13] การแกว่งไหล่และการออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของไหล่และลำตัว ช่วยเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อไหล่และหลัง ทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวได้คล่องตัวขึ้น การออกกำลังกายเหล่านี้ช่วยลดความตึงและความแข็งของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและกล้ามเนื้อทำให้ข้อต่อเคลื่อนไหวได้มากขึ้น[14] ลดการยึดติดของเส้นใย

คอลลาเจนในเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เกิดจากอายุ ส่งผลให้ข้อต่อและกล้ามเนื้อเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น[15]

สำหรับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุด้วยหลัก 3 ย. ประกอบด้วย ย่ำ ยืน ยก ซึ่งกิจกรรมการออกกำลังกาย “ย่ำ” เป็นการย่ำเท้าหรือการยกเข่า เพื่อการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้าและกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเดิน การออกกำลังกายในท่า “ยืน” เป็นการฝึกการทรงตัวโดยการบริหารร่างกายรูปแบบต่างๆ ในท่ายืน และ การออกกำลังกายในท่า “ยก” เป็นการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและกล้ามเนื้อสะโพกโดยการลุก-นั่งหรือการย่อตัวเพื่อฝึกการทรงตัว พัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวและกล้ามเนื้อขา รวมถึงความอ่อนตัว เนื่องจากการฝึกการทรงตัวช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมท่าทางและลดความเสี่ยงต่อการเสียสมดุลขณะเคลื่อนไหว การฝึกกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวและขา ช่วยเพิ่มความแข็งแรงและความทนทาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถลุก เดิน และเปลี่ยนท่าทางได้อย่างมั่นคง และการฝึกความอ่อนตัวช่วยให้ข้อต่อและกล้ามเนื้อเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ลดความตึงและความแข็งของเนื้อเยื่อ ส่งผลให้เคลื่อนไหวได้คล่องตัว เพิ่มคะแนนการทดสอบสมรรถภาพร่างกาย ช่วยลดอุบัติการณ์การหกล้มและลดความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุได้ [16,17,18]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. ควรเน้นย้ำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบถึงความพร้อมของร่างกายตนเองในการออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. ในระยะยาวเนื่องจาก การออกกำลังกายมากเกินไปโดยไม่มีเวลาพักฟื้นที่เพียงพอ อาจทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง และหากมีการจัดระเบียบร่างกายที่ไม่ถูกต้อง เช่น การย่อเข่าเลยปลายเท้า เข่าหุบเข้าหากัน หรือหลังไม่ตรง อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ในอนาคต

2. ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจนครบตามโปรแกรมที่ได้รับ

ขอเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้เป็นเพียงการวัดผลการศึกษาก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมแบบกลุ่มเดียว ดังนั้นการวิจัยต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เที่ยงตรงและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานด้วยหลัก 3 ย. เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตำบลคลองสาม อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ในครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). สถิติผู้สูงอายุทั่วไป. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/know/1
2. กองป้องกันการบาดเจ็บ. ข้อมูลพลัดตกหกล้ม. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23567&deptcode=
3. Claudino JG, Afonso J, Sarvestan J, Lanza MB, Pennone J, Filho CAC, Serrão JC, Espregueira-Mendes J, Vasconcelos ALV, de Andrade MP, Rocha-Rodrigues S, Andrade R, Ramirez-Campillo R. (2021). Strength Training to Prevent Falls in Older Adults: A Systematic Review with Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Clin Med. 2021;10(14):3184.
4. อมาวสี ทองโมทย์.(2567). ผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(3):439-49.

5. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2568). จำนวนผู้สูงอายุ จำแนกตามการหกล้ม. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=11&id=2542
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2567). ระบบ 3 หมอรู้จักคุณ: รายงานข้อมูลจังหวัดปทุมธานี. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_ampur?region=4&prov=MTM=&provn=4Lib4LiX4Li44Lih4LiY4Liy4LiZ4Li1
7. สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง, อรทัย ยินดี.(2564). การศึกษาความเสี่ยงความกลัวการหกล้มและแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ. วชิรสารการพยาบาล. 2564;23(2):30-43.
8. จรีวรรณ ทองประ.(2567). การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการล้มโรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2567;21(1):110-21.
9. อรุณ จิรวัฒน์กุล.(2562). การวิเคราะห์และแปลผลคะแนนแบบวัด ADL. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(5):769-771.
10. Zhang R, Fang Z.(2024). A171: The Effects of Qigong on Balance and Fall Prevention in Older Adults: A Systematic Review. Int J Phys Act Health. 2024;3(3):171.
11. Cui Z, Xiong J, Li Z, Yang C.(2024). Tai chi improves balance performance in healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. Front Public Health. 2024;12:1443168.
12. Tumkur Anil Kumar V, Pringle JK, De Luca GH.(2023). Relative Neuroadaptive Effect of Resistance Training along the Descending Neuroaxis in Older Adults. Biomedicines. 2023;13(4):679.
13. Sarmah B, Vidhate S, Autade S, Balo A, Singh T.(2024). Enhancing Motor Fitness in the Elderly. J Phys Educ Sport. 2024;24:1230-40.
14. Piercy KL, Polster M, Macias B, Vaux-Bjerke A.(2025). Physical Activity in Older Adults: What Every Internist Needs to Know. Am J Lifestyle Med. 2025;19(1):12-22.
15. La Greca S, Rapali M, Ciaprini G, Russo L, Vinciguerra M, Di Giminiani R.(2022). Acute and Chronic Effects of Supervised Flexibility Training in Older Adults: A Comparison of Two Different Conditioning Programs. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(24):16974.
16. ชญานิษฐ์ เอี่ยวสกุล, สายธิดา ลาภอนันตสิน.(2566). ปัจจัยเสี่ยงการล้มด้านความแข็งแรงกล้ามเนื้อขาและการทรงตัวขณะเดินในผู้สูงอายุวัยต้น เขตเทศบาลตำบลเสาธงหิน จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(6):1000-14.
17. Sadaqa M, Németh Z, Makai A, Prémusz V, Hock M.(2023). Effectiveness of exercise interventions on fall prevention in ambulatory community-dwelling older adults: a systematic review with narrative synthesis. Front Public Health. 2023;11:1209319.
18. Schneider A, Leite L, Teixeira J, Forte P, Barbosa T, Monteiro A.(2025). Multicomponent Exercise and Functional Fitness: Strategies for Fall Prevention in Aging Women. Sports. 2025;13(6):159.

การสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงอภิมานว่าด้วยปัจจัยเชิงวัฒนธรรมและกลยุทธ์การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย

A Meta-synthesis of Cultural Factors and Community-based Strategies for Fall Prevention among Thai Older Adults.

(Received: November 16,2025 ; Revised: December 15,2025 ; Accepted: December 21,2025)

ดลรวี สิมคำ[1] จุรีรัตน์ กอเจริญยศ[2] อรอุมา แก้วเกิด[3] มารศรี ศิริสวัสดิ์[4] ธนเมศวร์ แท่นคำ[5] จินตพักตร์ จันทะโคตร[6] ปนัดดา นครังสุ[7]

Donlarawee Simkum[1] Chureerat Korcharoenyos[2] Onuma Kaewkerd[3] Marasri Sirisawat[4] Thanamet Thaenkham[5] Jintapak Jantakoat[6] Panadda Nakarungsu[7]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงคุณภาพว่าด้วย “กระบวนการทางวัฒนธรรมของการดูแลและการฟื้นคืนสมดุล” ที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย โดยใช้ระเบียบวิธี ชาติพันธุ์วรรณนาอภิมาน (Ethnographic Meta-synthesis) ตามแนวทางของ Noblit และ Hare (1988) สืบค้นงานวิจัยเชิงคุณภาพระหว่าง พ.ศ. 2545–2568 จำนวน 128 เรื่อง ผ่านเกณฑ์คุณภาพ CASP (2018) เหลือ 18 เรื่องที่นำมาวิเคราะห์เชิงตีความ

ผลการสังเคราะห์พบว่า การหกล้มไม่ได้เป็นเพียงเหตุการณ์ทางกาย แต่เป็น “ปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรม” ที่สะท้อนศรัทธา ความสัมพันธ์ และความหมายชีวิตของผู้สูงอายุ สรุปได้ 6 หมวดแนวคิด ได้แก่ 1) ความเชื่อและค่านิยมทางวัฒนธรรม 2) บทบาทของครอบครัวและชุมชน 3) การเรียนรู้จากประสบการณ์ 4) กลยุทธ์การดูแลแบบมีส่วนร่วม 5) การรับรู้ตนเองในวัยชรา และ 6) พลังการปรับตัวทางจิตใจ ทั้งหมดเชื่อมโยงกันเป็น “กระบวนการทางวัฒนธรรมของการดูแลและการฟื้นคืนสมดุล” ที่นำไปสู่ “สมดุลใหม่แห่งวัยชรา” ซึ่งผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสงบและมีศักดิ์ศรี

คำสำคัญ: การหกล้ม, ผู้สูงอายุ, การสังเคราะห์เชิงคุณภาพ, การดูแลเชิงวัฒนธรรม, การฟื้นคืนสมดุล

Abstract

This study aimed to synthesize qualitative knowledge regarding the “Cultural Process of Caring and Rebalancing” related to fall prevention among older adults in Thai communities. The research employed the Ethnographic Meta-synthesis approach proposed by Noblit and Hare (1988). A total of 128 qualitative studies published between 2002 and 2025 were systematically reviewed, and 18 studies meeting the quality criteria of the Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2018) were included for interpretive synthesis.

The findings revealed that falling is not merely a physical event but a cultural phenomenon reflecting faith, relationships, and the meaning of life among older adults. Six conceptual categories emerged: (1) cultural beliefs and values, (2) roles of family and community, (3) experiential learning, (4) participatory care strategies,

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร จังหวัดสกลนคร Corresponding author: E-mail: jaeh16@gmail.com โทร 081 9758 384

[3] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

[4] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์

[5] อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

[6] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

[7] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ จังหวัดนครพนม

(5) self-perception in aging, and (6) psychological resilience. These categories are interrelated as a Cultural Process of Caring and Rebalancing, leading to a "New Balance of Aging," in which older adults live with dignity, peace, and self-worth.

Keywords: falls, older adults, qualitative meta-synthesis, cultural care, rebalancing

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 13 ล้านคน หรือร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลให้ปัญหาด้านสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะ **ภาวะหกล้ม (Falls)** ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บ การสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน และการพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)[1] รายงานว่า ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปมีอัตราการหกล้มร้อยละ 28–35 ต่อปี และเพิ่มเป็นร้อยละ 32–42 ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป การวิเคราะห์อภิมานจาก 104 งานวิจัย รวมผู้สูงอายุกว่า 36 ล้านคน พบอัตราการหกล้มเฉลี่ยร้อยละ 26.5 และมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกกว่า 695,000 คนต่อปี[2] แสดงให้เห็นว่าการหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่ควรได้รับการจัดการอย่างจริงจัง

ในประเทศไทย รายงานของกรมอนามัย (2565) พบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 30–40 เคยหกล้ม และมีผู้เสียชีวิตจากการหกล้มกว่า 1,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ยวันละ 3 คน[3] ทั้งนี้ ภาคใต้มีอัตราการหกล้มสูงสุด ร้อยละ 7.80 จังหวัดกระบี่สูงถึงร้อยละ 16.51 ขณะที่จังหวัดอุดรธานีมีอัตราต่ำสุดเพียงร้อยละ 0.93[4] ภาคเหนือ เช่น จังหวัดเชียงใหม่ พบผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มร้อยละ 36.72 และจังหวัดเชียงรายรายงานว่าผู้สูงอายุชาติพันธุ์ร้อยละ 17.6 เคยหกล้มในรอบ 6 เดือน สะท้อนให้เห็นอิทธิพลของภูมิศาสตร์และวัฒนธรรมต่อความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุไทย

แม้จะมีโครงการป้องกันการหกล้มในระดับชุมชน เช่น การออกกำลังกาย การปรับสิ่งแวดล้อม หรือการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ แต่ผลลัพธ์ยังแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ ซึ่งสะท้อนว่า "**การหกล้มของผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่มีมิติทางวัฒนธรรมและสังคม**" ที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังพฤติกรรม ความเชื่อ และการรับรู้ความเสี่ยงของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน องค์ความรู้ในประเทศไทย งานวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศมุ่งศึกษาปัจจัยทางกายภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทรงตัว สภาพแวดล้อมในบ้าน และโรคประจำตัว[5] รวมถึงโครงการ "บ้านปลอดล้ม" และการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยอาสาสมครสาธารณสุข ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงในบางพื้นที่ อย่างไรก็ตาม งานเหล่านี้ยังอยู่ในกรอบของ แนวคิดชีวการแพทย์ (Biomedical Model) ที่เน้นการลดปัจจัยเสี่ยงทางกาย มากกว่าการทำความเข้าใจ "ความหมายของการหกล้ม" ในมิติทางวัฒนธรรม

แม้งานเชิงคุณภาพบางส่วนจะกล่าวถึงประสบการณ์ ความกลัว หรือผลกระทบทางจิตใจของผู้สูงอายุหลังการหกล้ม แต่ยังไม่มีการสังเคราะห์เชิงอภิมานเพื่อเชื่อมโยงและตีความข้อมูลเหล่านั้นให้เกิดความเข้าใจเชิงแนวคิด (conceptual understanding) ที่สะท้อนบริบททางวัฒนธรรมไทยได้อย่างเป็นระบบ

ช่องว่างองค์ความรู้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยในประเทศยังขาดการอธิบายมิติทางวัฒนธรรมและสังคมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการจัดการความเสี่ยงของผู้สูงอายุไทย งานส่วนใหญ่ยังใช้กรอบคิดทางกายภาพและชีวภาพ โดยมิได้เชื่อมโยงกับคุณค่า ความเชื่อ และวิถีชีวิตในครอบครัวและชุมชน อีกทั้งขาดการสังเคราะห์องค์

ความรู้เชิงคุณภาพ (Qualitative Meta-synthesis) เพื่อหลอมรวมผลการศึกษาให้เกิดความเข้าใจในระดับมโนทัศน์ที่ครอบคลุมมากขึ้น นอกจากนี้ โปรแกรมการป้องกันการหกล้มในประเทศไทยยังพัฒนาโดยอิงหลักฐานเชิงปริมาณ (evidence-based practice) มากกว่าหลักฐานเชิงวัฒนธรรม (culture-based practice) ทำให้ไม่สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของผู้สูงอายุ และยังไม่มีกรอบแนวคิดแบบองค์รวม (holistic framework) ที่เชื่อมโยงปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และวัฒนธรรมในการอธิบายปรากฏการณ์การหกล้มอย่างลึกซึ้ง

ช่องว่างเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ที่เข้าใจ “การหกล้ม” ในฐานะ **ปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรม** เพื่อเป็นพื้นฐานในการออกแบบแนวทางการดูแลและป้องกันที่เหมาะสมกับสังคมไทย

เพื่อตอบโจทย์ช่องว่างดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ระเบียบวิธี “การสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณนาอภิมาน (Ethnographic Meta-synthesis)” ตามแนวคิดของ **Noblit และ Hare**[6] ซึ่งมุ่ง “ถอดรหัสความหมาย (translation of meaning)” และ “สร้างความเข้าใจใหม่ในระดับมโนทัศน์ (interpretive synthesis of concepts)” จากข้อมูลเชิงคุณภาพหลายบริบท โดยเน้นการตีความเชิงลึกเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สะท้อนมิติทางวัฒนธรรมและพลวัตของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนไทย

แนวทางนี้เหมาะสมอย่างยิ่งต่อการทำความเข้าใจ “การหกล้ม” ในฐานะปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับค่านิยม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทย อีกทั้งยังสามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากหลายบริบทให้เห็น “ความหมายร่วม” (shared meaning) และพัฒนาเป็น “กรอบแนวคิดเชิงวัฒนธรรมเพื่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย ที่สามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในการพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการกำหนดนโยบายสาธารณสุขในสังคมสูงวัยของไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงคุณภาพจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย
2. เพื่อวิเคราะห์และตีความปัจจัยเชิงวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการรับรู้ความเสี่ยงการหกล้มของผู้สูงอายุไทย
3. เพื่อรวบรวมและสังเคราะห์กลยุทธ์การป้องกันการหกล้มที่ดำเนินการในระดับครอบครัวและชุมชนไทย
4. เพื่อนำเสนอผลการสังเคราะห์กรอบแนวคิดเชิงวัฒนธรรมเพื่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการ สังเคราะห์องค์ความรู้เชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณนาอภิมาน (Ethnographic Meta-synthesis) ตามแนวคิดของ Noblit และ Hare[6] เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และตีความข้อมูลจากงานวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับ “การหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย” โดยมุ่งสร้างความเข้าใจเชิงมโนทัศน์เกี่ยวกับ ปัจจัยเชิงวัฒนธรรมและกลยุทธ์การป้องกันการหกล้ม กระบวนการดำเนินการสังเคราะห์เป็นไปตาม 7 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การกำหนดประเด็นของการสังเคราะห์ จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น พบว่างานศึกษาการหกล้มของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่เน้นมิติทางกายภาพ โดยขาดการอธิบายมิติทางวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความเชื่อ และการรับรู้ความเสี่ยงของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงกำหนดประเด็นการสังเคราะห์คือ “ปัจจัยเชิงวัฒนธรรมและกลยุทธ์การป้องกันการหก

ล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย” โดยใช้แนวทาง interpretive synthesis เพื่อสร้างความเข้าใจใหม่ในระดับมโนทัศน์

ขั้นตอนที่ 2: การคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสืบค้นงานวิจัยเชิงคุณภาพจากฐานข้อมูลภาษาไทยและอังกฤษ ได้แก่ ThaiJO, TDC, CINAHL, PubMed, Scopus, ScienceDirect, SpringerLink และ ProQuest Medical Library โดยใช้คำสำคัญ เช่น “ผู้สูงอายุ,” “การหกล้ม,” “ชุมชน,” “ปัจจัยทางวัฒนธรรม,” “fall prevention,” “Thai older adults,” และ “community-based fall prevention.”ช่วงเวลาของการสืบค้นคือ พ.ศ. 2545–2568 (ค.ศ. 2002–2025) จากการสืบค้นพบงานวิจัยทั้งหมด 128 เรื่อง หลังคัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ เหลือ 47 เรื่อง และหลังประเมินคุณภาพด้วยเกณฑ์ Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2018) เหลือ 18 เรื่องที่มีคุณภาพ “ดี-ดีมาก” เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการสังเคราะห์อภิมาน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria): เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาผู้สูงอายุไทยในชุมชนหรือผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม มีเนื้อหาเกี่ยวกับประสบการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม หรือกลยุทธ์การป้องกันการหกล้ม เผยแพร่ในวารสาร วิทยานิพนธ์ หรือรายงานวิจัยที่ผ่านการประเมินคุณภาพ (peer review) และเขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

ขั้นตอนที่ 3: การอ่านและทำความเข้าใจงานวิจัยแต่ละเรื่อง ผู้วิจัยอ่านงานวิจัยทั้ง 18 เรื่องอย่างละเอียดหลายรอบ เพื่อทำความเข้าใจบริบท วัตถุประสงค์ วิธีการ และผลการศึกษา พร้อมบันทึก “แนวคิดหลัก (key concepts)” ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การหกล้มในชุมชน และใช้เกณฑ์ CASP ตรวจสอบคุณภาพซ้ำเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนเข้าสู่การวิเคราะห์เชิงลึก

ขั้นตอนที่ 4: การระบุความสัมพันธ์ระหว่างงานวิจัย ผู้วิจัยจัดหมวดหมู่แนวคิดหลัก (themes) เพื่อเปรียบเทียบและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบริบท เช่น บทบาทครอบครัว ความเชื่อทางศาสนา การดูแลโดยชุมชน และการป้องกันการหกล้มตามวิถีท้องถิ่น ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้คือ “โครงสร้างความหมายร่วมเบื้องต้น” ซึ่งใช้เป็นฐานในการแปลและสังเคราะห์ความหมายต่อไป

ขั้นตอนที่ 5: การแปลความหมายระหว่างงานวิจัย ผู้วิจัยวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบแนวคิดจากแต่ละงานเพื่อค้นหาความหมายร่วม (shared meanings) และความแตกต่างเชิงวัฒนธรรม (cultural variations) เช่น การมอง “การพึ่งพาครอบครัว” เป็นทั้งพลังและข้อจำกัด ความเชื่อเรื่อง “บุญ-กรรม” ที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการหกล้ม การช่วยเหลือในชุมชนที่สะท้อนคุณค่าความกตัญญูและศีลธรรม การวิเคราะห์นี้เป็นกระบวนการตีความเชิงลึก (interpretive translation) เพื่อเชื่อมโยงความหมายจากหลายบริบทเข้าด้วยกัน

ขั้นตอนที่ 6: การสังเคราะห์ความหมายใหม่ แนวคิดที่ได้จากการแปลความหมายถูกหลอมรวมเป็น “แนวคิดระดับอภิมาน (meta-themes)” ซึ่งสะท้อนพลวัตของวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนไทย เช่น ความเชื่อและค่านิยมที่กำหนดพฤติกรรมการดูแล ความสัมพันธ์ของครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพ การเรียนรู้และการปรับตัวเพื่อป้องกันการหกล้มในชีวิตประจำวัน ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้คือ “ความเข้าใจใหม่เชิงมโนทัศน์ เกี่ยวกับการหกล้มในฐานะปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรม

ขั้นตอนที่ 7: การนำเสนอผลการสังเคราะห์ ผลการสังเคราะห์ถูกนำเสนอในรูปแบบ การบรรยายเชิงพรรณนา (narrative synthesis) และ แผนภาพแนวคิด (conceptual framework diagram) เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงวัฒนธรรม กลยุทธ์การป้องกัน และระบบการดูแลในชุมชน

ผลการวิจัย

การสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณนาอภิมาน (Ethnographic Meta-synthesis) จากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ CASP (2018) จำนวน 18 เรื่อง ทำให้เกิดความเข้าใจเชิงมโนทัศน์ใหม่ว่า “การหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย” มิใช่เพียงเหตุการณ์ทางกายภาพ แต่เป็น “กระบวนการทางวัฒนธรรมของการดูแลและการฟื้นคืนสมดุล” ซึ่งเกิดจากการเชื่อมโยงของศรัทธา ความสัมพันธ์ การเรียนรู้ และพลังทางจิตวิญญาณในวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทย

ผลการสังเคราะห์สรุปเป็น 6 หมวดแนวคิดหลัก โดย 4 หมวดแรกสะท้อนรากฐานของศรัทธาความเชื่อ และการดูแลเชิงวัฒนธรรม ส่วนอีก 2 หมวดเป็น “หมวดแนวคิดใหม่ (Emergent Categories)” ที่เกิดจากการตีความเชิงลึก ช่วยขยายความเข้าใจต่อกระบวนการฟื้นคืนสมดุลภายในของผู้สูงอายุ การหกล้มจึงสะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากการดูแลร่างกายสู่การเยียวยาจิตใจ และการสร้างสมดุลใหม่ของชีวิตในวัยชรา

หมวดที่ 1: ความเชื่อและค่านิยมทางวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนาและค่านิยมไทย เช่น ความกตัญญู ความอดทน และการยอมรับความไม่เที่ยงของชีวิต เป็นรากฐานทางจิตวิญญาณที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเผชิญความเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้อย่างสงบ การมอง “การหกล้ม” เป็นผลของกรรมหรือชะตาชีวิตสะท้อนการยอมรับและวางใจในความเป็นไปของธรรมชาติ ศรัทธาในพระพุทธศาสนา เช่น การสวดมนต์ การทำบุญ หรือการอุทิศส่วนกุศล เป็นกลไกเยียวยาใจที่ช่วยให้ผู้สูงอายุ “ไม่ล้มทางใจ” แม้ร่างกายจะอ่อนแรง การหกล้มจึงกลายเป็น “ครูชีวิต” ที่เตือนให้ดำเนินชีวิตอย่างระมัดระวังและไม่ยึดติดกับความแข็งแรงของอดีต

หมวดที่ 2: บทบาทของครอบครัวและชุมชน ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสร้างระบบดูแลเชิงวัฒนธรรม ผู้สูงอายุได้รับพลังใจจากลูกหลาน เพื่อนบ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่เป็น “เครือข่ายดูแล” ที่ผสานคุณค่าความกตัญญูและความเอื้อเฟื้อในหลายชุมชน ความสัมพันธ์เหล่านี้กลายเป็น “พื้นที่ปลอดภัยทางใจ” ที่ช่วยลดความกลัว ความโดดเดี่ยว และเพิ่มความมั่นใจในการใช้ชีวิตประจำวัน แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวยังสะท้อนภาวะ “เปราะบางเชิงความรู้สึก” เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นภาระของลูกหลาน จึงเกิดความพยายาม “ช่วยเหลือตนเองเท่าที่ทำได้” ภาวะนี้สะท้อนพลวัตของวัฒนธรรมการดูแลที่ผสมระหว่างความรัก ความกังวล และความพยายามรักษาศักดิ์ศรีในวัยชรา

หมวดที่ 3: ประสบการณ์และการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ การหกล้มกลายเป็นจุดเปลี่ยนของชีวิตที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ “เรียนรู้ชีวิตใหม่” จากการเคยพึ่งพาความแข็งแรง สู่การยอมรับความเปราะบางของร่างกาย ผู้สูงอายุจำนวนมากกล่าวถึงการ “ล้มแล้วได้คิด” เป็นการฟังเสียงร่างกายมากขึ้น และมองเห็นคุณค่าของการดำรงชีวิตในปัจจุบันมากกว่าการเสียใจต่ออดีต การลุกขึ้นหลังการหกล้มจึงไม่ใช่เพียงการกลับมายืน แต่เป็น “การฟื้นคืนศักดิ์ศรีและความเชื่อมั่นในคุณค่าชีวิต” สะท้อนว่าการหกล้มไม่ได้ทำให้สูญเสีย แต่กลับสร้างการเติบโตภายในที่งอกงามยิ่งกว่าเดิม

หมวดที่ 4: กลยุทธ์การดูแลและการป้องกันแบบมีส่วนร่วม ผลการสังเคราะห์พบว่า การป้องกันการหกล้มในชุมชนไทยเกิดจากการบูรณาการ “ภูมิปัญญาท้องถิ่น” กับ “ความรู้ทางสุขภาพสมัยใหม่” อย่างยืดหยุ่นและเป็นมิตรกับวิถีชีวิต เช่น กิจกรรมออกกำลังกายผู้สูงอายุ การจัดบ้านปลอดภัยโดยชาวบ้านและอสม. รวมถึงการเยี่ยมบ้านเชิงรุกที่สร้างความใกล้ชิดระหว่างผู้สูงอายุกับทีมสุขภาพ แนวทาง

เหล่านี้เกิดจากวัฒนธรรมของ “การดูแลร่วมกัน” โดยทุกคนมีส่วนร่วม ทั้งครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ สะท้อนให้เห็นว่าการป้องกันไม่ได้ขึ้นอยู่กับเทคนิคทางการแพทย์เท่านั้น แต่อาศัย “น้ำใจในชุมชน” ที่สืบทอดผ่านคุณค่าความเอื้อเฟื้อและศรัทธา

หมวดที่ 5 และ 6 เกิดจากการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 5–6 ของ Noblit และ Hare[6] เน้น “การแปลความหมายระหว่างงานวิจัย (Translating the Studies)” และ “การสังเคราะห์ความหมายใหม่ (Synthesizing Translations)” ผู้วิจัยพบความหมายซ้ำในหลายบริบท เช่น “การยอมรับในความแก่” และ “การลุกขึ้นทางใจ” ที่ไม่ถูกจัดเป็นธีมในงานต้นฉบับ แต่สะท้อนพลวัตของการเปลี่ยนผ่านทางจิตใจที่ลึกซึ้ง จึงถูกตีความและยกระดับเป็น “หมวดแนวคิดใหม่ (Emergent Categories)” เพื่ออธิบายกระบวนการภายในของผู้สูงอายุ โดยเป็นผลของการตีความเชิงลึก (Interpretive Depth) ที่ต่อยอดจากข้อมูลเดิม ไม่ใช่ข้อบกพร่องของการสังเคราะห์ครั้งก่อน แต่เป็นการขยายองค์ความรู้ให้ลุ่มลึกยิ่งขึ้น ดังนี้

หมวดที่ 5: การรับรู้ตนเองและอัตลักษณ์ของวัยชรา ผู้สูงอายุสะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงอัตลักษณ์ จาก “ผู้ให้” สู่ “ผู้พึ่งพา” การหกล้มกลายเป็นประสบการณ์ที่ทำให้ตระหนักถึงความจริงของวัยชรา แม้จะเกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาท แต่ก็เป็นจุดเริ่มต้นของ “การยอมรับความเปราะบาง” การยอมรับนี้จึงไม่ได้หมายถึงความพ่ายแพ้ แต่เป็นการเติบโตทางจิตวิญญาณช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของชีวิตแม้ในสภาพที่ไม่สมบูรณ์ หมวดนี้จึงขยายความจากหมวดที่ 3 (การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ) ไปสู่การเรียนรู้เชิงจิตใจที่ลึกซึ้งกว่าเดิม

หมวดที่ 6: พลังการปรับตัวและความยืดหยุ่นทางจิตใจ การหกล้มไม่เพียงทำให้ร่างกายอ่อนแอ แต่ยังเป็นจุดเริ่มต้นของ “การฟื้นคืนทางใจ” ผู้สูงอายุหลายคนใช้ศรัทธา ความรักในครอบครัว และคำสอนทางธรรมเป็นพลังเยียวยาที่ช่วยให้ใจกลับมามั่นคง พลังนี้สะท้อนความยืดหยุ่นทางจิตวิญญาณ ที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างศรัทธา (หมวด 1) และครอบครัว (หมวด 2) การ “ล้มแล้วลุกได้อีก” จึงไม่ใช่เพียงทางกาย แต่เป็นสัญลักษณ์ของ “การลุกขึ้นทางใจ” เป็นหัวใจของการดำรงอยู่ในวัยชราอย่างมีศักดิ์ศรีและสมดุล

สรุปภาพรวมผลการสังเคราะห์ (Meta-synthesis Integration) เมื่อพิจารณาทั้ง 6 หมวดแนวคิดร่วมกัน พบว่า “การหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย” เป็น วงจรการดูแลเชิงวัฒนธรรม (Cultural Caring Cycle) ที่เริ่มจาก ศรัทธา (หมวด 1) ⟶ ก่อเกิด ความสัมพันธ์และการดูแลร่วม (หมวด 2) ⟶ พัฒนาเป็น การเรียนรู้และการปรับตัว (หมวด 3–4) ⟶ และนำสู่ การยอมรับและฟื้นคืนสมดุลทางใจ (หมวด 5–6) กระบวนการนี้สะท้อนว่า “การหกล้ม” ไม่ใช่เพียงเหตุการณ์ทางกาย แต่เป็นกระบวนการฟื้นคืนสมดุลทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ (Cultural Process of Caring and Rebalancing) ที่หลอมรวมศรัทธา ความสัมพันธ์ และความหมายชีวิต จนผู้สูงอายุสามารถสร้าง “สมดุลใหม่แห่งวัยชรา (New Balance of Aging)” ดำรงอยู่ได้อย่างสงบ อ่อนโยน และมีศักดิ์ศรี

สรุปและอภิปรายผล

การสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณนาอภิมาน (Ethnographic Meta-synthesis) มุ่งทำความเข้าใจ “การหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย” ในฐานะ **ปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรม** มากกว่าความเสี่ยงทางกายภาพ โดยใช้แนวทางของ Noblit และ Hare[6] เพื่อ “ถอดรหัสความหมาย” จากงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชื่อมโยงเป็นความเข้าใจเชิงมโนทัศน์ (conceptual understanding) ระหว่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

ผลการสังเคราะห์แบ่งเป็น 6 หมวดแนวคิดหลัก (Conceptual Categories) ได้แก่ 4 หมวดแนวคิดพื้นฐาน (Core Cultural Dimensions) และ 2 หมวดแนวคิดใหม่ (Emergent Dimensions) ที่เกิดจากการตีความเชิงลึกขั้นสุดท้าย ซึ่งสะท้อนพลวัตของการดูแลผู้สูงอายุไทยในมิติทางวัฒนธรรม ดังนี้

หมวดที่ 1 ความเชื่อและค่านิยมทางวัฒนธรรม ศรัทธาในพุทธศาสนาและค่านิยมแบบไทยเป็น “รากฐานทางจิตวิญญาณ” ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับความเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างสงบ การมองการหกล้มเป็น “เหตุธรรมดาแห่งชีวิต” Chang et al.[7] ที่ชี้ว่าศรัทธาช่วยสร้าง “การยอมรับร่วม (collective acceptance)” ต่อความเสื่อมถอยของกาย แนวคิดนี้สอดรับกับ Watson’s Theory of Human Caring[8] ที่เน้นการดูแลทั้งกายและจิตวิญญาณ

หมวดที่ 2 บทบาทของครอบครัวและชุมชน ครอบครัวและชุมชนคือ “ระบบดูแลเชิงวัฒนธรรม” ที่หล่อเลี้ยงทั้งกายและใจ ผู้สูงอายุได้รับพลังจากความกตัญญูและความผูกพันระหว่างรุ่น ผลของสุนีย์และคณะ[9] พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดการหกล้มได้ชัดเจน สอดคล้องกับ Rubenstein & Josephson[10] และแนวคิด Leininger’s Transcultural Nursing Theory[12] ที่ชี้ว่าการดูแลต้องอิงวัฒนธรรมและบริบทชุมชน

หมวดที่ 3 ประสบการณ์และการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ การหกล้มกลายเป็น “จุดเปลี่ยนแห่งการตื่นรู้” ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเรียนรู้และปรับมุมมองชีวิต ชญานิศและคณะ (2566) พบว่าการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพช่วยเปลี่ยนความกลัวเป็นแรงจูงใจ สอดคล้องกับ McMahon et al.[11] ที่อธิบายว่าการเล่าเรื่องชีวิตหลังการล้มเป็นการฟื้นคืนอัตลักษณ์และความหมายชีวิต

หมวดที่ 4 กลยุทธ์การดูแลและการป้องกันแบบมีส่วนร่วม การป้องกันการหกล้มในชุมชนเกิดจาก “การผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกับความรู้สมัยใหม่” [5,12] แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมออกกำลังกายและบ้านปลอดภัยแบบมีส่วนร่วมลดการล้มได้อย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับ Leininger[13] ที่เสนอว่าการดูแลต้องบูรณาการวัฒนธรรมกับการส่งเสริมสุขภาพชุมชน

หมวดที่ 5 การรับรู้ตนเองและอัตลักษณ์ของวัยชรา ผู้สูงอายุหลังการหกล้มเกิด “การเปลี่ยนผ่านอัตลักษณ์” จากผู้ให้สู่ผู้พึ่งพา และเรียนรู้การยอมรับตนอย่างสงบ สอดคล้องกับ Wang et al.[14] และ Tornstam’s Gerotranscendence Theory (2005)[15] ที่มองการยอมรับความแก่เป็นการเติบโตทางจิตวิญญาณและการเยียวยาภายใน

หมวดที่ 6 พลังการปรับตัวและความยืดหยุ่นทางจิตใจ การลุกขึ้นทางใจของผู้สูงอายุสะท้อน “พลังความยืดหยุ่นเชิงวัฒนธรรม (Cultural Resilience)” ที่หล่อหลอมจากศรัทธา ความรัก และความสัมพันธ์ในครอบครัว ศิริพรและคณะ (2567)[16] พบว่าศรัทธาและความผูกพันช่วยลดความกลัวล้ม สอดคล้องกับ Wagnild & Young’s Resilience Theory (1993)[17] ที่อธิบายว่าความยืดหยุ่นเกิดจากความเชื่อมโยงระหว่างคน

สรุป จากผลการสังเคราะห์สะท้อนว่า “การหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย” ไม่ได้เป็นเพียงเหตุการณ์ทางกายภาพ แต่เป็น “กระบวนการทางวัฒนธรรมของการดูแลและการฟื้นคืนสมดุล” ที่เชื่อมโยงศรัทธา ความสัมพันธ์ การเรียนรู้ และพลังทางจิตวิญญาณในชีวิตผู้สูงอายุ การหกล้มจึงกลายเป็น “ประสบการณ์เปลี่ยนผ่าน” ที่นำไปสู่การยอมรับตนและการเติบโตภายใน ทั้ง 6 หมวดแนวคิดประกอบเป็น วงจรการดูแลเชิงวัฒนธรรม (Cultural Caring Cycle) เริ่มจาก **ศรัทธา (หมวด 1) ⟶ ความสัมพันธ์และการดูแลร่วม (หมวด 2) ⟶ การเรียนรู้และการปรับตัว (หมวด 3–4) ⟶** และ **การยอมรับกับการฟื้นคืนสมดุลทางใจ (หมวด 5–6)**

วงจรนี้สะท้อนว่าการดูแลไม่ได้จำกัดอยู่ในมิติสุขภาพ แต่เป็นพลวัตของการดูแลแบบองค์รวม สอดคล้องกับ Watson's Theory of Human Caring[8] ที่เน้นมิติทางจิตวิญญาณ, Leininger's Transcultural Nursing Theory[13] ที่ให้คุณค่าต่อวัฒนธรรม, Pender's Health Promotion Model ที่มองการเรียนรู้สุขภาพเป็นพลังบวก และ Tornstam's Gerotranscendence Theory[15] ที่อธิบายการเติบโตทางจิตใจในวัยชรา ภาพรวมทั้งหมดนำไปสู่แนวคิด "สมดุลใหม่แห่งวัยชรา (New Balance of Aging)" ที่ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสงบ อ่อนโยน และมีศักดิ์ศรี

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงทฤษฎี ผลการสังเคราะห์ในครั้งนี้นำไปสู่ "กรอบแนวคิดกระบวนการทางวัฒนธรรมของการดูแลและการฟื้นคืนสมดุล (Cultural Process of Caring and Rebalancing)" ซึ่งขยายขอบเขตความเข้าใจเรื่องการหกล้มจากมิติทางกายสู่มิติทางจิตวิญญาณและวัฒนธรรม

1.1 ควรใช้กรอบแนวคิดนี้เป็นพื้นฐานพัฒนา "ทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรม (Cultural-Based Caring Theory)" โดยบูรณาการแนวคิดของ Watson[8], Leininger[12] และ Tornstam[15] เพื่ออธิบายพลวัตของศรัทธา ความสัมพันธ์ และการฟื้นคืนพลังใจในผู้สูงอายุไทย

1.2 การสังเคราะห์ได้ขยายแนวคิด Resilience ให้ครอบคลุมมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ จึงควรต่อยอดเป็น "ทฤษฎีความยืดหยุ่นเชิงวัฒนธรรม (Cultural Resilience Theory)" ที่สะท้อนพลังของศรัทธาและชุมชนในบริบทเอเชีย

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างศรัทธา–ครอบครัว–ชุมชน สามารถพัฒนาเป็นแนวคิด "การพยาบาลเชิงพหุวัฒนธรรมแบบบูรณาการ (Integrative Transcultural Nursing)" เพื่อยกระดับองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุในสังคมพหุวัฒนธรรม

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ จาก 6 หมวดแนวคิดหลัก สามารถสังเคราะห์แนวทางเชิงปฏิบัติได้ดังนี้

2.1 หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควรบูรณาการกิจกรรม "เสริมพลังใจผ่านศรัทธา (Spiritual Empowerment)" เช่น สวดมนต์ ทำบุญ หรือกิจกรรมศาสนาชุมชน เข้ากับโปรแกรมป้องกันการหกล้ม เพื่อส่งเสริมสุขภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

2.2 ควรจัดตั้ง "เครือข่ายการดูแลเชิงวัฒนธรรม (Cultural Care Network)" โดยเชื่อมโยงบทบาทของครอบครัว อสม. และทีมพยาบาล เพื่อสร้างระบบดูแลแบบมีส่วนร่วมในระดับหมู่บ้าน

2.3 พยาบาลควรใช้กระบวนการสะท้อนคิด (Reflective Practice) เพื่อเข้าใจความหมายของ "การล้มและการลุก" ของผู้สูงอายุ และใช้แนวคิดนี้ในการฝึกอบรมบุคลากรให้เข้าใจการดูแลเชิงจิตวิญญาณมากขึ้น

2.4 ควรพัฒนา "โปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางใจ (Psychospiritual Resilience Program)" โดยผสมผสานแนวคิดของ Wagnild & Young[17] กับหลักพุทธธรรม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุฟื้นสมดุลทางใจหลังเผชิญการหกล้ม

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

3.1 ควรพัฒนาแบบจำลองเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในกรอบแนวคิด "Cultural Process of Caring and Rebalancing" ให้มีความเที่ยงตรงทางสถิติ

3.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ควรนำแนวคิดนี้ไปใช้สร้างนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทแต่ละภูมิภาค เช่น ภาคเหนือเน้น

ศรัทธา ภาคอีสานเน้นเครือญาติ ภาคใต้เน้นชุมชนศาสนา

3.3 ควรมีการสังเคราะห์อภิมานเชิงเปรียบเทียบระหว่างประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อพัฒนา “ทฤษฎีการดูแลผู้สูงอายุแบบอุษาคเนย์ (Southeast Asian Gerocaring Theory)” ที่สะท้อนรากวัฒนธรรมร่วม

3.4 ด้านการศึกษา ควรบูรณาการแนวคิด “การดูแลเชิงวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ” จากการวิจัยนี้เข้าสู่หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ โดยเฉพาะในรายวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ และ การพยาบาลชุมชน เพื่อปลูกฝังมุมมองแบบองค์รวมแก่นักศึกษาพยาบาลรุ่นใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Global report on falls prevention in older age. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2021
2. Global Burden of Falls Collaborators.(2017). Global, regional, and national estimates of fall-related mortality and morbidity in older adults: A systematic analysis. The Lancet Public Health 2017; 2(11): e513–e521.
3. Ministry of Public Health.(2023). Annual report on elderly health and accidental injury in Thailand. Bangkok.
4. Khon Kaen University Journal of Public Health Research.(2023). Spatial distribution of elderly falls in Thailand. Journal of Public Health Research 2023; 13(4): 77–90.
5. Boon-yakorn P., et al.(2021). Home environment modification to reduce falls among older adults in the community. Journal of Public Health Nursing 2021; 35(2): 47–58.
6. Noblit GW., & Hare RD.(1988). Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies. Newbury Park, CA: Sage.
7. Chang Y., Chen L., Wang M.(2020). Buddhist perspectives on aging and acceptance: A qualitative study among elderly in Taiwan. Journal of Cross-Cultural Gerontology; 2020:, 35(4).
8. Watson J..(2008). Nursing: The philosophy and science of caring (rev. ed.). Boulder, CO: University Press of Colorado; 2008.
9.Sunee M., et al. .(2024). The effects of family participation on fall reduction among older adults. Khon Kaen University Journal of Nursing Science 2024; , 41(1): 72–84.
10. Rubenstein L., Josephson K.(2021). Fall prevention strategies for community-dwelling older adults. Clinics in Geriatric Medicine 2021: 37(1): 113–126.
11.McMahon S., Kim H., Allen J. .(2022). Reconstructing identity after a fall: Narrative perspectives among older adults. Qualitative Health Research 2022; 32(9): 1365–1380.
12. Kaewkerd O, et al.(2024). Community-based fall prevention program for older adults using local wisdom. Journal of Thai Community Health 2024; 40(1): 11–25.
13.Leininger M.(2002). Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practices (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill;2002.
14. Wang Y., Lin H., Zhang Q.(2023). Embodied vulnerability and self-acceptance among older adults after falls. Journal of Aging Studies 2023; 67(3): 101–115.
15. Tornstam L.(2005). Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging. New York, NY: Springer.
16. Siriporn C., et al.(2024). Faith and inner strength among older adults after a fall. Thai Journal Of Geriatric Health 2024; 4(1): 9–21.
17. Wagnild G., & Young, H.(1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. Journal of Nursing Measurement 1993; 1(2):165–178.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสระแก้ว

ASSOCIATION BETWEEN HEALTH LITERACY WITH SOCIAL SUPPORT AND DEPENDENT ELDERLY CARE OF CAREGIVERS IN SA KAEO PROVINCE.

(Received: December 8,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

สุลีรัตน์ เพ็ชรสมบัติ[1] เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์[2] สุนิศา แสงจันทร์[3] เสาวนีย์ ทองนพคุณ[4]
Suleerat Pechsombat[1] Aimutcha Wattanaburanon[2] Sunisa Sangjun[3] Saowanee Thongnopakun[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย และปฏิบัติงานอยู่ จำนวน 320 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.0) อายุเฉลี่ย 52.41 ปี และมีประสบการณ์ 1–3 ปี (ร้อยละ 53.1) โดยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ร้อยละ 87.5) แรงสนับสนุนทางสังคม (ร้อยละ 89.4) และการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 83.4) อยู่ในระดับดี ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p = 0.028$) และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ($p = 0.008$) นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.707$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.687$) มีความสัมพันธ์ในระดับมากกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This survey research by cross-sectional study investigated the associations between health literacy with social support and dependent elderly care of caregivers in Sa kaeo province. The sample comprised 320 active caregivers who had completed the Ministry of Public Health's 70-hour training program, selected through stratified sampling. Data were collected via an online questionnaire and analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including the chi-square test and Pearson's correlation coefficient.

Results indicated that most caregivers were female (91.0%), with a mean age of 52.41 years, and had 1–3 years of experience (53.1%). The majority demonstrated good levels of health literacy (87.5%), social support (89.4%), and caregiving for older adults (83.4%). Personal factors significantly associated with caregiving at the 0.05 level were educational attainment ($p = 0.028$) and length of service ($p = 0.008$). In addition, health literacy ($r = 0.707$) and social support ($r = 0.687$) showed strong correlations with caregiving for dependent older adults, significant at the 0.05 level.

Keyword : Health Literacy, Social Support, Elderly, Caregivers Dependent Elerly

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[2] ศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[3] อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[4] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทนำ

ทั่วโลกกำลังประสบกับภาวะการเปลี่ยนผ่านทางประชากรศาสตร์ (Demographic Transition) อย่างรวดเร็ว โดยมีแนวโน้มหลักคือ อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate) ของประชากรวัยทารกและเด็กได้ลดลงถึงระดับต่ำกว่าการทดแทน (Sub-replacement Level) ขณะเดียวกัน จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและต่อเนื่อง ไม่เว้นแม้แต่ประเทศไทยส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Caregiver) ภายใต้นโยบายระบบการดูแลระยะยาว(Long Term Care) เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน[1]

สถานการณ์ในระดับภูมิภาคเอเชีย พบว่าประเทศจีนมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก และญี่ปุ่นมีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุด[1] สำหรับกลุ่มประเทศอาเซียน ส่วนใหญ่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยสิงคโปร์มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด รองลงมาคือประเทศไทย[1] สาเหตุหลักของการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเกิดจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่สูงขึ้น โดยประชากรไทยมีอายุขัยเฉลี่ยชาย 71.9 ปี และหญิง 79.9 ปี[2] ได้สร้างภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ การยังชีพ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุแก่รัฐบาล ชุมชน และครอบครัว[3] รัฐบาลจึงได้กำหนดนโยบายระบบ LTC เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) และจำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม[3] กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559–2566 รวมจำนวน 110,012 คน และปฏิบัติงานในโครงการ LTC จำนวน 105,877 คน[4] ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นทรัพยากรบุคคลสำคัญในระบบ LTC ที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพครอบคลุมยิ่งขึ้น[3]

จังหวัดสระแก้ว จัดเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completely Aged Society) โดยมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 19.99 ของประชากรทั้งหมด และจากการประเมิน Barthel ADL พบว่าเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงรวมกันร้อยละ 3.204[5] แม้จังหวัดสระแก้วจะมีลักษณะเศรษฐกิจฐานเกษตร มีรายได้ครัวเรือนค่อนข้างต่ำ และแรงงานวัยทำงานจำนวนมากย้ายถิ่นฐานไปยังเขตอุตสาหกรรม[6] ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมักขาดที่พึ่งพาและขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรมฟื้นฟูศักยภาพตามหลักสูตรที่กำหนด สถานการณ์นี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีการศึกษาค่อนข้างจำกัด แม้จะพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านการพัฒนาความรอบรู้ของผู้ดูแล[7] ทิศทางการพัฒนาผู้ดูแลระยะยาวในชุมชน[8] และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าตัวแปรด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์และส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ[9] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างความรู้ดังกล่าว ด้วยการศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสระแก้ว” โดยประยุกต์กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 มิติ (การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, การทำความเข้าใจ, การประเมินข้อมูล/บริการ, และการนำไปใช้) ควบคู่กับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของ House ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ (แรงสนับสนุนด้านอารมณ์, การให้การประเมินผล, ข้อมูลข่าวสาร, และเครื่องมือ/การ

ปฏิบัติการ)[10] ผลการศึกษาจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนงานพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในระบบการดูแลระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในจังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในจังหวัดสระแก้ว

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวางเพื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในจังหวัดสระแก้ว

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จังหวัดสระแก้ว มีสถานะปฏิบัติงาน ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย จำนวน 9 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสระแก้ว อำเภอคลองหาด อำเภอวังน้ำเย็น อำเภอโคกสูง อำเภอวังสมบูรณ์ อำเภอตาพระยา อำเภออรัญประเทศ อำเภอเขาฉกรรจ์ และอำเภอวัฒนานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นบุคคลสัญชาติไทย อายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดสระแก้ว ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง จากกรมอนามัย มีประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ยินยอมและสมัครใจในการวิจัย

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel and Ross (1995)[11] ดังนี้

$$n = \frac{N\,\sigma^2\,Z^2_{1-}\alpha_{/2}}{d^2\,(N-1) + \sigma^2(Z^2_{1-}\alpha_{/2})}$$

N คือ ขนาดประชากร 1,190 คน

Z คือ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า 1.96

$Z\alpha/2$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญ $1-\alpha$ = 0.05 หรือ 5% ระดับความเชื่อมั่น $1-\alpha$ = 0.95 หรือ 95 % มีค่าเท่ากับ 1.96

σ คือ ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดอุตรดิตถ์[9] พบว่า บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.50

d คือ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = 0.05

n = 291 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของ แบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนดหรืออาจมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่าง ร้อยละ 10[9]

จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) ตามอำเภอทั้ง 9 อำเภอของจังหวัดสระแก้ว และจัดสรรขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในแต่ละอำเภอ เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรในการศึกษา โดยใช้โปรแกรม Microsoft excel จนได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ จำนวน 9 อำเภอ รวมจำนวน 320 คน ได้แก่ อำเภอเมืองสระแก้ว 158 คน อำเภอคลองหาด 137 คน อำเภอวังน้ำเย็น 141 คน อำเภอโคกสูง 111 คน อำเภอวังสมบูรณ์ 125 คน อำเภอตาพระยา 124 คน อำเภออรัญประเทศ 119 คน อำเภอเขาฉกรรจ์ 85 คน และอำเภอวัฒนานคร 190 คน

เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House(1985)[10] ผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา(Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิจากกระทรวงสาธารณสุข อาจารย์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ และอาจารย์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้ค่า Index of Item Objective Congruence(IOC) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 เมื่อนำไปนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าความยากง่ายที่รับได้เท่ากับ 0.2-0.8 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยเป็นแบบสอบถามในลักษณะตรวจสอบรายการ (Checklist) เลือกได้เพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Health Literacy) จำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Access) จำนวน 5 ข้อ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Understand) จำนวน 5 ข้อ การประเมินข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Appraise) ข้อ 5 ข้อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Apply) จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตรส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของเบสท์[12] แปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3 ระดับ ดังนี้ ระดับปรับปรุง (20–46 คะแนน) ระดับพอใช้ (47–73 คะแนน) และระดับดี (74–100 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.882

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) จำนวน 4 ข้อ แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล จำนวน 4 ข้อ แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 4 ข้อ และแรงสนับสนุนด้านด้านเครื่องมือ จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์เบสท์ [12] แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับปรับปรุง (16–36 คะแนน) ระดับพอใช้ (37–57 คะแนน) และระดับดี (58–80 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.840

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน จำนวน 3 ข้อ การฟื้นฟูสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น จำนวน 3 ข้อ และการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ
เป็นแบบสอบถาม แบบมาตรส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์เบสท์[12] แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับปรับปรุง (12–27 คะแนน) ระดับพอใช้ (28–43 คะแนน) และระดับดี (44–60 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.834

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) นำสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) โดยวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi square) และสถิติสัมประสิทธิสหสัมพันธ์ Pearson Correlation

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย : G-HS153/2567 ณ วันที่ 27 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 320 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.9 เพศชาย ร้อยละ 8.1 อายุเฉลี่ย 52.41 ปี โดยมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.6 การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. ร้อยละ 42.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอิสระ เช่น ค้าขาย เกษตรกร ร้อยละ 64.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,550.63 บาท ระยะเวลาในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 1-3 ปี ร้อยละ 53.1 และมีประสบการณ์ในการฝึกการอบรมในการฝึกการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุอื่น ๆ เช่น อบรมฟื้นฟูการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น อบรมการดูแลผู้สูงอายุออนไลน์ ร้อยละ 65.9

2. ความรอบรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม(ทุกด้าน) พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.5 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับดี ทุกด้าน ดังนี้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Access) ร้อยละ 75.3 ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Understand) ร้อยละ 78.8 การประเมินข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Appraise) ร้อยละ 82.5 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Apply) ร้อยละ 86.3

3.แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรวม(ทุกด้าน) พบว่าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.4 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับดี คือ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) ร้อยละ 98.1 แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support) ร้อยละ 90.3 แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ร้อยละ 93.4 แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental support) ร้อยละ 90.3

4.การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม(ทุกด้าน) พบว่า อยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.4 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ทุกด้าน คือ ด้านการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.1 ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.1 ด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้น อยู่ในระดับดีร้อย 80.0 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับดีร้อยละ 79.1

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

5.1 การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษา (p - value = 0.028) และระยะเวลาในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (p - value = 0.008) มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในจังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2 ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในจังหวัดสระแก้ว พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวม (ทุกด้าน) มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับมาก (r = 0.707, p-value < 0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรวม (ทุกด้าน) มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระดับความสัมพันธ์โดยรวมมีความสัมพันธ์กันในระดับมาก (r = 0.687, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในจังหวัดสระแก้ว (n = 320)

ตัวแปร	r	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access)	0.522*	< 0.001
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ(Understand)	0.601*	< 0.001
การประเมินข้อมูลข่าวสาร (Appraise)	0.631*	< 0.001
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพ (Apply)	0.599*	< 0.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ทุกด้าน)	0.707*	< 0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)		
ด้านอารมณ์	0.650	<0.001
ด้านการให้การประเมินผล	0.521*	<0.001
ด้านข้อมูลข่าวสาร	0.569*	<0.001
ด้านเครื่องมือ	0.459*	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ทุกด้าน)	0.687*	<0.001

*p-value < 0.05

สรุปอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระแก้วมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Apply) และการประเมินข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Appraise) สะท้อนว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Caregiver) มีความสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เป็นอย่างดี ยืนยันด้วยผลการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม(ทุกด้าน) อยู่ในระดับดี ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access) มีระดับต่ำที่สุด ซึ่งแสดงถึงข้อจำกัดทั้งเชิงโครงสร้างและบริบท เช่น ระยะทาง ค่าใช้จ่าย หรือข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยี ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจในยุโรปโดย Sørensen et al.[13] ที่พบว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการเป็นหนึ่งในมิติที่ประชาชนเผชิญอุปสรรคมากที่สุด โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือชายขอบ ในบริบทประเทศไทย งานวิจัยของ พิสิฐศักดิ์ พิริยานนท์[14] ชี้ว่าการพัฒนาโปรแกรมเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านการอบรมและกิจกรรมกลุ่มสามารถยกระดับการค้นหาข้อมูลและบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้จริง

2. ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระแก้วได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับดี เมื่อพิจารณาเชิงรายละเอียดตามมิติของ House[10] พบว่า ด้านแรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสมอเมื่อรู้สึกท้อใจหรือหมดพลังในการดูแล ขณะที่ชุมชนยินดีรับฟังและพร้อมสนับสนุนงาน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ ลดความเครียดในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทำให้ผลการดูแลมีคุณภาพมากขึ้น ยืนยันด้วยผลการศึกษาการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม (ทุกด้าน) อยู่ในระดับดี

3. ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในหลายด้านได้ดี โดยเฉพาะ ด้านการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทักษะและความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และสามารถสังเกตประเมิน และวางแผนความร่วมมือในการดูแลได้ อย่างไรก็ตาม การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเฉพาะด้าน เช่น การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย หรือการดูแลด้านความปลอดภัยยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดในการปฏิบัติด้านทักษะเฉพาะ และชี้ให้เห็นความจำเป็นในการเสริมสร้าง Health Literacy ด้านปฏิบัติ (Practical Health Literacy) และแรงสนับสนุนเชิงปฏิบัติจากครอบครัวและชุมชน[10,13,14]

4.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ระดับการศึกษาและระยะเวลาในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงสามารถเข้าถึง เข้าใจ และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่า ส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากกว่า สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ การพัฒนาศักยภาพผ่านการอบรมและการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชนถือเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม[9,13,15,16] นอกจากนี้ การศึกษาสูงมักเกี่ยวข้องกับทักษะการอ่าน การตีความข้อมูล และความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งสำคัญต่อการเลือกใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยงานวิจัยของ Nutbeam[15] และ Sorensen et al.[13] ชี้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและการศึกษา ซึ่งเป็นตัวกำหนดศักยภาพในการจัดการสุขภาพทั้งของตนเองและผู้สูงอายุ การศึกษาของศิวพร ชุ่มเย็น[9] และศุภลักษณ์ กาญจนดิษฐ์ และคณะ[16] พบว่า ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงสามารถเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมได้มากกว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้ดูแลที่มีประสบการณ์และระยะเวลาการดูแลนานกว่า จะมีความชำนาญ ทักษะ และการปรับตัวในการรับมือกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดีกว่าผู้ที่เพิ่งเริ่มปฏิบัติหน้าที่ เนื่องจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและจัดการปัญหาสุขภาพได้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[9] ที่ชี้ว่าระยะเวลาการดูแลมีผลต่อคุณภาพการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุมาเป็นเวลานานมีความสามารถในการให้การดูแลเชิงรุกและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ยาวนานมักมีความมั่นใจในการดูแลและสามารถจัดการทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีกว่าผู้ดูแลใหม่[9] นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลมีประสบการณ์ยาวนานยังสัมพันธ์กับการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากแรงสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ทั้งจากครอบครัว หน่วยงานชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากขึ้น ดังที่ชุติมา คงจันทร์[17] อธิบายว่าความต่อเนื่องของการดูแลและเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมคุณภาพการดูแลระยะยาว

4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีความสัมพันธ์มากกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าย่อมมีศักยภาพในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพ

ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมและมีคุณภาพมากขึ้น ความสัมพันธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่า Health Literacy ไม่ได้เป็นเพียงแค่ความรู้เชิงทฤษฎี แต่เป็นทักษะชีวิตที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเชิงสุขภาพได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ

4.3 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีความสัมพันธ์มากกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าการมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง โดยได้รับการสนับสนุนจาก 4 กลุ่มสำคัญ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมศักยภาพและประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแล การตีความตามกรอบแนวคิดของ House[10] แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถจำแนกออกเป็น 4 มิติ ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งช่วยลดความเครียดและเสริมพลังใจ แรงสนับสนุนด้านการประเมินผลที่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สะท้อนความคิดและประเมินตนเอง แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ที่เพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านสุขภาพ และ แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ ที่ช่วยจัดหาทรัพยากรและอุปกรณ์ที่จำเป็น ทั้งหมดนี้มีบทบาทโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลในทุกมิติ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการประสานงานเพื่อให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

1. จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) มีระดับความรอบรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ทุกด้าน) อยู่ในระดับดี แต่ยังมีบางเรื่องที่ยังเป็นข้อกังวลไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการได้ เช่น ไม่กล้าไปพบหรือขอคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และไม่สะดวกในการค้นหาสอบถามจากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือโดยเร็ว ซึ่งอาจกระทบต่อการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ จึงควรสร้างช่องทาง หรือระบบสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุข เช่น ไลน์ สื่อสาร ถามตอบรวบรวมข้อสงสัย การให้คำแนะนำที่สะดวกรวดเร็ว รวมทั้งลิงค์แหล่งข้อมูลน่าเชื่อถือได้ และนำเทคโนโลยีมาใช้ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ โดยควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพออนไลน์ที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และเข้าใจง่าย

2. จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ Caregiver) มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ทุกด้าน) ระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายด้าน จะพบว่ามีบางประเด็นที่ทำให้ไม่ได้รับสนับสนุนการดำเนินงานเท่าที่ควร เช่น ไม่มีเพื่อนร่วมงานที่พร้อมรับฟัง อาจทำให้รู้สึกไม่มั่นใจหรือขาดพลังใจในการทำงาน จึงควรมีระบบช่วยเหลือจับคู่ Buddy ทำงานช่วยกันและกัน เติมเต็มกำลังใจ แลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงาน ปรึกษาหาหารือกันได้

3.จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) มีระดับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ(ทุกด้าน) อยู่ในระดับดี ทั้งนี้ ยังมีบางประเด็นที่ควรพัฒนา เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย การทำกายภาพบำบัดที่เหมาะสมเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การแนะนำแหล่งช่วยเหลือปรับปรุงบ้านให้ปลอดภัยต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เช่น หน่วยบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรใช้ผลการวิจัยนี้ในการกำหนดนโยบาย การจัดโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาตรการในการฟื้นฟูศักยภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนอุปกรณ์ คู่มือสุขภาพ การสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรพัฒนาโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และทดลองวัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อประเมินประสิทธิผลอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทชุมชน

2. การศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพ ระบบ e-Health หรือการจัดทำแพลตฟอร์มออนไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างทักษะและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ง่ายขึ้น สามารถติดตามดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้สะดวกและรวดเร็ว

3. การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเข้าใจประสบการณ์ ความรู้สึก และความท้าทายที่พบในการรับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยอธิบายกลไกการทำงานของแรงสนับสนุนที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน

4. ควรศึกษารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเฉพาะกลุ่มเปรียบเทียบแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานภาครัฐ กลุ่มใดมีอิทธิพลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงลึกในการออกแบบนโยบายและมาตรการสนับสนุนที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาและผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวมรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations.(2022). World Population Prospects 2022 Summary of Results. 2022. Available From: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2566. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. เข้าถึงจาก : https://ipsr.mahidol.ac.th/
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงาน.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานบุคลากรด้านการดูแลระยะยาว. 2567. เข้าถึงจาก: http://ltc.anamai.moph.go.th
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.(2567). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. รายงานมาตรฐาน. การคัดกรอง จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน. สืบค้นเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2567, เข้าถึงจาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51.
6. สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดสระแก้ว.(2565). รายงานคุณภาพชีวิตคนสระแก้วจากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.).
7.ประเสริฐ สาวีรัมย์.(2565). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรอบรู้ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565; 16(1): 86-100.

8. กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ และ นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. ทิศทางของการ พัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(4): 15-24. เข้าถึงจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/164854
9. ศิวพร ชุ่มเย็น. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2566; 34(1): 158-171.
10. House, J. S. and Kahn, R. L. Measures and Concepts of Social Support. In: Cohen, S. and Syme, S.L., Eds., Social Support and Health, Academic Press, New York. 1985, 83-108.
11. Daniel, W. W. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (6th ed.). New York: John Wiley & Sons. 1995.
12. Best, J. W., & Kahn, J. V. (1998). Research in education. Allyn and Bacon. . Available From: https://books.google.co.th/books?id=jGgkAQAAMAAJ
13. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*(80), 1–13. Available From: https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80
14. วิสิฐศักดิ์ พิริยานนท์. การพัฒนาความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2566; 2(พิเศษ): p. 22–30. เข้าถึงจาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/article/view/1405
15. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 2008. 67*(12), 2072–2078. Available From: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050
16. ศุภลักษณ์ กาญจนดิษฐ์, อมรพรรณ ศรีสุคนธ์, และวาสนา ศรีรักษ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2563; 15(1): 45-58.
17. ชุติมา คงจันทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564; 7(13): 53-67.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัลของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดสระแก้ว

FACTORS RELATED TO HEALTHCARE CHECK-UP OF HIGH-RISKS POPULATION FOR NON-COMMUNICABLE DISEASES AT DIGITAL HEALTH STATIONS IN SA KAEO PROVINCE.

(Received: December 9,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

วริสรา ควรอนันต์[1] เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์[2] สุนิศา แสงจันทร์[3] เสาวนีย์ ทองนพคุณ[4]
Warisara Kuan-anan[1] Aimutcha Wattanaburanon[2] Sunisa Sangjun[3] Saowanee Thongnopakun[4]

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความพึงพอใจ **พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ** และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัลของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เคยใช้บริการสถานีสุขภาพดิจิทัล จำนวน 395 คน ได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ระหว่างเดือน มกราคม–พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.62) ความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการอยู่ระดับมาก (ร้อยละ 69.11) และพฤติกรรมการเข้ารับบริการอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.60) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สถานภาพสมรส ($p = 0.045$) การมีสมาร์ทโฟน ($p = 0.018$) การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ ($p = 0.009$) ความสามารถในการบันทึกผลคัดกรอง/ประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเอง ($p = 0.001$) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($p < 0.001$) และความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความพึงพอใจสถานีสุขภาพดิจิทัล พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ

Abstract

This cross-sectional survey aimed to examine health beliefs model toward NCD prevention, service satisfaction, healthcare check-up behaviors, and factors related to healthcare check-ups at digital health station among high-risk populations in Sa Kaeo Province. Participants were high-risk individuals aged ≥35 years who had used a digital health station (n = 395), selected by stratified sampling from Sub-district Health Promoting Hospital in Mueang Sa Kaeo District. Data were collected via questionnaire from January–November 2025 and analyzed using descriptive statistics and the chi-square test.

Results showed overall health beliefs at a moderate level (69.62%), service satisfaction at a high level (69.11%), and healthcare check-up behaviors at a moderate level (49.60%). Factors significantly associated with healthcare check-ups included marital status ($p = 0.045$), owning a smartphone ($p = 0.018$), ability to connect to the internet ($p = 0.009$), ability to self-record screening results/assess risk ($p = 0.001$), health beliefs toward NCD prevention ($p < 0.001$), and service satisfaction ($p < 0.001$).

Keywords: Health belief model, service satisfaction at digital health station, healthcare check-up behaviors

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[2] ศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[3] อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[4] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขในระดับโลก เป็นผลให้เกิดอาการเจ็บป่วย ทุพลภาพ และเป็นอันตรายถึงชีวิต เป็นอันดับต้นๆ ในหลายประเทศทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี ค.ศ. 2022 พบว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด[1] ในประเทศไทยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนเช่นเดียวกัน โดยพบว่า อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด กินผักและผลไม้น้อย นอนไม่หลับ พักผ่อนน้อย ไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[2]

สังคมไทยในปัจจุบันได้เข้าสู่สังคมดิจิทัล ประชาชนส่วนใหญ่ได้นำอินเทอร์เน็ตมาใช้ในชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล พ.ศ. 2564–2568 เป็นการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพไทยให้เป็นดิจิทัล โดยการนำระบบสุขภาพดิจิทัลมาใช้เพิ่มขีดความสามารถด้านสาธารณสุข เป็นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ให้มีประสิทธิภาพในการให้ บริการด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น[2] และด้วยสถานการณ์ การระบาดของโรคโควิด-19 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายลดความแออัดในสถานพยาบาลทำให้เกิดนวัตกรรมการให้บริการคัดกรอง และติดตามภาวะความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดนอกสถาน พยาบาล มีสมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพออนไลน์ด้วยApplication บนมือถือของประชาชนและเชื่อมต่อข้อมูลกับสถานพยาบาล เช่น สมาร์ทอสม. H4U หมอพร้อม[5] และระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ เช่น การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)[6] เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแนวทางการจัดบริการสถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Station) ในชุมชน โดยการประสานเชื่อมโยงระบบ 3 หมอ มาเป็นกลไกการดำเนินงานเพื่อให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพเบื้องต้นได้สะดวก รวดเร็ว ได้รับความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ภายใต้แนวคิด “เข้าถึงง่าย ไม่ยุ่งยาก ทำได้ด้วยตนเอง และก่อให้เกิดความตระหนัก" สถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Station) จึงเป็นจุดบริการตรวจเช็คสุขภาพเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ประชาชนสามารถใช้บริการได้ด้วยตนเองในชุมชน[5]

โมเดลบริการ ประกอบด้วย เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติแบบสอดแขนหรือแบบพันแขน เครื่องชั่งน้ำหนักแบบเข็มหรือแบบดิจิทัล อุปกรณ์สำหรับวัดส่วนสูง สายวัดรอบเอว QR code เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และ QR code เพื่อกรอกข้อมูลผลการตรวจคัดกรองสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต และประเมินปัจจัยเสี่ยงลงในโทรศัพท์สมาร์ทโฟน ผู้เข้ารับบริการในสถานีสุขภาพดิจิทัลจะต้องได้รับการตรวจสุขภาพ โดยมีหมอคนที่ 1 (อสม.) คอยให้คำแนะนำขั้นตอนการเข้ารับบริการ บริการที่ต้องได้รับบริการในสถานีสุขภาพดิจิทัล ประกอบด้วย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจหาน้ำตาลในเลือด ประเมินค่าดัชนีมวลกาย (BMI) การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม และมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยแยกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง โดยกลุ่มปกติ แนะนำให้ตรวจคัดกรองสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สำหรับกลุ่มเสี่ยง ส่งตรวจยืนยันผลการคัดกรอง โดยหมอคนที่ 2 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลในพื้นที่) และได้รับการให้สุขศึกษารายบุคคลเพื่อนำไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ตามหลัก 3อ. 2ส. หลังครบกำหนดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หากพบเข้าเกณฑ์

ต้องพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยโรค หมอคนที่ 2 จะส่งต่อเข้าระบบเพื่อพบหมอคนที่ 3 (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) เพื่อทำการวินิจฉัยโรค ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและรับการรักษาโรคต่อไปตามแนวทางการดำเนินงานสถานีสุขภาพในชุชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้ว ปี พ.ศ. 2567[4]

ดังนั้น ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Rosenstock[7] ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ร่วมกับการประเมินความพึงพอใจในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ใน 4 มิติ ประกอบด้วย ด้านบุคลากรที่ให้บริการ ด้านเครื่อง มือและอุปกรณ์ ด้านขั้นตอนการให้บริการ และด้านการตอบสนองในการให้บริการ เพื่อนำผลจากการศึกษามาใช้ในการพัฒนาระบบบริการของสถานีสุขภาพดิจิทัล เพื่อนำผลไปใช้ยกระดับคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการของสถานีสุขภาพดิจิทัล ให้ผู้รับบริการเกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยงานเพื่อเตรียมความพร้อมในการยกระดับให้เป็นรพ.สต.อัจฉริยะต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ และพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดสระแก้ว

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดสระแก้ว

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความพึงพอใจ พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัลของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดสระแก้ว ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมกราคม–พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ดังนี้

ประชากร คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และเคยเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ในอำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว จำนวน 5,188 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และเคยเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ในอำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว จำนวน 395 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเมืองสระแก้ว มีเกณฑ์ คัดเข้า คือ ประชากรเพศชายและเพศหญิงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไปที่เคยเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว อย่างน้อย 6 เดือน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง โดยกำหนดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ใช้การคำนวณด้วยสูตรของแดเนียล (Daniel, 1995) ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยกำหนดค่า P เท่ากับ 0.05 ได้ทั้งหมด 359 คน และเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 395 คน การสุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ดังนี้ 1) จังหวัดสระแก้ว แบ่งเขตการ

ปกครองออกเป็น 9 อำเภอ 2) ผู้วิจัยเลือกอำเภอเมืองสระแก้ว เนื่องจากมีการจัดตั้ง และเปิดให้บริการสถานีสุขภาพดิจิทัล ครบทุกหมู่บ้าน 3) อำเภอเมืองสระแก้ว มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 21 แห่ง และหาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแยกรายโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามสัดส่วนของประชากร 4) ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการนำรายชื่อกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาจับฉลากจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และจากการประยุกต์จากบุคคลอื่น ผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และมหาวิทยาลัยบูรพา ได้ค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ 0.67-1.00 เมื่อนำไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 แบบสอบถามแบ่งออก 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนาสถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน โรคประจำตัว การมีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน การเชื่อมต่ออินเตอร์เน็ต ความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟน และความสามารถในบันทึกผลการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น และประเมินปัจจัยเสี่ยงได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย 1)การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2)การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3)การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4)การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5)สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล โดยเป็นแบบสอบถามแบบมาตรส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรที่ให้บริการ ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านการตอบสนองในการให้บริการ ด้านการให้ข้อมูลทางสุขภาพ โดยเป็นแบบสอบถามแบบมาตรส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดสระแก้ว โดยเป็นแบบสอบถามแบบมาตรส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลเชิงพรรณนาใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการการรับรองจริยธรรม รหัสโครงการวิจัย : G-HS000/256* วันที่ 27 เดือน มกราคม 2568 มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.70 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 24.30 อายุเฉลี่ย 53.31 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 64.05 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 42.79 การประกอบอาชีพเกษตรกร/ทำสวน/ทำไร่ คิดเป็นร้อยละ 34.43 รายได้เฉลี่ย 8,480.05 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 40.33 ปี ประชากรส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 59.49 ประชากรส่วนใหญ่มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน คิดเป็นร้อยละ 93.16 และสามารถเชื่อมต่ออินเตอร์เน็ตได้ตลอดเวลา คิดเป็นร้อยละ 73.37 และมีความสามารถในการใช้งานโทรศัพท์สมาร์ทโฟน คิดเป็นร้อยละ 93.92 โดยประชากรส่วนใหญ่ สามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ (Line) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมา ได้แก่ แอปพลิเคชันเฟสบุ๊ค (Facebook) คิดเป็นร้อยละ 65.32 เมื่อเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล สามารถสแกน QR Code เพื่อบันทึกผลการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น และประเมินปัจจัยเสี่ยงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.24 รองลงมา ได้แก่ สแกน QR Code เพื่อลงทะเบียนรับบริการ คิดเป็นร้อยละ 58.23 และสแกน QR Code เพื่อคำนวณ BMI น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.95 และประชากรส่วนใหญ่มีความสามารถในบันทึกผลการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น และประเมินปัจจัยเสี่ยงได้ด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 65.57

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับปานกลาง ร้อยละ 69.62 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับปานกลาง ร้อยละ 75.95 ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับปานกลาง ร้อยละ 55.19 ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับปานกลาง ร้อยละ 70.89 ด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ระดับปานกลาง ร้อยละ 62.03 เมื่อแบ่งระดับความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ทุกด้าน) พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.62 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 72.48 คะแนน (S.D. = 9.46)

ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ประกอบด้วย ด้านบุคลากรที่ให้บริการ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.24 ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 63.04 ด้านขั้นตอนการให้บริการ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.70 ด้านการตอบสนองในการให้บริการ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.96 เมื่อแบ่งระดับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล (ทุกด้าน) พบว่า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 69.11 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 68.25 คะแนน (S.D. = 9.41)

พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดสระแก้ว พบว่า พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัลที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ สถานีสุขภาพดิจิทัลอยู่ใกล้บ้าน จึงทำให้เกิดความสะดวกในการเข้ารับบริการ ร้อยละ 93 16 รองลงมา คือ การตรวจสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ การวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ประเมินค่าดัชนีมวลกาย(BMI) วัดความดันโลหิต และตรวจหาน้ำตาลในเลือด ครบทุกรายการ เมื่อเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ร้อยละ 92.91 การแนะนำให้บุคคลอื่นเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ร้อยละ 91.90 พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัลที่ปฏิบัติน้อยที่สุด ได้แก่ การเดินทางเพื่อมาเข้ารับบริการจะไม่ต้องอาศัยบุคคลอื่นพามารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ร้อยละ 44.56 รองลงมา คือ การเข้าบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล แต่ละครั้งใช้เวลาไม่นาน ร้อยละ 55.19 การใช้สมาร์ทโฟน

บันทึกผลการตรวจสุขภาพ และการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองทุกครั้งที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ร้อยละ 77.98 ตามลำดับเมื่อแบ่งระดับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัลทุกด้าน พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.60

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดสระแก้ว ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สถานภาพสมรส (p = 0.045) การมีสมาร์ทโฟน (p = 0.018) การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ (p = 0.009) ความสามารถในการบันทึกผลคัดกรอง/ประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเอง (p = 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัลของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = <0.001)

ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัลของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = <0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดสระแก้ว (n=395)

ตัวแปร		พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ				χ^2	*p*-value
		ระดับต่ำ/ปานกลาง		ระดับสูง			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพ						6.182	0.045*
	โสด	25	6.33	40	10.13		
	สมรส	141	35.70	112	28.35		
	หม้าย/หย่า/แยก	40	10.13	37	9.37		
การเชื่อมต่ออินเตอร์เน็ต						11.544	0.009*
	ไม่สามารถเชื่อมต่ออินเตอร์เน็ตได้	15	4.08	5	1.36		
	เชื่อมต่ออินเตอร์เน็ตได้บางเวลา	42	11.41	36	9.78		
	เชื่อมต่ออินเตอร์เน็ตได้ตลอดเวลา	129	35.05	141	38.32		
ความสามารถบันทึกผลการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นและประเมินปัจจัยเสี่ยงได้						11.610	0.001*
	ไม่สามารถบันทึกผลและประเมินปัจจัยเสี่ยงได้	87	22.03	49	12.41		
	สามารถบันทึกผลและประเมินปัจจัยเสี่ยงได้	119	30.13	140	35.44		
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ทุกด้าน)						68.138	<0.001**
	ระดับน้อย (5-10 คะแนน)	3	0.76	0	0.00		
	ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน)	179	45.32	96	24.30		
	ระดับมาก (16-20 คะแนน)	24	6.08	93	23.54		

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						31.187	<0.001**
	ระดับน้อย (5-10 คะแนน)	10	2.53	8	2.03		
	ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน)	167	42.28	108	27.34		
	ระดับมาก (16-20 คะแนน)	29	7.34	73	18.48		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						35.066	<0.001**
	ระดับน้อย (5-10 คะแนน)	12	3.04	6	1.52		
	ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน)	177	44.81	123	31.14		
	ระดับมาก (16-20 คะแนน)	17	4.30	60	15.19		
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						47.885	<0.001**
	ระดับน้อย (5-10 คะแนน)	6	1.52	1	0.25		
	ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน)	145	36.71	73	18.48		
	ระดับมาก (16-20 คะแนน)	55	13.92	115	29.11		
การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						34.062	<0.001**
	ระดับน้อย (5-10 คะแนน)	36	9.11	17	4.30		
	ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน)	158	40.00	122	30.89		
	ระดับมาก (16-20 คะแนน)	12	3.04	50	12.66		
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล						96.623	<0.001**
	ระดับน้อย (5-10 คะแนน)	9	2.28	4	1.01		
	ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน)	172	43.54	73	18.48		
	ระดับมาก (16-20 คะแนน)	25	6.33	112	28.35		
ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล						31.187	<0.001**
	ระดับน้อย (5-10 คะแนน)	10	2.53	8	2.03		
	ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน)	167	42.28	108	27.34		
	ระดับมาก (16-20 คะแนน)	29	7.34	73	18.48		

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดสระแก้ว พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพ การมีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน การเชื่อมต่ออินเตอร์เน็ต ความสามารถในการบันทึกผลการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น และประเมินปัจจัยเสี่ยงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

ด้านสถานภาพสมรส จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล จังหวัดสระแก้ว มากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพอื่นๆ[9] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคคลที่มีครอบครัวมักได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรส และสมาชิกในครอบครัว ช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากขึ้น การที่มีคู่สมรสทำให้เกิดการแบ่งปันข้อมูลสุขภาพ การชักชวนกันไปตรวจสุขภาพ ช่วยให้บุคคลใส่ใจสุขภาพของตนเองมากกว่าเดิม[10] สอดคล้องกับงานวิจัยของ Paek, S. C., et al [11] พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสมีโอกาสของเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด

ด้านการมีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน จากผลการ ศึกษา พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนเห็นความสำคัญในความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศในด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น หรือที่เรียกว่าระบบสุขภาพเคลื่อนที่ (Mobile Health: M-health) ซึ่งเป็นระบบที่มีความรวดเร็ว และใช้ในการติดตามสภาวะสุขภาพ

ของประชาชน โดยการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัลจำเป็นต้องลงข้อมูลใน Google Form ผ่านโทรศัพท์สมาร์ทโฟน เพื่อรวบรวมวิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูลของผู้รับบริการ และเพื่อยกระดับการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ด้านการเชื่อมต่ออินเตอร์เน็ตมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ผลดังกล่าวสะท้อนว่าอินเทอร์เน็ตถือเป็น โครงสร้างพื้นฐานสำคัญของบริการสุขภาพดิจิทัล หากประชาชนสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้สะดวก จะช่วยให้มีความสะดวกรวดเร็ว ต่อการเข้ารับบริการในสถานีสุขภาพดิจิทัล สามารถส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รวดเร็ว และอย่างเป็นระบบ[5]

ด้านความสามารถในการบันทึกผลการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นและการประเมินปัจจัยเสี่ยง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพ ผลดังกล่าวสะท้อนว่า เมื่อบุคคลมีทักษะในการบันทึกและประเมินข้อมูลสุขภาพของตนเอง ก็จะเกิดการตระหนักรู้ต่อสุขภาพ (Health awareness) ซึ่งช่วยผลักดันให้เกิดการเฝ้าระวังสุขภาพและเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด health literacy และ empowerment ที่มุ่งให้ประชาชนสามารถใช้ข้อมูลสุขภาพมาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน[12]

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัลของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ ทองดี และคณะ[13] พบว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพและการเฝ้าระวังสุขภาพของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของปรียาภรณ์ ศรีสุข[14] พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในระดับสูง จะมีแนวโน้มเข้ารับบริการตรวจสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่รับรู้ต่ำอย่างชัดเจน ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของสิริพร วัฒนกุลและคณะ[15] พบว่า ผู้ที่รับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจสุขภาพสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจสุขภาพเป็นประจำมากกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ต่ำ ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร อินทรโชติ และคณะ[16] พบว่า ผู้ที่รับรู้อุปสรรคต่ำ เช่น ความง่ายในการใช้งาน และความสะดวกในการเข้าถึงบริการดิจิทัล จะมีแนวโน้มใช้งานต่อเนื่องสูงกว่าผู้ที่รับรู้อุปสรรคสูง ด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล สอดคล้องกับการศึกษาของชญานิษฐ์ วัฒนวงศ์ และคณะ[17] พบว่า การได้รับคำแนะนำและแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อดิจิทัล มีผลต่อการตัดสินใจของประชาชนในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพมากขึ้น

ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัลของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ด้านบุคลากรที่ให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของสุชญา ศรีสวัสดิ์ และคณะ[18] พบว่า ทักษะการสื่อสารและท่าทีที่เป็นมิตรของบุคลากรสาธารณสุขมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจและการตัดสินใจรับบริการสุขภาพ ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของช่อดาว เมืองพรหม[19] พบว่า คุณภาพ

บริการด้านเครื่องมืออุปกรณ์ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจของประชาชน ด้านขั้นตอนการให้บริการสอดคล้อง กับผลการศึกษาของ จันทร์จิรา ศรีสงคราม[20] พบว่า ความง่ายในการเข้าถึงและกระบวนการบริการที่ไม่ซับซ้อนส่งผลต่อการเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับ บริการสุขภาพ ด้านการตอบสนองในการให้บริการ สอดคล้องกับงานของ Parasuraman[21] ในโมเดล SERVQUAL ที่ระบุว่าการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นมิติสำคัญที่มีผลต่อความพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะ

1.หน่วยบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้ว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาทักษะการใช้สมาร์ทโฟนในการเข้ารับบริการสถานีสุขภาพดิจิทัล ให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โดยเน้นกลุ่มที่ทักษะดิจิทัลจำกัด) เพื่อให้สามารถดำเนินขั้นตอนต่าง ๆ ในสถานีสุขภาพดิจิทัลด้วยตนเองได้อย่างครบถ้วน

2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดกิจกรรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่มุ่งยกระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจเข้ารับคัดกรองและการดูแลตนเองที่เหมาะสม

3.สถานีสุขภาพดิจิทัล ต้องรักษามาตรฐานความเป็นเลิศในการให้บริการ (Service excellence) ในด้านบุคลากรที่ให้บริการ ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้าน การตอบสนองในการให้บริการ เพื่อรักษาความพึงพอใจและการเข้ารับบริการ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. World Health Organization. 2018. Available From: https://www.who.int/publications/i/item/ncd country-profiles-2018
2. กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2566. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2566.
3. ระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข. โรคเบาหวาน (DM): ตัวชี้วัดการคัดกรอง (มาตรฐาน ตัวชี้วัด). 2568. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2568, จาก สืบค้นจาก https://hdc.moph.go.th/center/public/standardsubcatalog/b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รู้จัก 3 หมอ นักสร้างเสริมสุขภาพประจำตัวคุณ. 2565. สืบค้นจาก https://www.thaihealth.or.th/?p=310113
5. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการสถานีสุขภาพ ดิจิทัล (Digital Health Station) ในชุมชน. อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์. 2565.
6. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริการการแพทย์และสาธารณสุขทางไกล. 2567. สืบค้นจากhttps://dmsic.moph.go.th/index/detail/9640
7. Rosenstock, I. M. The Health Belief Model and preventive health behavior. Health Education Monographs 1974; 2(4), 354-386. Available From: https://doi.org/10.1177/109019817400200405
8. พัฒนาภรณ์ หาญคำภา. การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้สถานีสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2567; 8(16), 168–184.
9.ภฤดา แสงสินศร. การศึกษาเรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพของ ประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตจังหวัดพิจิตร. วารสาร วิจัยและวิชาการสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร 2568; 2(2), 43-54

10. House, J. S. Work stress and social support. Addison-Wesley. 1981.
11. Paek, S. C., et al. Factors associated with the use of annual health checkups in Thailand: Evidence from a national cross-sectional health and welfare survey. Frontiers in Public Health, 12, Article 1390125. 2024. สืบค้นจาก https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1390125
12. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000; 15(3), 259–267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259
13.จุฑามาศ ทองดี, สมชาย บุญรอด, และสุรีพร มณีโชติ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการ ตรวจสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขชุมชน 2563; 16(2), 45–57.
14.ปรียาภรณ์ ศรีสุข. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2562; 13(1), 55–68.
15.สิริพร วัฒนกุล, กัญญา ศรีสุข, และนภัสวรรณ สุทธิธรรม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2562; 49(3), 257-269.
16.กนกพร อินทรโชติ, สมจิตต์ ศรีบุญเรือง, และธนพร สุวรรณโชติ. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ แอปพลิเคชันสุขภาพของประชาชนไทย. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข 2564; 27(3), 45–58.
17.ชญานิษฐ์ วัฒนวงศ์, กรรณิการ์ ศรีสวัสดิ์, และปวีณา นามวงศ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การตรวจสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสาร สาธารณสุขชุมชน 2563; 16(3), 112–124
18.สุชญา ศรีสวัสดิ์, ศุภลักษณ์ จันทรานนท์, และณัฐธิดา ภู่วิทยพันธุ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการในคลินิกสุขภาพชุมชน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2564; 51(3), 215-226.
19.ช่อดาว เมืองพรหม. ความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล ธนบุรี [ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยสยาม; 2562.
20.จันทร์จิรา ศรีสงคราม. ความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริการตรวจสุขภาพประจำปีในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2562; 17(2), 45–56.
21 Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing 1988; 64(1), 12–40.

การพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาการใช้สารเมทแอฟเฟตามิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาอำเภอสุวรรณภูมิ

Developing Community-Based Treatment and Rehabilitation Programe for Methamphetamine Users : A case Study in Suwannaphum District.

(Received: December 10,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

นิภากร อึ้งเจริญธนกิจ[1] โชคนิติพัฒน์ วิสูญ[2] ธัญญารัตน์ เมืองหงษ์[2] ทวี ศรีขาว[2]
Niphakon Uengcharoenthanakit[1] Choknitiphat Wisoon[2] Thunyarat Meunghong[2] Thawee Srikhao[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวทางการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) ในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างกรกฎาคม 2567 ถึงกันยายน 2568 แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การพัฒนาโปรแกรม CBTx 3) การทดลองใช้และประเมินผล และ 4) การปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ติด/ผู้ใช้ยาบ้าอายุ 18-60 ปี จำนวน 51 คน ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม V2, การตรวจปัสสาวะ, WHOQOL-BREF และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

โปรแกรม CBTx ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) กระบวนการคัดกรองและประเมินแบบบูรณาการ 2) กิจกรรมบำบัดครบวงจร 9 ครั้ง/สัปดาห์ ร่วมกับการตรวจปัสสาวะทุก 4 วัน รวม 16 ครั้ง และ 3) กลไกการติดตามและส่งต่อความยั่งยืนโดยชุมชน หลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการหยุดเสพยาบ้า 40 คน (ร้อยละ 78.43) เสพลดลง 11 คน (ร้อยละ 21.57) และไม่มีผู้ใดหลบหนีจากโปรแกรม คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: การบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน; ยาบ้า; เมทแอมเฟตามีน; การวิจัยเชิงปฏิบัติการ; ชุมชนล้อมรักษ์

Abstract

This action research aims To develop and evaluate the effectiveness of Community-Based Treatment (CBTx) guidelines for methamphetamine users in Suwannaphum District, Roi Et Province. The research was conducted from July 2024 to September 2025, comprising four phases: (1) problem analysis, (2) CBTx program development, (3) implementation and evaluation, and (4) continuous improvement. Fifty-one participants aged 18-60 years meeting inclusion criteria were enrolled. Data were collected using V2 questionnaire, urine drug tests, WHOQOL-BREF and in-depth interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests; qualitative data underwent content analysis.

The developed CBTx program consisted of three main components: (1) integrated screening and assessment process, (2) comprehensive treatment activities (9 sessions/week) combined with urine testing every 4 days (16 times total), and (3) community-based follow-up and sustainability mechanisms. Post-program results showed 40 participants (78.43%) achieved abstinence, 11 (21.57%) reduced use, and none dropped out. Quality of life scores increased significantly ($p < 0.001$),

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

Keywords: Community-based treatment; Methamphetamine; Amphetamine; Action research; Community encirclement treatment

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน หรือที่รู้จักกันในชื่อ "ยาบ้า" ยังคงเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสุขภาวะของประชาชนและความมั่นคงทางสังคมของประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด[1] รายงานว่าในปี พ.ศ. 2566 มีการจับกุมคดียาบ้ากว่า 300 ล้านเม็ด เพิ่มขึ้นร้อยละ 22 จากปีก่อนหน้า สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงและความซับซ้อนของปัญหาที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่กรมสุขภาพจิต[2] พบว่ามีผู้ป่วยติดยาบ้าเข้ารับการบำบัดรักษาในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมากกว่า 180,000 รายในปี พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลก[3] ประมาณการว่ามีผู้ใช้สารกระตุ้นประสาทประเภทแอมเฟตามีนทั่วโลกถึง 27 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ปัญหาการติดยาบ้ามีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับหลายมิติ ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม การศึกษาในบริบทไทยพบว่าผู้เสพยาบ้ามีอัตราการกลับไปเสพซ้ำ (relapse rate) สูงถึงร้อยละ 60-70 ภายในระยะเวลา 1 ปีหลังการบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ McKetin et al.[4] ที่พบว่าผู้ติดเมทแอมเฟตามีนมีอัตราการกลับเสพซ้ำสูงกว่าผู้ติดสารเสพติดประเภทอื่น อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสมองทั้งด้านโครงสร้างและการทำงาน โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมแรงกระตุ้น (impulse control) และการตัดสินใจ (executive function) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับไปเสพซ้ำประกอบด้วย ความคิดอัตโนมัติทางลบ ทักษะการเผชิญปัญหา สิ่งกระตุ้นทางสังคมและความเครียดในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่แทรกซ้อนและมีอิทธิพลต่อกันและกัน

แม้ว่าปัจจุบันจะมีแนวทางการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าหลากหลายรูปแบบ แต่ประสิทธิผลของการบำบัดยังคงเป็นความท้าทายสำคัญในระบบสาธารณสุขไทย แนวทางการบำบัดรักษาแบบดั้งเดิมมักเน้นการถอนพิษ (detoxification) และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย แต่ให้ความสำคัญกับการบำบัดทางจิตใจและทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำไม่เพียงพอ การบำบัดรักษายังขาดความต่อเนื่องและการติดตามระยะยาว ส่งผลให้ประสิทธิผลการบำบัดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ashford et al.[5] ที่ชี้ให้เห็นว่าการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดจำเป็นต้องมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมหลายมิติ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม และการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา

การบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBT) เป็นแนวทางการบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิผลในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดอย่างกว้างขวาง Baker et al.[6] พบว่า CBT สามารถลดอัตราการเสพซ้ำในผู้ติดเมทแอมเฟตามีนได้ร้อยละ 35-45 เมื่อเทียบกับการบำบัดแบบปกติ อย่างไรก็ตาม ประสิทธิผลของ CBT ในบริบทไทยยังมีข้อจำกัดเนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม ระบบการให้บริการสาธารณสุข และทรัพยากรที่จำกัด การพัฒนาแนวทางการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐานที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะ (Contextual Community-Based Treatment: CBTx) จึงเป็นแนวทางที่น่าสนใจในการเพิ่มประสิทธิผลการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าในประเทศไทย การปรับ CBT ให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและสังคมช่วยเพิ่มอัตราการคงอยู่ใน

การบำบัดและผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว[7] การพัฒนาแนวทางการบำบัด CBTx สำหรับผู้เสพยาบ้าในบริบทไทยจำเป็นต้องอาศัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มีการวิเคราะห์สภาพปัญหา การออกแบบและพัฒนาโปรแกรมร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การทดลองปฏิบัติและประเมินผล รวมถึงการปรับปรุงเพื่อให้เกิดความยั่งยืน การวิจัยเชิงปฏิบัติการช่วยเพิ่มความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับบริบทการบำบัดและเสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงานในการพัฒนาแนวทางที่เหมาะสม

ปัจจุบันแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับ CBT ในการบำบัดผู้เสพยาบ้าในประเทศไทยบ้างแล้ว แต่ยังขาดการศึกษาเชิงปฏิบัติการที่มุ่งพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของ CBTx ที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของสังคมไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและมีทรัพยากรจำกัด Zhang et al.[8] ระบุว่าการพัฒนาแนวทางการบำบัดที่คำนึงถึงบริบทเฉพาะช่วยลดช่องว่างระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์และการปฏิบัติจริง อันจะนำไปสู่ประสิทธิผลการบำบัดที่ดีขึ้น

ในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปัญหาการเสพยาบ้ามีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อชุมชนอย่างมาก การพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น โดยบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้แนวทาง CBTx ที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทอำเภอสุวรรณภูมิ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการบำบัดที่มีประสิทธิผล พัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพในการให้บริการบำบัดรักษา และที่สำคัญคือช่วยลดภาระโรคและผลกระทบทางสังคมจากปัญหาการติดยาบ้าในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ 3 ประการ ได้แก่

1) เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการและบริบทเฉพาะในการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า ผ่านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน

2) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้แนวทาง CBTx ที่ผสมผสานหลักการของการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐานกับบริบททางวัฒนธรรมและสังคมไทย และ

3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดรักษา CBTx ในการลดพฤติกรรมการใช้ยาบ้า เพิ่มระยะเวลาการไม่กลับไปเสพซ้ำ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาบ้า

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะตามหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยมีการดำเนินงานวนซ้ำเป็นวงจรต่อเนื่องเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

พื้นที่และระยะเวลาการวิจัย

การวิจัยดำเนินการในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 15 เดือน การเลือกพื้นที่นี้เนื่องจากมีความร่วมมือที่ดีระหว่าง

หน่วยงานต่างๆ ในชุมชน มีปัญหาการเสพยาบ้าที่ต้องการการแก้ไข และมีลักษณะเป็นชุมชนชนบทที่สามารถเป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

ผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้เสพยาบ้า จำนวน 120 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ 1) บุคลากรสาธารณสุข (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล, รพ.สต., พยาบาลจิตเวช, แพทย์) จำนวน 21 คน 2) หน่วยงานภาครัฐ (เจ้าหน้าที่ตำรวจ, เจ้าหน้าที่ปกครอง, อบต./เทศบาล) จำนวน 30 คน 3) กลุ่มประชาชน (ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุข, ตัวแทนครอบครัว) จำนวน 69 คน

กลุ่มที่ 2: ผู้เข้าร่วมโปรแกรมบำบัด คัดเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผลการตรวจปัสสาวะพบสารเมทแอมเฟตามีน 2) อายุระหว่าง 18-60 ปี 3) มีความเข้าใจภาษาไทยดี 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม

เกณฑ์การคัดออก 1) มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น โรคจิตเภท หรือภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่ยังควบคุมไม่ได้ 2) มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาหรือมีปัญหาสุขภาพร้ายแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการบำบัด 3) เข้าร่วมการบำบัดรักษาอื่นๆ นอกเหนือจากโครงการวิจัยในช่วงเวลาเดียวกัน

จากการดำเนินงานในพื้นที่ มีผู้เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดทั้งสิ้น 51 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ

1.1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) สำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อสำรวจประสบการณ์ ความต้องการ และข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรม

1.2 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

1.3 แบบบันทึกภาคสนาม (Field Notes) สำหรับบันทึกการสังเกตและเหตุการณ์สำคัญตลอดกระบวนการวิจัย

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ

2.1 แบบสัมภาษณ์และคัดกรองผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (V2) ใช้ประเมินความรุนแรงและความต้องการการบำบัด

2.2 แบบบันทึกการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (Urine Drug Test) ตรวจทุก 4 วัน รวม 16 ครั้ง

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ฉบับภาษาไทย ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษายาเสพติด จำนวน 5 คน คำนวณค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) ได้ค่าเฉลี่ย 0.87

2) ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่า 0.82

ระยะการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ (เดือนที่ 1-2)

ดำเนินการศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการและบริบทเฉพาะในการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า ประกอบด้วย 1) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าทั้งใน

และต่างประเทศ 2) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 6 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้เสพยาบ้ามากกว่า 10 ปี 3) สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 5 กลุ่ม แบ่งตามบทบาท ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการบำบัด (2 กลุ่ม) กลุ่มผู้เสพยาบ้า (2 กลุ่ม) และกลุ่มตัวแทนชุมชนและครอบครัว (1 กลุ่ม)

วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดรักษา (เดือนที่ 2-3)

พัฒนาโปรแกรม CBTx โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 เป็นฐาน ประกอบด้วย 1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Workshop) จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 2 วัน โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้บริการบำบัด และตัวแทนชุมชน รวม 30 คน 2) พัฒนาองค์ประกอบของโปรแกรม CBTx ครอบคลุม 1) กระบวนการคัดกรองและประเมิน 2) กิจกรรมบำบัด 9 ครั้ง/สัปดาห์ 3) การตรวจปัสสาวะทุก 4 วัน 4) คู่มือสำหรับผู้ให้บริการและผู้เข้าร่วม และ 5) แนวทางการติดตามและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3: การทดลองใช้และประเมินผลโปรแกรม (เดือนที่ 4-12)

ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม CBTx ในพื้นที่ต้นแบบ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ 1) ประชุมชี้แจงโครงการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) แต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอและระดับหมู่บ้าน โดยบูรณาการทุกภาคส่วน 3) จัดประชาคมครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจงโครงการและคืนข้อมูลให้ชุมชนรับทราบ 4) จัดประชาคมครั้งที่ 2 เพื่อลงมติ MOU ทุกหลังคาเรือน กำหนดรูปแบบการดำเนินงาน และกำหนดเกณฑ์การตรวจปัสสาวะ 100% (X-ray 100%) 5) จัดพิธีเปิดและลงนาม MOU หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง 6) อบรมเชิงปฏิบัติการแก่ชุดปฏิบัติการระดับชุมชน

ขั้นปฏิบัติการ 1) ดำเนินการ X-ray 100% ผู้ที่มีอายุระหว่าง 12-65 ปี 2) กระบวนการคัดกรองและรับรองบุคคลโดยคณะกรรมการคุ้ม ประชาชนที่ผ่านการตรวจปัสสาวะเป็นลบ มอบบัตรพลเมืองสีขาว ประชาชนที่ผลเป็นบวก เข้าร่วมโปรแกรม CBTx 3) คัดกรองผู้ที่มีผลปัสสาวะเป็นบวกด้วยแบบประเมิน V2, OAS, 2Q+9Q8Q และประเมินสุขภาพกายแบบองค์รวม 4) กำหนดกิจกรรมตรวจปัสสาวะทุก 4 วัน รวม 16 ครั้ง 5) กำหนดกิจกรรมบำบัด CBTx ชุมชนล้อมรักษ์ ทุกสัปดาห์ จำนวน 9 ครั้ง (เวลา 09.00-16.30 น.) โดยมีทุกภาคส่วนร่วมดำเนินการ 6) จัดประชาคมครั้งที่ 3 เพื่อสรุปผลการบำบัด มอบบัตรพลเมือง/คุ้ม/ชุมชนสีขาว และจัดทำกฎกติกา/ธรรมนูญหมู่บ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ประเมินก่อนเข้าโปรแกรม (baseline) ด้วยแบบประเมินทั้งหมด 2) ตรวจปัสสาวะทุก 4 วัน รวม 16 ครั้ง 3) ประเมินหลังสิ้นสุดโปรแกรม (post-test) ด้วยแบบประเมินทั้งหมด 4) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เข้าร่วมโปรแกรมและผู้ให้บริการเพื่อประเมินประสบการณ์

ระยะที่ 4 การพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง (เดือนที่ 13-15)

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสะท้อนผล (Reflection Workshop) โดยเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมวิเคราะห์ผล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนะแนวทางปรับปรุง

2. ปรับปรุงโปรแกรม CBTx ตามผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

3. พัฒนาคู่มือและแนวทางการฝึกอบรมสำหรับบุคลากรสุขภาพ

4. พัฒนาแนวทางการส่งต่อความยั่งยืน โดย

4.1 ส่งมอบพื้นที่ให้ชุมชนและ อบต./เทศบาล ดูแลต่อเนื่อง

4.2 จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดของตำบล

4.3 จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับตำบล

4.4 กำหนดการติดตามตรวจปัสสาวะต่อเนื่อง (3, 6, 9, 12 เดือน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คำนวณความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ วิเคราะห์อัตราการหยุดเสพและการเสพลดลงด้วยร้อยละ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ถอดเทปการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มเป็นข้อความ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดย (1) อ่านข้อมูลซ้ำหลายครั้ง (2) จำแนกและจัดหมวดหมู่ข้อมูล (3) หาความสัมพันธ์และสังเคราะห์ (4) นำเสนอในรูปแบบพรรณนาวิเคราะห์ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยการสามเส้า (Triangulation) จากแหล่งข้อมูล วิธีการและผู้วิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1182567

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโปรแกรม (2) โปรแกรม CBTx ที่พัฒนาขึ้น และ (3) ผลลัพธ์ของการเข้าร่วมโปรแกรม

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

ผู้เข้าร่วมโปรแกรมบำบัด CBTx ทั้งสิ้น 51 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.2 (45 คน) และเพศหญิง ร้อยละ 11.8 (6 คน) อายุเฉลี่ย 32.8 ปี (SD = 8.4) โดยกลุ่มอายุ 25-35 ปีมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 54.9 ด้านสถานภาพสมรส พบว่าร้อยละ 47.1 โสด ร้อยละ 35.3 สมรส และร้อยละ 17.6 หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 62.7 รองลงมาคือประถมศึกษา ร้อยละ 27.5 และปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 9.8

ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 49.0 รองลงมาคือเกษตรกรรม ร้อยละ 27.5 ค้าขาย ร้อยละ 13.7 และว่างงาน ร้อยละ 9.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,450 บาท (SD = 4,200) โดยร้อยละ 68.6 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน

เกี่ยวกับประวัติการใช้ยาบ้า พบว่าระยะเวลาการใช้ยาบ้าเฉลี่ย 6.2 ปี (SD = 3.8) ความถี่ในการใช้เฉลี่ย 4.3 ครั้งต่อสัปดาห์ (SD = 2.1) และปริมาณที่ใช้ต่อครั้งเฉลี่ย 2.8 เม็ด (SD = 1.4) ร้อยละ 35.3 มีประวัติการเข้ารับการบำบัดรักษามาก่อน และร้อยละ 64.7 เป็นการเข้ารับการบำบัดครั้งแรก สาเหตุหลักของการใช้ยาบ้าคือช่วยในการทำงาน (ร้อยละ 43.1) เพื่อนชวน (ร้อยละ 31.4) และความอยากรู้อยากลอง (ร้อยละ 25.5)

2. โปรแกรม CBTx ที่พัฒนาขึ้น

จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้โปรแกรมการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอสุวรรณภูมิ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 กระบวนการคัดกรองและประเมินแบบบูรณาการ

กระบวนการเริ่มต้นด้วยการดำเนินการ X-ray 100% ในพื้นที่เป้าหมาย โดยตรวจปัสสาวะหาสารเมทแอมเฟตามีนในประชาชนอายุ 12-65 ปี ผู้ที่มีผล

เป็นบวกจะได้รับการคัดกรองรอบที่สองด้วยแบบประเมิน V2 เพื่อประเมินความรุนแรงและความต้องการการบำบัด แบบประเมิน OAS (Overt Aggression Scale) เพื่อประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว แบบประเมิน 2Q+9Q8Q เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และการประเมินสุขภาพกายแบบองค์รวม ผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าจะได้รับการทำสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งบันทึกข้อมูลประวัติ แผนการบำบัด และผลการติดตาม กระบวนการนี้ดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และตัวแทนชุมชน เพื่อให้การประเมินมีความครอบคลุมและเหมาะสม

องค์ประกอบที่ 2 กิจกรรมบำบัดครบวงจร

โปรแกรมบำบัดดำเนินการเป็นเวลา 9 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมหลัก 2 ประเภท คือ

1) กิจกรรมบำบัดรูปแบบ CBTx ชุมชนล้อมรักษ์ จัดทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 9 ครั้ง ในเวลา 09.00-16.30 น. โดยมีภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนร่วมดำเนินการ ได้แก่ โรงพยาบาล รพ.สต. ตำรวจ ปกครอง อบต./เทศบาล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวผู้เข้าร่วม เนื้อหาของกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 ปฐมนิเทศ สร้างความสัมพันธ์และทำความเข้าใจโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับยาบ้าและผลกระทบ การระบุปัจจัยเสี่ยง

สัปดาห์ที่ 3 การจัดการกับความอยากยา (craving) และอาการถอนพิษ

สัปดาห์ที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ

สัปดาห์ที่ 5 ทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด

สัปดาห์ที่ 6 การสื่อสารและความสัมพันธ์ในครอบครัว

สัปดาห์ที่ 7 การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การระบุสถานการณ์เสี่ยง

สัปดาห์ที่ 8 การวางแผนชีวิตและอาชีพ การพัฒนาทักษะชีวิต

สัปดาห์ที่ 9 สรุปและวางแผนหลังสิ้นสุดโปรแกรม

กิจกรรมในแต่ละครั้งผสมผสานหลายรูปแบบ เช่น การบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมนันทนาการ และกิจกรรมทางศาสนา โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมและครอบครัว

2) การตรวจปัสสาวะ จัดทุก 4 วัน รวม 16 ครั้ง ณ ศูนย์ปฏิบัติการของชุมชน (ศปก.ชุมชน) เพื่อติดตามความสำเร็จในการหยุดเสพและเสริมแรงจูงใจในการคงสภาพไม่เสพยา การตรวจปัสสาวะดำเนินการโดยทีมจากโรงพยาบาล ร่วมกับตัวแทนชุมชน เพื่อสร้างความโปร่งใสและการมีส่วนร่วมของชุมชน

องค์ประกอบที่ 3 กลไกการติดตามและส่งต่อความยั่งยืน

หลังสิ้นสุดโปรแกรม 9 สัปดาห์ มีกลไกการติดตามและสนับสนุนต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1) การส่งมอบพื้นที่ให้ชุมชนและ อบต./เทศบาล จัดพิธีส่งมอบพื้นที่เพื่อสร้างความภาคภูมิใจและความรับผิดชอบของชุมชน โดย อบต./เทศบาล จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด และประกาศเป็นวาระเร่งด่วนของตำบล

2) การรักษาสภาพหมู่บ้าน/ชุมชน ประกอบด้วย

2.1) จัดทำปฏิทินชุมชนสำหรับการกำกับติดตามและตรวจปัสสาวะต่อเนื่อง อย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี (เดือนที่ 3, 6, 9, 12)

2.2) จัดตั้งและฝึกอบรมชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน

2.3) เปิดดำเนินการ ศปก. อย่างต่อเนื่องเพื่อประสานงานและเป็นศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์

2.4) จัดตั้งกองทุนสำหรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

2.5) มีการประชุมติดตามผลของภาคีเครือข่ายทุก 1 เดือน

3) การสนับสนุนด้านอื่นๆ โดย อบต./เทศบาล ดำเนินการตามบทบาทของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับตำบล ในด้านที่อยู่อาศัย การฝึกอาชีพ/จัดหางาน การศึกษา สาธารณสุข และทุนประกอบอาชีพ

3. ผลลัพธ์ของการเข้าร่วมโปรแกรม

3.1 อัตราการหยุดเสพยาบ้า

จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 51 คน หลังสิ้นสุดโปรแกรม 9 สัปดาห์ พบว่า 1) หยุดเสพ (ผลตรวจปัสสาวะเป็นลบทุกครั้งในครั้งสุดท้าย 4 ครั้ง) จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 78.43 2) เสพลดลง (ผลตรวจปัสสาวะเป็นบวกบางครั้ง แต่ความถี่ลดลงกว่าครึ่งหนึ่งจากเดิม) จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 21.57 3) ไม่มีผู้ใดหลบหนีหรือถอนตัวจากโปรแกรม (ร้อยละ 0)

3.2 คุณภาพชีวิต

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและในแต่ละด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 51)

ด้าน	ก่อน Mean (SD)	หลัง Mean (SD)	t	p-value
สุขภาพกาย	48.2 (8.3)	68.5 (7.1)	-15.67	<0.001
จิตใจ	45.7 (9.2)	71.3 (8.4)	-17.89	<0.001
ความสัมพันธ์ทางสังคม	52.3 (10.1)	69.8 (9.3)	-11.45	<0.001
สิ่งแวดล้อม	54.6 (8.7)	67.2 (7.9)	-9.87	<0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	50.2 (7.8)	69.2 (6.5)	-16.23	<0.001

จากตารางพบว่าคุณภาพชีวิตทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยด้านจิตใจมีการเพิ่มขึ้นมากที่สุด (เพิ่มขึ้น 25.6 คะแนน) รองลงมาคือด้านสุขภาพกาย (เพิ่มขึ้น 20.3 คะแนน) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (เพิ่มขึ้น 17.5 คะแนน) และด้านสิ่งแวดล้อม (เพิ่มขึ้น 12.6 คะแนน)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ในบริบทอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษามีประเด็นสำคัญที่ควรอภิปรายดังนี้

1. ประสิทธิผลของโปรแกรม CBTx ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม CBTx มีประสิทธิผลสูงในการช่วยให้ผู้เสพยาบ้าหยุดเสพ โดยมีอัตราการหยุดเสพร้อยละ 78.43 และไม่มีผู้ใดหลบหนีหรือถอนตัวจากโปรแกรม ผลลัพธ์นี้ดีกว่าที่ Baker et al.[6] รายงานไว้ว่า CBT สามารถลดอัตราการเสพซ้ำได้ร้อยละ 35-45 ความสำเร็จที่สูงกว่านี้อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย

ประการแรก คือการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชนอย่างแท้จริง ไม่เพียงแต่บุคลากรสาธารณสุข แต่ยังรวมถึงตำรวจ ปกครอง อบต./เทศบาล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวผู้เข้าร่วม การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายสร้างบรรยากาศของการดูแลแบบ "ชุมชนล้อมรักษ์"

ที่ผู้เข้าร่วมรู้สึกถึงการสนับสนุนและการยอมรับจากสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาวรรณ ตติยนันทพร[7] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโปรแกรมบำบัด

ประการที่สอง คือความเข้มข้นและความต่อเนื่องของโปรแกรม การมีกิจกรรมบำบัดทุกสัปดาห์เป็นเวลา 9 สัปดาห์ ร่วมกับการตรวจปัสสาวะทุก 4 วัน ทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง การตรวจปัสสาวะที่ถี่ไม่เพียงแต่ช่วยติดตามความก้าวหน้า แต่ยังเป็นการเสริมแรงเชิงบวกเมื่อผลเป็นลบ และเป็นโอกาสในการให้คำปรึกษาเมื่อผลเป็นบวก

ประการที่สาม คือการปรับเนื้อหาและวิธีการให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น โปรแกรมไม่ได้นำเทคนิค CBT แบบตะวันตกมาใช้โดยตรง แต่ได้มีการปรับให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย เช่น การบูรณาการหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา การใช้ภาษาและตัวอย่างที่คุ้นเคย และการเน้นความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Zhang et al.[8] ที่ระบุว่าการปรับแนวทางให้เข้ากับบริบทช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการบำบัด

2. การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต การเพิ่มขึ้นของคะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม CBTx ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมหยุดเสพยาบ้า แต่ยังส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจและด้านสุขภาพกาย

การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากที่สุด (เพิ่มขึ้น 25.6 คะแนน) อาจเป็นผลมาจากเนื้อหาของโปรแกรมที่เน้นการจัดการกับความคิดอัตโนมัติทางลบ การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา และการสร้างความหวังในอนาคต นอกจากนี้ การได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชนก็ส่งผลดีต่อสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ashford et al.[5] ที่พบว่าการใช้ภาษาที่ไม่ตีตราและการให้คุณค่าในตัวบุคคลช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง

การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (เพิ่มขึ้น 20.3 คะแนน) สะท้อนให้เห็นถึงการฟื้นตัวของร่างกายหลังจากหยุดเสพยาบ้า เมทแอมเฟตามีนส่งผลเสียต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท และภาวะทุพโภชนาการ การหยุดเสพและได้รับการดูแลสุขภาพกายอย่างเหมาะสมช่วยให้ร่างกายฟื้นตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรฉัตร ถิ่นไพโรจน์ และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล.[9] ที่ระบุว่าการหยุดเสพเมทแอมเฟตามีนส่งผลดีต่อสุขภาพกายในหลายระบบ

การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (เพิ่มขึ้น 17.5 คะแนน) สะท้อนให้เห็นถึงการฟื้นฟูความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน โปรแกรม CBTx เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวตั้งแต่เริ่มต้น มีกิจกรรมที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และมีการให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการเข้าใจและสนับสนุนผู้เข้าร่วม สิ่งเหล่านี้ช่วยปรับปรุงความสัมพันธ์และสร้างระบบสนับสนุนที่แข็งแกร่ง

3. ความยั่งยืนของโปรแกรม หนึ่งในจุดเด่นของโปรแกรม CBTx คือการเน้นความยั่งยืน โดยมีกลไกการส่งต่อความรับผิดชอบให้กับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลังสิ้นสุดโปรแกรม การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับตำบล การจัดทำปฏิทินการติดตามต่อเนื่อง และการจัดตั้งกองทุนสำหรับการบำบัด เป็นกลไกที่ช่วยให้การดูแลต่อเนื่องและยั่งยืน

การส่งมอบพื้นที่ให้ชุมชนดูแลต่อเนื่องไม่ใช่เพียงการถ่ายโอนภาระ แต่เป็นการเสริมพลังให้ชุมชนในการดูแลสมาชิกของตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่เริ่มต้นทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความรับผิดชอบต่อความสำเร็จของโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนเพื่อเสริมสร้างความ

ยั่งยืนของชุมชนแห่งการเรียนรู้ ของ มิ่งขวัญ คงเจริญ [10] ที่เน้นการเสริมพลังและการสร้างความเป็นเจ้าของของผู้ปฏิบัติงาน

4. ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้จะประสบความสำเร็จ แต่ก็มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา

ข้อจำกัดด้านการออกแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าผลลัพธ์ที่ได้มาจากโปรแกรม CBTx เพียงอย่างเดียวหรือมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง การศึกษาในอนาคตควรใช้การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อประเมินประสิทธิผลอย่างเป็นระบบมากขึ้น

ข้อจำกัดด้านระยะเวลาการติดตาม การศึกษาครั้งนี้ประเมินผลลัพธ์ทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม ยังไม่มีข้อมูลการติดตามในระยะยาว การศึกษาในอนาคตควรมีการติดตามผลอย่างน้อย 6-12 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และอัตราการกลับไปเสพซ้ำในระยะยาว

ข้อจำกัดด้านการขยายผล การศึกษาดำเนินการเพียงพื้นที่เดียว ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกันได้โดยตรง การศึกษาในอนาคตควรทดลองใช้โปรแกรมในหลายพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความจำเป็นในการปรับแต่ง

ข้อจำกัดด้านการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้วิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์อย่างละเอียด การศึกษาในอนาคตควรมีการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness Analysis) เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายมีข้อมูลในการตัดสินใจจัดสรรทรัพยากร

การศึกษาในอนาคต นอกจากการแก้ไขข้อจำกัดข้างต้นแล้ว ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้ 1) การพัฒนาแนวทางการบำบัดสำหรับกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้เสพหญิง ผู้เสพที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และวัยรุ่น 2) การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันสำหรับการติดตามตนเองและการให้คำปรึกษาออนไลน์ เพื่อเสริมการบำบัดแบบเผชิญหน้า และ 3) การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนากลยุทธ์ในการรักษาและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในระยะยาว

สรุปผลการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบผสานวิธี โปรแกรม CBTx ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) กระบวนการคัดกรองและประเมินแบบบูรณาการ 2) กิจกรรมบำบัดครบวงจร 9 ครั้ง/สัปดาห์ ร่วมกับการตรวจปัสสาวะทุก 4 วัน รวม 16 ครั้ง และ 3) กลไกการติดตามและส่งต่อความยั่งยืนโดยชุมชน

ผลการดำเนินงานกับผู้เข้าร่วม 51 คน แสดงให้เห็นประสิทธิผลที่ดีเยี่ยม โดยมีผู้หยุดเสพร้อยละ 78.43 เสพลดลงร้อยละ 21.57 และไม่มีผู้ใดหลบหนีจากโปรแกรม คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.001$) และระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีขึ้น ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน ร่วมกับกระบวนการบำบัดที่เข้มข้นและต่อเนื่อง สามารถลดพฤติกรรมการใช้ยาบ้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้เสพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข ควรนำแนวทาง

CBTx ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ของตนเอง โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ การเริ่มต้นควรเน้นการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรก่อน ควรมีการจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และตัวแทนชุมชน เพื่อให้การดูแลมีความครอบคลุมและเหมาะสม สำหรับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดและประกาศเป็นวาระเร่งด่วนของตำบล ควรจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับตำบลที่มีความพร้อมในการให้บริการด้านต่างๆ เช่น การฝึกอาชีพ การจัดหางาน และการสนับสนุนทุนประกอบอาชีพ ควรสร้างเครือข่ายผู้ผ่านการบำบัดเพื่อให้การสนับสนุนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (6-12 เดือน) เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และอัตราการกลับไปเสพซ้ำ รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงสภาพไม่เสพ เพิ่มการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างโปรแกรม CBTx กับแนวทางการบำบัดอื่นๆ โดยใช้การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินประสิทธิผลอย่างเป็นระบบ การศึกษาการขยายผลโปรแกรม CBTx ไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความจำเป็นในการปรับแต่ง รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการขยายผล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านจากทุกภาคส่วน ทั้งบุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ หน่วยงานปกครอง องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติผู้ดูแล และประชาชนในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ ที่ให้ความร่วมมือและทุ่มเทในการพัฒนาแนวทางนี้ ขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลสุวรรณภูมิและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัย และขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ให้การรับรองโครงการวิจัยนี้ สุดท้ายนี้ขอบคุณผู้เข้าร่วมโปรแกรมทุกท่านที่ไว้วางใจและให้ความร่วมมือตลอดกระบวนการบำบัด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2566). รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทยประจำปี 2566. กระทรวงยุติธรรม.
2. กรมสุขภาพจิต. (2565). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชติดสารเสพติด ประจำปี 2565. กระทรวงสาธารณสุข.
3. World Health Organization. (2021). Global status report on alcohol and health 2021. WHO Press.
4. McKetin, R., Dean, O. M., Baker, A. L., Carter, G., Turner, A., Kelly, P. J., & Berk, M. (2018). A potential role for N-acetylcysteine in the management of methamphetamine dependence. Drug and Alcohol Review, 36(2), 153-159.
5. Ashford, R. D., Brown, A. M., & Curtis, B. (2019). Substance use, recovery, and linguistics: The impact of word choice on explicit and implicit bias. Drug and Alcohol Dependence, 189, 131-138.
6. Baker, A. L., Kavanagh, D. J., Kay-Lambkin, F. J., Hunt, S. A., Lewin, T. J., Carr, V. J., & McElduff, P. (2014). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for co-existing alcohol misuse and depression: Outcomes to 36-months. Journal of Substance Abuse Treatment, 46(3), 281-290.
7. ตติยนันทพร น. (2022). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 16(2), 581–596.

8. Zhang, A., Bornheimer, L. A., Weaver, A., Franklin, C., Hai, A. H., Guz, S., & Shen, L. (2020). Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: A secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. Journal of Behavioral Medicine, 43(2), 339.
9. ถิ่นไพโรจน์ จ, หิรัญวิวัฒน์กุล น. (2561) ผลของการเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมเมทริกซ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. เวชสารแพทย์ทหารบก. 71(1): 3-10.
10. คงเจริญ, มิ่งขวัญ, "การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนเพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของชุมชนแห่งการเรียนรู้" (2010). Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD). 34670. https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/34670

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

The effect of counselling program to resilience enhancement and decrease stress in care givers of chronic schizophrenia patients at Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: December 10,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

กมลพร คำประชา[1]
Kamonporn Chompracha[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่รับยาในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลวานรนิวาส เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม – 31 ตุลาคม 2568 เครื่องมือในการทดลองคือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบใช้ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตภาพรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=-12.731$, $p<0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=-9.256$, $p<0.001$; $t=-7.569$, $p<0.001$; $t=-6.338$, $p<0.001$ ตามลำดับ) และคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=4.687$, $p<0.001$)
คำสำคัญ: การให้คำปรึกษา, พลังสุขภาพจิต, ความเครียด, โรคจิตเภทเรื้อรัง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of counselling program to resilience enhancement and decrease stress in care givers of chronic schizophrenia patients at Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province. The samples were care givers of chronic schizophrenia patients who receiving medication at the psychiatric clinic at Wanornniwat Hospital, purposive sampling of 30 samples. The study was conducted between August 1st to October 31st, 2025. The experimental instrument was the counselling program to resilience enhancement and decrease stress for care givers of chronic schizophrenia patients. The instrument of data collection include; the questionnaires of general characteristics, resilience quotient, and stress test. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. The comparative parametric statistics used paired t-test.

The study showed that; after receiving the counselling program, the sample had a significantly higher mean score of resilience enhancement than before at the statistical level of 0.01 ($t=-12.731$, $p<0.001$). When compared each aspect, found the mean scores of mental health power in emotional resilience, morale, and problem-solving after receiving the program were significantly higher than before at the statistical level of 0.01 ($t=-9.256$, $p<0.001$; $t=-7.569$, $p<0.001$; $t=-6.338$, $p<0.001$ respectively). And mean score of stress test after receiving the program was significantly lower than before at the statistical level of 0.01 ($t=4.687$, $p<0.001$)
Keyword: counselling, resilience enhancement, stress, chronic schizophrenia.

[1] โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยทางจิต เป็นความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้ สติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตัวเอง การแสดงออกทางอารมณ์ และการสื่อสาร เป็นโรคเรื้อรังที่มักมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ และอาจมีอาการหลงเหลือ ในช่วงกำเริบจะมีอาการแสดงทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดจาสับสน พฤติกรรมวุ่นวาย เป็นต้น ส่วนอาการแสดงทางลบได้แก่ อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้น เฉยชา เก็บตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจการงานหรือกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน[1] โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด อุบัติการณ์การเกิดโรคพบ 0.1 - 0.5 ต่อพันประชากร ความชุกของโรคเท่ากับ 2.5 - 5.3 ต่อพันประชากร ความชุกตลอดชีพเท่ากับ 7.0 - 9.0 ต่อพันประชากร พบได้ในเพศหญิงและชายใกล้เคียงกัน ช่วงอายุที่พบคือ 15 - 54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น[2] และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ถึงร้อยละ 70 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ไม่เกิน 6 เดือนและมีอาการมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล[3,4,5] ทำให้เพิ่มโอกาสของการมีพยาธิสภาพของโรคอย่างถาวร[6] กลายเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังมีอาการทางจิตรุนแรงและทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพเป็นภาระหนักต่อผู้ดูแล[7]

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต[8] ผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้แก่ ความรู้สึกถึงความยากลำบาก ความกดดัน ความหนักใจและความเดือดร้อน รบกวนความผาสุกของผู้ดูแล จากเหตุการณ์ตึงเครียดที่ต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากพฤติกรรมทางจิตที่ผิดปกติไม่สามารถคาดเดาได้ จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับความเดือดร้อนหรือรู้สึกลำบากใจในการแก้ไขปัญหา เช่น ก้าวร้าว เป็นอันตรายต่อผู้อื่นและตัวผู้ป่วยเอง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ประเด็นเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งรบกวนที่ส่งผลต่อผู้ดูแลมากที่สุด[9] ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด[10] หากความเครียดนั้น อยู่ในระดับสูงและคงอยู่เป็นเวลานาน ไม่สามารถจัดการอย่างเหมาะสมจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบต่างๆของร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง[11] นอกจากนี้ยังพบว่าหากบุคคลที่มีความเครียดในระดับสูงจะทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการสูญเสียความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง ส่งผลให้การทำงานถดถอย ด้อยประสิทธิภาพและใช้ความรุนแรงทั้งต่อตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้[12] และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ความเครียดจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าหรือการเจ็บป่วยทางจิต เป็นต้น[13] ทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลง การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[14]

การให้คำปรึกษาเป็นแนวทางส่งเสริมให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาและจัดการความเครียดของตนเองได้หากได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการมองต่างมุมและปรับตัวต่อปัญหาสามารถลดความเครียดจากตัวกระตุ้นได้[15] แนวคิดการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมพลังสุขภาพจิตเป็นการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้ความเข้าใจปัญหาและความต้องการของตนเอง ตลอดจนตระหนักในพลังสุขภาพจิตที่มีในตนเอง สามารถพัฒนาและนำมาใช้ในการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16] การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้ผู้รับบริการเกิดพลังอึด ฮึด สู้ กับปัญหาที่ต้องเผชิญในชีวิตจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังแบบยาวนานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดท้อแท้ เบื่อหน่าย แต่ไม่สามารถทอดทิ้งผู้ป่วยได้เนื่องจากเป็นบุคคลในครอบครัว การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตจึงเป็นแนวทางสำคัญในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพลังภายใน สามารถเผชิญ

ปัญหาอย่างมีสติ เข้าใจสถานการณ์และสามารถดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[17] การให้คำปรึกษาทำให้ผู้รับบริการสามารถลดความเครียดจากเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[18]

โรงพยาบาลวานรนิวาสเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กที่เปิดให้บริการคลินิกจิตเวชทุกวันจันทร์ ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาระหว่างปี 2565-2567 มีจำนวน 3,348, 3,203, 1,715 คน ตามลำดับ ปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเวชสะสม จำนวน 8,266 คน ผู้ป่วยจิตเวชที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีจำนวน 3,328 คน เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 70 คน และมีอาการทางจิตรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวหรือต้องมีผู้ดูแลจำนวน 70 คน จากการสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 5 คน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีหน้าที่ในการดูแลเรื่องการกินยา จัดหาอาหาร บางครั้งก็ต้องจัดการกับอาการเอะอะ โวยวาย ก้าวร้าว พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานทำให้เกิดความเครียด เบื่อหน่าย แต่ไม่สามารถผลักภาระออกไปได้เพราะเป็นสมาชิกในครอบครัว จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาทางด้านจิตใจหากไม่ได้รับการจัดการดูแลอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพกายและจิตตามมาได้ ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวทางการให้คำปรึกษามาใช้ในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตอันจะส่งผลต่อความผาสุกในชีวิตของตนเองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา

สมมติฐานการศึกษา

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest only design) การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดจากแนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต[16] เพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ให้สามารถเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง และเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่มีอยู่ในตัวของผู้ดูแลให้สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และเกิดพลัง อึด ฮึด สู้ สามารถปรับตัว ปรับใจ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหา และลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งจะทำให้มีกำลังใจดำเนินชีวิตต่อไปได้ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วานรนิวาสและอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร จำนวน 70 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวานรนิวาส และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีดังนี้ 1) มีอายุ 30 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลักโดยไม่มีค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง 3) ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังไม่น้อยกว่า 1 ปี 4) พูดคุยสื่อสารได้ อ่านหนังสือได้ 5) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนเสร็จสิ้นกระบวนการให้คำปรึกษา อาจเกิดจากความเจ็บป่วยหรือมีภารกิจอื่นที่ต้องเปลี่ยนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง หรือเสียชีวิต หรือกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* powerเลือก means: difference between two dependent means (matched pairs) เลือกการทดสอบทางเดียว วิเคราะห์อำนาจการทดสอบของ Polit & Hungler[20] (1999) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) 1-β เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (alpha) α เท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน[21] เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropped out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ตามสูตรของอรุณ จิรวัฒน์กุล[22] ได้กลุ่มตัวอย่างที่เพิ่ม dropout rate 10% เป็นจำนวน 30 ราย ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยคัดเลือกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ เครื่องมือในการเก็บข้อมูล และเครื่องมือในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง และบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต[16] มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น ข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินด้านความทนทานทางอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ ด้านกำลังใจ 5 ข้อ ด้านการจัดการกับปัญหา 5 ข้อ การให้คะแนนข้อความเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,9,10,11,12,13,17,18,19,20 แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้คือ ไม่จริง 1 คะแนน จริงบางครั้ง 2 คะแนน ค่อนข้างจริง 3 คะแนน จริงมาก 4 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 1,5,14,15,16 แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้คือ ไม่จริงให้ 4 คะแนน จริงบางครั้ง 3 คะแนน ค่อนข้างจริง 2 คะแนน จริงมาก 1 คะแนน เกณฑ์การประเมินพลังสุขภาพจิต รวมคะแนนที่ได้ในแต่ละด้านนำมาเทียบค่ากับเกณฑ์ปกติในแต่ละองค์ประกอบดังนี้

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต	ค่าคะแนน		
	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
ด้านความทนทานทางอารมณ์ (ข้อ 1-10)	<27	27-34	>34
ด้านกำลังใจ (ข้อ 11-15)	<14	14-19	>19
ด้านการจัดการกับปัญหา (ข้อ 16-20)	<13	13-18	>18
ผลรวม (ข้อ 1-20) คะแนนรวม 80 คะแนน	<55	55-69	>69

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต[19] มีข้อคำถาม 5 ข้อ เป็นการสอบถามอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ การให้คะแนน 0 คือ เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี คะแนน 3 คือ เป็นประจำ คะแนนรวม 15 คะแนน การแปลผลเป็นดังนี้

คะแนน 0-4 แปลผล เครียดน้อย

คะแนน 5-7 แปลผล เครียดปานกลาง

คะแนน 8-9 แปลผล เครียดมาก

คะแนน 10-15 แปลผล เครียดมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ผู้วิจัยประยุกต์จากคู่มือการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต[16]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง นำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งทั้ง 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษา 1 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน และแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองใช้ในการศึกษา การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพลังสุขภาพจิตและแบบประเมินความเครียดไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค พบว่าแบบประเมินพลังสุขภาพจิตได้ค่าเท่ากับ 0.81 และแบบประเมินความเครียดได้ค่าเท่ากับ 0.95 ยอมรับได้

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นเตรียมการ

1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภทเรื้อรัง ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดในผู้ดูแล

2. เขียนเค้าโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

3. หลังได้รับการอนุมัติผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จึงเริ่มดำเนินการศึกษา โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประวัติเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีผู้ดูแลพามารับบริการที่คลินิกจิตเวชทุกวันจันทร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โทรศัพท์ติดต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังสอบถามวันนัดของโรงพยาบาลวานรนิวาส และขอความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยจึงนัดหมายวันเวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยในวันที่นัดหมาย

ขั้นดำเนินการ

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ดำเนินการโดยผู้วิจัย กิจกรมของโปรแกรมมีดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการระหว่างผู้ให้คำปรึกษาคือผู้วิจัยและผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

2. สำรวจปัญหาและพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิตและแบบ

ประเมินความเครียดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ใช้เวลาประมาณ 5 นาที และสะท้อนผลการประเมินให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมิน

3. ทำความเข้าใจปัญหาและพลังสุขภาพจิตหลังจากผู้วิจัยสรุปสาเหตุของปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ

4. วางแผนแก้ไขปัญหาและเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต จำนวน 2 ครั้งห่างกัน 1 เดือน รายละเอียดของการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต (อึด ฮึด สู้) มีดังนี้

4.1 การให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอึด

4.2 การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมพลังฮึด

4.3 การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสู้

5. ประเมินพลังสุขภาพจิตและประเมินความเครียด และยุติการให้บริการให้คำปรึกษา หลังดำเนินโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดครบทั้ง 2 ครั้ง

หลังดำเนินกระบวนการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม – 31 ตุลาคม 2568 ใช้ระยะเวลาดำเนินการประมาณ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติจึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ 2) ใช้สถิติอนุมาน Paired T-Test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2568 เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2025-061

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ด้านข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 36.6 อายุเฉลี่ย 53.3 ปี (S.D.=11.7 ปี) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.3 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 36.7 รายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 76.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.0 เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 36.7 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 83.3 บทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นการดูแลเรื่องอาหารและยา ร้อยละ 53.3

ด้านการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

ก่อนได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 86.7 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 10.0 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 80.0 อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 16.7 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ 3.3

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความทนทานทางอารมณ์พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 83.3 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 13.3 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 66.7 อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 30.0 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ

ด้านกำลังใจพบว่าพบว่าก่อนได้รับโปรแกรมพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์

ปกติ ร้อยละ 53.3 อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 43.3 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 86.7 อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 10.0 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ

ด้านการจัดการกับปัญหาพบว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 80.0 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 20.0 หลังได้รับโปรแกรมพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 76.7 อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 23.3 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

คะแนนพลังสุขภาพจิต	ก่อนได้รับโปรแกรม (n=30)		หลังได้รับโปรแกรม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความทนทานทางอารมณ์				
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	25	83.3	9	30.0
เกณฑ์ปกติ	4	13.3	20	66.7
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	1	3.3	1	3.3
ด้านกำลังใจ				
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	13	43.3	3	10.0
เกณฑ์ปกติ	16	53.3	26	86.7
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	1	3.3	1	3.3
ด้านการจัดการกับปัญหา				
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	24	80.0	7	23.3
เกณฑ์ปกติ	6	20.0	23	76.7
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	0		0	
ภาพรวมคะแนนพลังสุขภาพจิต				
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	26	86.7	5	16.7
เกณฑ์ปกติ	3	10.0	24	80.0
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	1	3.3	1	3.3

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t - test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมคะแนนพลังสุขภาพจิตภาพรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=-12.731, p<0.001) และเมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=-9.256, p<0.001; t=-7.569, p<0.001; t=-6.338, p<0.001 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

คะแนนพลังสุขภาพจิต	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ด้านความทนทานทางอารมณ์	23.80	4.54	28.13	3.31	29	-9.256	<0.001*
ด้านกำลังใจ	13.77	2.34	16.30	2.05	29	-7.569	<0.001*
ด้านการจัดการกับปัญหา	12.00	1.70	13.87	1.57	29	-6.338	<0.001*
ภาพรวมคะแนนพลังสุขภาพจิต	49.60	7.61	58.30	5.36	29	-12.731	<0.001*

* p<.01

ด้านความเครียด

ก่อนได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับเครียดปานกลาง ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือเครียดน้อย ร้อยละ 33.3 เครียดมาก ร้อยละ 10.0 และเครียดมากที่สุด ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับเครียดน้อย ร้อยละ 60.0 เครียดปานกลาง ร้อยละ 36.7 และเครียดมาก ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

คะแนนความเครียด	ก่อนได้รับโปรแกรม (n=30)		หลังได้รับโปรแกรม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เครียดน้อย	10	33.3	18	60.0
เครียดปานกลาง	15	50.0	11	36.7
เครียดมาก	3	10.0	1	3.3
เครียดมากที่สุด	2	6.7	0	0.0

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t - test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t= 4.687, p<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความเครียด	5.07	2.57	3.63	1.88	29	4.687	<0.001*

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องให้การดูแลเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต [23] มักเกิดความเครียดจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีอาการกำเริบเป็นพักๆหรือแบบต่อเนื่อง มีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้เช่น มีพฤติกรรมวุ่นวาย เดินไปเดินมา นอนไม่หลับ เป็นต้น[24] ทำให้ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวัน เพราะต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย ต้องอดทนกับพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติหลงเหลืออยู่ ดังนั้นการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ[14] การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพลังสุขภาพจิตโดยภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความอดทนทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของกริณี สังข์ประคอง[17] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และใกล้เคียงกับการศึกษาของสุดสาคร จำมั่น และคณะ[25] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดทำให้กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตลอดจนการศึกษาของคณิติน จรโคก

กรวด[18] ที่พบว่าหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่จัดทำขึ้นตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต[16] เป็นการสนับสนุนให้ผู้รับบริการรู้สึกเต็มใจที่จะแก้ปัญหา วางแผนแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล และช่วยเตรียมความพร้อมก่อนลงมือเผชิญปัญหา ทำให้ผู้รับบริการเกิดพลังอึดฮึด สู้ ให้มีความเข้มแข็ง มีกำลังใจในการเผชิญกับภาวะวิกฤตที่ร้ายแรง และสามารถนำประสบการณ์ในอดีตมาเป็นแนวทางในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพมากขึ้น[16]

การศึกษานี้ยังพบว่าหลังดำเนินโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดครบ 2 ครั้ง ยังคงพบผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยังคงมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับเครียดมาก จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.3 สาเหตุเนื่องจากภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มาเป็นเวลานาน เกิดความกดดัน อึดอัด และรู้สึกเหนื่อยล้า จึงได้ส่งพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดของการศึกษาที่ใช้ระยะเวลาเพียง 3 เดือน และดำเนินโปรแกรมการศึกษา 2 ครั้ง จึงควรมีการศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังในระยะยาวต่อไป

ข้อสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดไปขยายผลโดยนำไปใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆที่ต้องเผชิญปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านั้นได้มีความเข้มแข็ง กล้าเผชิญปัญหา วางแผนและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ควรทำการศึกษาวิจัยโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังแบบระยะยาวโดยออกแบบการศึกษาแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันผลการวิจัยให้เด่นชัดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association.(2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association 2013,87-122.
2. มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์.(2558). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มวิทยาลัยมหิดล.
3. Ayuso-Gutiérrez JL, & de Río Vega JM.(1977). Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. Schizophrenia Research 1977,199-206.
4. Malla AK & Norman RM.(1994). Prodromal symptoms in schizophrenia. British Journal of Psychiatry 1994, 164,487-493.
5. Meijel BV, Gagg MVD, Kahn RS, Grypdonck MHF.(2003). Relapse prevention in patients with Schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing 2003,17(3),117-125.
6. Mueser KT & McGurk S.(2004). Schizophrenia. The Lancet 2004, 363, 2063-2072.
7. Kapur RL.(1981). The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. Br J Psychiatry 1981,138,332-335.
8. Awad AG, & Voruganti LN.(2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. Pharmacoeconomic 2008, 26(2), 149 -162.
9. มาโนช หล่อตระกูล.(2544). คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: บริษัทเรดิเอชั่น;2544.

10. Hulya Y, Cenk A, & Suleyman G.(2014). Depression, Anxiety and Quality of life in Caregivers of Long-Term Home Care Patients. Archives of Psychiatric Nursing 2014,28(3),193-196.
11. กรมสุขภาพจิต.(2555). คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
12. อังศินันท์ อินทรกำแหง.(2551). การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 2551,14(1),135-150.
13. กีรติญา ไทยอู่.(2558). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
14. Gupta A, Solanki RK, Koolwal GD, Gehlot S.(2015). Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. International Journal of Medical Science and Public Health 2015,4(1),70-76.
15. มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา ตันตระรุ่งโรจน์, และนิดา ลิ้มสุวรรณ.(2559). ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
16. กรมสุขภาพจิต.(2552). คู่มือการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
17. กริณี สังข์ประคอง.(2562). โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2562,2(2),1-20.
18. คณิติน จรโคกกรวด.(2564). ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบออนไลน์ตามทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความเครียด. ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิตสาขาวิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
19. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2568). แบบประเมินความเครียด (ST-5) [อินเตอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2568. แหล่งข้อมูล https://dmh.go.th/test/Download/view.asp?id=18
20. Polit DF, & Hunger BP.(1999). Nursing Research: Principle and Methods. (6th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
21. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรีพร สาตร์เพชร์ และญาดา นภาอารักษ์.(2568). การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power[อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2568]. แหล่งข้อมูล file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/181958-Article%20Text-595652-1-10-20190623%20(5).pdf
22. อรุณ จิรวัฒน์กุล.(2556). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์;2556.
23. สมภพ เรืองตระกูล.(2542). โรคจิตเภท: ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
24. มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์.(2542). โรคจิตเภท. โครงการตำราและเอกสารวิชาการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: เมดอินโฟ.
25. สุดสาคร จำมั่น, นพพร ว่องสิริมาศ, และ วารีรัตน์ ถาน้อย.(2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2563,34(3),62-76.

การพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง: การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม

Development of self-care guidelines for pregnant women with anemia : Application of Orem's nursing theory.

(Received: November 21,2025 ; Revised: November 30,2025 ; Accepted: December 4,2025)

เกศแก้ว วิมนมาลา[1] มณีรัตน์ พราหมณี[1] เริงฤทัย หลีเส็น[1]
Kesakaew Wimonmala[1] Maneerat Pramane[1] Rungruthai Leesen[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (ฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11.0 g/dL) จำนวน 45 ราย ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและการบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ (1) การขาดความรู้และทักษะในการเลือกบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็ก (2) การขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ (3) อุปสรรคจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมและสังคม เมื่อได้รับการพยาบาลสนับสนุนการดูแลตนเองผ่านการให้ความรู้ การสาธิต และการติดตามอย่างต่อเนื่อง พบว่าหญิงตั้งครรภ์สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินดีขึ้นและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น

คำสำคัญ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม, โลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์, การพยาบาลสนับสนุน, การดูแลตนเอง

Abstract

This survey research by qualitative analysis aimed to develop self-care guidelines for pregnant women with anemia by applying Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory at a government hospital in the metropolitan area. The study included 45 pregnant women with anemia (hemoglobin < 11.0 g/dL) from March to May 2025. Data was collected through structured interviews and medical record reviews. The results revealed that participants had self-care deficits in three main areas (1) lack of knowledge and skills in selecting iron-rich foods, (2) lack of motivation to change health behaviors, and (3) environmental and social barriers. When provided with supportive-educative nursing interventions through education, demonstration, and continuous follow-up, pregnant women successfully developed their self-care agency. This led to improved hemoglobin levels and more appropriate health behaviors.

Keywords Orem's Self-Care Theory, Anemia in Pregnancy, Supportive Nursing, Self-Care

บทนำ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ[1] องค์การอนามัยโลกรายงานว่าหญิงตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 38 ทั่วโลกประสบกับภาวะโลหิตจาง โดยในประเทศกำลังพัฒนาพบอัตราการเกิดถึงร้อยละ 52[2,3] สำหรับประเทศไทยกรมอนามัยรายงานว่าอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์อยู่ในช่วงร้อยละ 30-40 โดยส่วนใหญ่เป็นโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ด้วยการให้ความรู้และการเสริมธาตุเหล็กที่เหมาะสม[4,5] ภาวะโลหิตจางใน

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

หญิงตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำ และการเสียชีวิตของมารดา[6,7] การจัดการภาวะนี้จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) เป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ทฤษฎีนี้เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self-Care Demand) โดยบทบาทของพยาบาลคือการระบุข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) และให้การพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้[8]

การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาแนวทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเรม เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลสนับสนุนการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
2. เพื่อศึกษาความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self-Care Demand) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
3. เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลสนับสนุนการดูแลตนเอง (Nursing System) ที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
4. เพื่อประเมินผลของการพยาบาลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) และผลลัพธ์ทางสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของมาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger)[9,10] ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม[8] ดำเนินการในหน่วยตรวจครรภ์โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี ตั้งแต่เดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2568 การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดหลัก 3 ส่วน[8] คือ

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care) เป็นความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-Care Requisites) แบ่งเป็น

1.1 การรักษาสมดุลของอากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน และการป้องกันอันตราย (Universal Self-Care Requisites)

1.2 การปรับตัวตามช่วงวัยการตั้งครรภ์ (Developmental Self-Care Requisites)

1.3 การจัดการกับภาวะโลหิตจางและภาวะแทรกซ้อน (Health Deviation Self-Care Requisites)

2. ทฤษฎีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care Deficit) เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) เทียบกับความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self-Care Demand) เพื่อระบุข้อจำกัด

2.1 ข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะ

2.2 ข้อจำกัดด้านแรงจูงใจและการตัดสินใจ

2.3 ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System) พัฒนาระบบการพยาบาล 3 ระดับตามข้อจำกัดของผู้ป่วย

3.1 พยาบาลทำแทนผู้ป่วยทั้งหมด (Wholly Compensatory System) สำหรับภาวะโลหิตจางรุนแรง

3.2 พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันดูแล (Partially Compensatory System) สำหรับภาวะโลหิตจางปานกลาง

3.3 พยาบาลให้ความรู้และสนับสนุน ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ (Supportive-Educative System) สำหรับภาวะโลหิตจางเล็กน้อย

การวิจัยนี้มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative Nursing System) เป็นหลัก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโลหิตจางระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลในช่วงเวลาที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (ระดับฮีโมโกลบิน < 11.0 g/dL) จำนวน 45 ราย ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย อายุ 15-49 ปี มีผลตรวจเลือดพบภาวะโลหิตจาง (Hb < 11.0 g/dL) มารับบริการฝากครรภ์ในช่วงเวลาที่กำหนด และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย มีโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อระดับฮีโมโกลบิน เวชระเบียนไม่สมบูรณ์ และไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือแบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit Assessment) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 20 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ทักษะการเลือกบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็ก แรงจูงใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้ ข้อมูลการตั้งครรภ์ เช่น GA และประวัติการตั้งครรภ์ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Hb, Hct, MCV, MCH

ส่วนที่ 3 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview Guidelines) ตามกรอบแนวคิดของโอเรม ประกอบด้วย ประสบการณ์และความรู้สึกต่อภาวะโลหิตจาง พฤติกรรมการดูแลตนเองปัจจุบัน อุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง ความต้องการการสนับสนุนจากพยาบาล และผลของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ จำนวน 5 ข้อ

การหาคุณภาพเครื่องมือ นำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก และผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการพยาบาล) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า IOC มากกว่า 0.8 จากนั้นทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ 2 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความครอบคลุมของคำถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการใน 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินเบื้องต้น (Baseline Assessment) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน และประเมินข้อจำกัดในการดูแลตนเองโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีระยะเวลาการสัมภาษณ์ประมาณ 20-30 นาทีต่อ 1 ราย

ขั้นตอนที่ 2 การให้การพยาบาลสนับสนุน (Nursing Intervention) พัฒนาแผนการพยาบาลรายบุคคลตามข้อจำกัดที่พบ ประกอบด้วย การให้ความรู้ด้านโภชนาการและการดูแลตนเอง การสาธิตและฝึกทักษะ เช่น การเลือกอาหาร และการกินยาที่ถูกต้อง การให้คำปรึกษาและกำลังใจ การจัดทำสื่อการเรียนรู้และแผ่นพับ และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและประเมินผล (Follow-up and Evaluation) ดำเนินการติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองผ่านการโทรศัพท์และการมาตรวจตามนัด ประเมินผลการปฏิบัติและอุปสรรคที่พบ การตรวจวัดระดับฮีโมโกลบินซ้ำ และสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและผลของการปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ตามแนวคิดของเบนเนอร์[11] ร่วมกับการวิเคราะห์ตามกรอบทฤษฎีของโอเรม[8] ดังนี้

1. การแปลความและสรุปความ (Interpretative Understanding) ทำความเข้าใจประสบการณ์และความหมายของการมีภาวะโลหิตจาง และระบุข้อจำกัดในการดูแลตนเองและความต้องการการสนับสนุน

2. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จัดหมวดหมู่ข้อมูลตามองค์ประกอบของทฤษฎีโอเรม วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อจำกัดในการดูแลตนเอง การพยาบาลสนับสนุน และผลลัพธ์ และสังเคราะห์เป็นแนวทางการพยาบาล

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลคลินิกโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินก่อนและหลังการให้การพยาบาล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เลขที่ NS2/2568

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 45 ราย พบว่าอายุเฉลี่ย 28.4 ± 6.2 ปี (อายุ 16-42 ปี) โดยกลุ่มอายุ 25-34 ปี มีมากที่สุด (ร้อยละ 52.3) ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 68.7 อาชีพรับจ้าง/แม่บ้าน ร้อยละ 61.3 และรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 18,700 บาท/เดือน ข้อมูลการตั้งครรภ์ พบว่า GAเฉลี่ยเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก 14.2 ± 4.8 สัปดาห์ และมาฝากครรภ์สม่ำเสมอตามนัด ร้อยละ 72.3 สถานะภาวะโลหิตจาง พบว่า โลหิตจางเล็กน้อย (Hb 10.0-10.9 g/dL) ร้อยละ 58.3 โลหิตจางปานกลาง (Hb 7.0-9.9 g/dL) ร้อยละ 35.7 และโลหิตจางรุนแรง (Hb < 7.0 g/dL) ร้อยละ 6.0 และสาเหตุของภาวะโลหิตจาง พบว่าโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (IDA) ร้อยละ 78.3 โลหิตจางจากการขาดกรดโฟลิก ร้อยละ 12.4 และโรคธาลัสซีเมีย ร้อยละ 9.3

2. ข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) จากการประเมินและสัมภาษณ์เชิงลึก พบข้อจำกัดในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ใน 3 ด้านหลัก คือ

2.1 ข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะ (Knowledge and Skill Limitations) เช่น

2.1.1 ความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโภชนาการ โดยหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากมีความรู้ที่จำกัดและไม่เพียงพอเกี่ยวกับความสำคัญของธาตุเหล็กและโภชนาการที่เหมาะสม ส่งผลให้ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันภาวะโลหิตจางได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.2 ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการดูดซึมธาตุเหล็ก พบว่า หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูดซึมธาตุเหล็ก ทั้งสารอาหารและวิตามินที่ช่วยส่งเสริมการดูดซึม

ให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงสารบางชนิดที่อาจขัดขวางหรือลดประสิทธิภาพการดูดซึม ส่งผลให้ไม่สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในการเลือกรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม

2.1.3 ขาดทักษะในการเลือกและจัดการอาหาร หญิงตั้งครรภ์จำนวนไม่น้อยยังไม่มีทักษะในการเลือกและจัดการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ส่งผลให้ไม่สามารถได้รับสารอาหารที่จำเป็นอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะธาตุเหล็กและโปรตีนที่มีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะโลหิตจาง

2.2 ข้อจำกัดด้านแรงจูงใจและการตัดสินใจ (Motivational Limitations)

2.2.1 การขาดการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า หญิงตั้งครรภ์จำนวนหนึ่งมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนโดยเชื่อว่าภาวะโลหิตจางเป็นสภาวะปกติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในระหว่างการตั้งครรภ์ ความเชื่อดังกล่าวส่งผลให้ขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือแสวงหาการดูแลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโลหิตจาง

2.2.2 การยึดติดกับพฤติกรรมเดิม พบว่า สตรีมีครรภ์จำนวนไม่น้อยยังคงประสบความท้าทายในการปรับเปลี่ยนวิถีปฏิบัติ/พฤติกรรมที่ไม่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพครรภ์ อันอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของตนเองและพัฒนาการของทารกในครรภ์

2.2.3 การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง หญิงตั้งครรภ์ยังขาดความยึดมั่นในการร่วมมือ และไม่สามารถรักษาความมุ่งมั่นในการดำเนินการตามแนวทาง/ข้อเสนอแนะที่ได้ให้ไว้

2.3 ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม (Environmental and Resource Limitations) เช่น

2.3.1 ภาระงานและการขาดเวลาพักผ่อน พบว่า หญิงตั้งครรภ์จำนวนไม่น้อยต้องเผชิญกับภาระการทำงานที่หนักหน่วงอย่างต่อเนื่อง จนขาดโอกาสในการพักผ่อนและดูแลตนเองตามที่ควรจะเป็น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในครรภ์

2.3.2 ความเครียดและปัญหาทางอารมณ์ สภาวะความเครียด เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมการดูแลตนเอง และลดทอนความสามารถในการจัดการสุขภาพของแต่ละบุคคลของหญิงตั้งครรภ์

2.3.3 การขาดการสนับสนุนที่เหมาะสม โดยคุณภาพและวิธีการของการสนับสนุน ที่ส่งมอบให้กับสตรีมีครรภ์นั้น ยังคงต้องมีการพิจารณาและปรับปรุงให้เหมาะสม เพื่อมิให้เกิดเป็นภาระหรือแรงตึงเครียด

3. ผลกระทบของภาวะโลหิตจางต่อความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self-Care Demand)

3.1 ผลกระทบต่อการดูแลตนเองที่จำเป็นในระบบสากล (Universal Self-Care Requisites)

3.1.1 การรักษาสมดุลของพลังงาน พบว่า ภาวะโลหิตจางสามารถบั่นทอนพลังงานและความแข็งแรงของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยง่ายแม้เพียงทำกิจกรรมเล็กน้อยในแต่ละวัน อาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หรือหายใจสั้น อาจลดทอนประสิทธิภาพในการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเห็นได้ชัด ผลกระทบเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และต้องการการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อให้กลับมามีสมรรถนะดังเดิม

3.1.2 การรักษาสมดุลของอาหารและน้ำ พบว่า ภาวะโลหิตจางอาจส่งผลให้ความอยากอาหารลดลง เนื่องจากร่างกายรู้สึกอ่อนเพลียและขาดพลังงานอยู่ตลอดเวลา เมื่อระบบไหลเวียนเลือดทำงานได้ไม่เต็มที่ ร่างกายจึงตอบสนองด้วยอาการเบื่ออาหารหรือรับประทานได้น้อยกว่าปกติ ผลที่ตามมาคือภาวะทุพโภชนาการหรือการฟื้นตัวที่เชื่องช้า ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

3.1.3 การป้องกันอันตราย ดังนั้น มารดาตั้งครรภ์ควรได้รับการแนะนำให้หลีกเลี่ยงหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินกิจกรรม ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด ภาวะวิกฤต/ภาวะแทรกซ้อน

เพื่อให้แน่ใจว่าการตั้งครรภ์จะดำเนินไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพสูงสุด

3.2 ผลกระทบต่อภาพลักษณ์และสุขภาพจิต

3.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย พบว่าภาวะโลหิตจางมีผลกระทบโดยตรงต่อภาพลักษณ์ภายนอกที่ปรากฏ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำให้ผิวพรรณดู ซีดเซียว ขาดความเปล่งปลั่ง และอาจมีอาการอ่อนเพลียปรากฏชัดเจนบนใบหน้า

3.2.2 อาการทางสรีรวิทยา ซึ่งอาการทางกายภาพหรือทางจิตใจที่หลากหลาย ก่อให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน และลดทอนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วน

3.2.3 ผลกระทบต่อสุขภาพจิต ความอ่อนล้าทางกายภาพอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากภาวะโลหิตจางในมารดาตั้งครรภ์ ได้ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ได้ง่ายกว่าปกติ

4. การพัฒนาระบบการพยาบาลสนับสนุนการดูแลตนเอง (Supportive-Educative Nursing System) จากการวิเคราะห์ข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยได้พัฒนาระบบการพยาบาลสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยแบ่งเป็น 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

4.1 การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ (Health Education) โดยมีเนื้อหาสำคัญที่ให้ ดังนี้

4.1.1 ความรู้ และผลกระทบเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางของมารดาและพัฒนาการของทารกในครรภ์ โดยเป็นการรับทราบถึงข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาวะของมารดาและพัฒนาการที่เหมาะสมของทารกในครรภ์

4.1.2 แหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งอาหารสำคัญที่มีธาตุเหล็กในปริมาณสูง เพื่อส่งเสริมการบริโภคที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายที่เพิ่มขึ้น เช่น เนื้อแดง ตับ ไข่แดง ผักใบเขียว และ ถั่วชนิดต่าง ๆ

4.1.3 ปัจจัยที่ส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก เป็นการชี้แจงปัจจัยที่ช่วยเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็กให้มีประสิทธิภาพสูงสุด อาทิ การบริโภคสารอาหารที่อุดมด้วย วิตามินซี ร่วมด้วย ซึ่งพบมากใน ผลไม้รสเปรี้ยว

4.1.4 ปัจจัยที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก เป็นการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ลดทอนการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น การงดเว้นการดื่ม ชา กาแฟ นม และการรับประทานอาหารเสริมที่มี แคลเซียม พร้อมมื้ออาหารหลัก

4.1.5 วิธีการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้อง เป็นการเน้นย้ำถึงวิธีการและช่วงเวลาที่เหมาะสมในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการรักษา และลดโอกาสของการเกิดผลข้างเคียง

4.1.6 การจัดการอาการข้างเคียงจากยาเสริมธาตุเหล็ก เป็นการให้คำปรึกษาและกลยุทธ์ในการบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก เช่น อาการคลื่นไส้หรือท้องผูก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง

ในงานวิจัยนี้ มีวิธีการให้ความรู้สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีหลากหลายวิธี เช่น การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล การจัดทำสื่อการเรียนรู้ เช่น แผ่นพับ และโปสเตอร์ และการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางต่างๆ เช่น โทรศัพท์

4.2 การพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง (Skill Development) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง เช่น

4.2.1 การสอนทักษะการเลือกอาหาร เช่น สาธิตการอ่านฉลากโภชนาการ ฝึกการวางแผนมื้ออาหารที่มีธาตุเหล็กเพียงพอ แนะนำเมนูอาหารที่ทำง่ายและมีธาตุเหล็กสูง และสอนการเลือกอาหารที่เหมาะสมเมื่อต้องซื้อจากภายนอก

4.2.2 การสอนทักษะการรับประทานยาสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง เช่น สาธิตวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง เช่น เวลา ปริมาณ

และสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง สอนการจัดการอาการข้างเคียงจากยา และสอนการจัดตารางเวลารับประทานยาและอาหารเสริม

4.2.3 การฝึกทักษะการติดตามอาการ เช่น สอนการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบพบแพทย์ ฝึกการบันทึกอาการและพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสอนการวัดและประเมินสัญญาณชีพเบื้องต้น

4.3 การสร้างแรงจูงใจและความมุ่งมั่น (Motivation Enhancement) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง เช่น

4.3.1 การสร้างความตระหนักรู้ โดยบุคลากรทางการพยาบาลได้ดำเนินการให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักแก่หญิงตั้งครรภ์ให้เห็นถึงนัยสำคัญและผลกระทบที่ภาวะโลหิตจางอาจมีต่อมารดาและพัฒนาการของทารก เพื่อนำไปสู่การป้องกันและจัดการที่ถูกต้อง

4.3.2 การตั้งเป้าหมายร่วมกัน อาทิ การให้การสนับสนุนในการกำหนดเป้าหมายระยะสั้นที่สามารถปฏิบัติได้จริง รวมถึงการร่วมกัน สร้างแผนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทเฉพาะบุคคล พร้อมทั้งติดตามความคืบหน้าและปรับปรุงแผนอย่างต่อเนื่องตามความจำเป็น

4.3.3 การให้กำลังใจและเสริมแรง เช่น การใช้กลยุทธ์การเสริมแรงทางบวก ผ่านการกล่าวคำชื่นชมและให้กำลังใจอย่างทันท่วงที เมื่อมีการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ รวมไปถึงการแบ่งปันเรื่องราวความสำเร็จ เพื่อสร้างแรงบันดาลใจและ บรรยากาศที่เกื้อกูลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4.4 การจัดการสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร (Environmental Management)

4.4.1 การสร้างเครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัว พยาบาลมีบทบาทในการเสริมสร้างศักยภาพครอบครัว ผ่านการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่จำเป็น พร้อมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน ในการดูแลและเป็นกำลังใจแก่สตรีมีครรภ์

การให้ความช่วยเหลือในการวางแผนการจัดการเวลาและภาระงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สตรีมีครรภ์มีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ พร้อมทั้งแนะนำการปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน และให้คำปรึกษาเชิงลึกด้านการจัดการความเครียด เพื่อบรรเทาอาการอ่อนเพลีย

4.4.2 การเชื่อมโยงกับทรัพยากรชุมชน อาทิ การให้คำแนะนำแหล่งโภชนาการที่มีคุณภาพเหมาะสมกับราคา เพื่อให้สามารถเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ได้ง่ายขึ้น พร้อมทั้งประสานงานกับหน่วยงานสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวข้อง และริเริ่มการสร้างเครือข่ายกลุ่มแม่และเด็กในชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและการสนับสนุนทางสังคม

4.5 การติดตามและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง (Continuous Support and Follow-up)

4.5.1 การติดตามผ่านช่องทางต่างๆ

4.5.2 การประเมินและปรับแผนการดูแล อาทิ การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากการตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการ (ผลเลือด) และการสังเกตอาการทางคลินิก พร้อมทั้งประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและอุปสรรคที่สตรีมีครรภ์เผชิญ เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการพยาบาลให้มีความเหมาะสม กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

5. ผลของการพยาบาลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency Development)

5.1 การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และทัศนคติ ภายหลังการได้รับบริการพยาบาลเชิงสนับสนุน สตรีมีครรภ์ได้แสดงการตอบสนองและพัฒนาการเชิงบวกอย่างชัดเจน โดยมีการ ตระหนักรู้และเข้าใจในความสำคัญของภาวะโรค อย่างถ่องแท้ ซึ่งเป็นรากฐานของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป

5.2 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น

5.2.1 การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานยา เป็นการยึดมั่นในการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาที่ถูกต้อง ครอบคลุมถึงวิธีการรับประทานที่เหมาะสมกับมื้ออาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยรบกวน เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการรักษาพยาบาล

5.2.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นการดำเนินมาตรการเพื่อปรับปรุงรูปแบบการบริโภคอาหาร นับเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมสร้างสุขภาวะ โดยเน้นการเลือกรับประทานโภชนาการที่หลากหลายและครบถ้วน เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็นอย่างสมดุล

5.2.3 การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้มีความเหมาะสม ครอบคลุมถึงการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันทั้งหมด ทั้งด้านโภชนาการ การพักผ่อน และการจัดการความเครียด เพื่อธำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

5.3 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการขอความช่วยเหลือ สตรีมีครรภ์เรียนรู้ที่จะพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อถ่ายทอดความต้องการ ความรู้สึก และความกังวลของตนเองได้อย่างชัดเจน พร้อมทั้งสามารถแสวงหาและร้องขอความช่วยเหลือที่จำเป็นจากบุคคลรอบข้างหรือผู้เชี่ยวชาญได้อย่างเหมาะสม

6. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes)

6.1 การปรับตัวและความพยายามในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ สตรีมีครรภ์ได้แสดงออกถึงความมุ่งมั่นและความพยายามอย่างจริงจังในการปรับปรุงพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมและธำรงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดีของตนเองและบุตรในครรภ์ ซึ่งสะท้อนถึงความก้าวหน้าในความตระหนักรู้ด้านการดูแลสุขภาพ

6.2 ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ภายหลังจากการดำเนินงานตามแผนการพยาบาลอย่างครบถ้วน สตรีมีครรภ์ได้รายงานผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจ โดยชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการเชิงบวกที่เห็นได้ชัดเจน ทั้งในด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นความสำเร็จของการให้การดูแล ได้แก่

6.2.1 อาการแสดงทางคลินิก เป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญของความก้าวหน้าในการรักษา โดยสะท้อนถึง ความรุนแรงของอาการที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และการฟื้นคืนสู่สุขภาวะที่ดีขึ้นตามลำดับ

6.2.2 ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการมีการปรับปรุงในทิศทางที่พึงประสงค์ โดยสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของค่าชีวเคมีหรือพารามิเตอร์ต่าง ๆ ที่เริ่มกลับเข้าสู่เกณฑ์ปกติ ยืนยันประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล จากการติดตามผลตรวจเลือดพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางปานกลาง ร้อยละ 68.8 มีระดับฮีโมโกลบินดีขึ้นอย่างน้อย 1 g/dL

6.3 คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น หญิงตั้งครรภ์รายงานการปรับปรุงของคุณภาพชีวิตในหลายมิติ เช่น ลดอาการเหนื่อยง่ายและเพลียล้า สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้มากขึ้น ผิวพรรณดูสดใสขึ้น รู้สึกมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลตนเอง และลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและลูกในครรภ์

สรุปและอภิปรายผล

1. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในบริบทหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางได้อย่างมีประสิทธิภาพ การระบุข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้และทักษะ ด้านแรงจูงใจ และด้านทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ช่วยให้สามารถออกแบบการพยาบาลที่ตรงจุดและเหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัยของ Khani Jeihooni และ

คณะ[12] ที่พบว่าการให้ความรู้และสร้างความเชื่อด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิผล ซึ่งการวิจัยนี้ไปไกลกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว โดยเน้นการพัฒนาระบบการพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การพัฒนาทักษะ การสร้างแรงจูงใจ และการจัดการสิ่งแวดล้อม

2. ความสำคัญของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative Nursing System)

การพัฒนาระบบการพยาบาลสนับสนุนการดูแลตนเอง (Supportive-Educative Nursing System) ที่เน้นการเสริมสร้างศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์จากการดูแลแบบ "ทำแทน" มาเป็นการ "เสริมพลัง" (Empowerment) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของทฤษฎีโอเรมที่เชื่อว่าบุคคลมีศักยภาพในการดูแลตนเอง และบทบาทของพยาบาลคือการช่วยพัฒนาศักยภาพนั้น การวิจัยนี้พบว่าเมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม พวกเขาสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Nguyen และคณะ[13] ที่พบว่าการให้ความรู้ด้านโภชนาการแบบเข้มข้นสามารถลดอัตราการเกิดโลหิตจางได้อย่างมีนัยสำคัญ

3. บทบาทของการสนับสนุนทางสังคม

การวิจัยนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมในกระบวนการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการสนับสนุนจากคนในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อสมาชิกในครอบครัวได้รับความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแล หญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีขึ้น การสร้างเครือข่ายสนับสนุนและการติดตามอย่างต่อเนื่องของพยาบาลก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่ามีคนคอยดูแลและให้คำปรึกษา ช่วยเพิ่มความมั่นใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของโอเรมที่เน้นว่าการพยาบาลต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย[8]

4. อุปสรรคและความท้าทายในการดูแลตนเอง

การวิจัยชี้ให้เห็นอุปสรรคสำคัญหลายประการ เช่น ภาระงาน ความเครียดทางการเงิน และขาดเวลาพักผ่อน ซึ่งเป็นปัจจัยที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jalambo และคณะ[14] ที่พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ การที่พยาบาลช่วยหาทางแก้ปัญหาอุปสรรคเหล่านี้ร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ เช่น การช่วยวางแผนการจัดการเวลา การประสานงานกับครอบครัวเพื่อแบ่งเบาภาระงาน และการเชื่อมโยงกับทรัพยากรชุมชน เป็นการสะท้อนหลักการของให้ความรู้และสนับสนุน ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ (Supportive-Educative System) ที่ไม่เพียงแต่ให้ความรู้ แต่ยังช่วยแก้ปัญหาอุปสรรคในการนำความรู้ไปปฏิบัติ

5. ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านระดับฮีโมโกลบิน อาการทางคลินิก และคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamaruddin และคณะ[15] ที่พบว่าการจัดการภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องให้ผลลัพธ์ที่ดี สิ่งที่น่าสนใจคือการที่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนได้จริง

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง การระบุข้อจำกัดในการดูแลตนเองใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้และทักษะ ด้านแรงจูงใจ และด้านทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ช่วยให้สามารถพัฒนาระบบการพยาบาลสนับสนุนการดูแลตนเองที่ครอบคลุมและตรงจุด การพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก คือ (1) การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ (2) การพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง (3) การสร้างแรงจูงใจและความมุ่งมั่น (4) การจัดการสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร และ (5) การติดตามและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก ระดับฮีโมโกลบินดีขึ้น อาการทางคลินิกลดลง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองเป็นกลยุทธ์ที่ยั่งยืนในการจัดการภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ การวิจัยนี้มีนัยสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล โดยแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในบริบทต่างๆ ได้ อย่างไรก็ตาม การนำไปใช้ควรคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรม สังคม และทรัพยากรของแต่ละสถานที่ และอาจต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม การวิจัยนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์จากการ "ทำแทน" มาเป็นการ "เสริมพลัง" โดยมุ่งเน้นที่การพัฒนาศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้จึงมีศักยภาพในการนำไปใช้เป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในประเทศไทย และอาจขยายผลไปสู่การดูแลปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่ต้องการการมีส่วนร่วมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการวิจัย การวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ได้แก่

1. การศึกษาในโรงพยาบาลแห่งเดียว อาจทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถนำไปใช้ได้กับทุกบริบท
2. ระยะเวลาในการติดตามผลจำกัด อาจไม่เห็นผลระยะยาวของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
3. การไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ทำให้ไม่สามารถแยกผลของการพยาบาลออกจากปัจจัยอื่นได้อย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าเกี่ยวกับประสบการณ์และความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง และแสดงให้เห็นความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเรมในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับนโยบาย

1.1 พัฒนานโยบายและแนวทางการพยาบาลมาตรฐานตามทฤษฎีโอเรม พร้อมระบบคัดกรอง/ติดตามผลตั้งแต่ฝากครรภ์ และสนับสนุนการพยาบาลต่อเนื่องโดยพยาบาลหลัก

1.2 จัดสรรทรัพยากร และพัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวัง/ติดตามผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่และสนับสนุนงานวิจัย

2. ระดับการปฏิบัติ

2.1 พัฒนาทีมสหวิชาชีพผ่านการอบรมทฤษฎีโอเรม และสร้างระบบส่งต่อที่มี

ประสิทธิภาพ จัดตั้งคลินิกพิเศษพร้อมโปรแกรมให้ความรู้เชิงรุก

2.2 จัดทำแผนการพยาบาลรายบุคคล 5 องค์ประกอบ พัฒนาเครื่องมือ/สื่อที่เข้าใจง่าย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (ผู้ดูแลหลัก)

3. ระดับชุมชน

3.1 ส่งเสริมสุขภาพในชุมชนด้วยกิจกรรมโภชนาการ และสร้างการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน

3.2 พัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องจาก รพ. สู่ชุมชน พร้อมเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลทั้งเชิงทดลองและเชิงปริมาณเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาล

2. การวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อศึกษาประสบการณ์เชิงลึกและบริบททางวัฒนธรรม

3. การวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรมด้านเทคโนโลยีและโปรแกรมการดูแล

4. การวิจัยด้านระบบสุขภาพและนโยบายเพื่อประเมินความคุ้มค่าและศึกษาอุปสรรคในการนำไปปฏิบัติ

5. การวิจัยในกลุ่มประชากรเฉพาะทั้งกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีความเปราะบาง

เอกสารอ้างอิง

1. Baig-Ansari N, Badruddin SH, Karmaliani R, Harris H, Jehan I, Pasha O, Moss N, McClure EM, Goldenberg RL.(2008). Anemia prevalence and risk factors in pregnant women in an urban area of Pakistan. Food Nutr Bull. 2008;29(2):132-9. doi:10.1177/156482650802900207.
2. Rahman MM, Abe SK, Rahman MS, Kanda M, Narita S, Bilano V, Ota E, Gilmour S, Shibuya K.(2016). Maternal anemia and risk of adverse birth and health outcomes in low- and middle-income countries Systematic review and meta-analysis. Am J Clin Nutr. 2016;103(2):495-504. doi:10.3945/ajcn.115.107896.
3. World Health Organization.(2019). Prevalence of anemia in women of reproductive age (aged 15-49) (%). Global Health Observatory Data Repository. 2019. Available from: https://apps.who.int/gho/data/view.main.ANAEMIAWOMEN15-49v.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานสถานการณ์โภชนาการและสุขภาพ ประจำปี 2566. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2566.
5. Olloqui-Mundet MJ, Cavia MDM, Alonso-Torre SR, Carrillo C.(2024). Dietary habits and nutritional knowledge of pregnant women: the importance of nutrition education. Foods. 2024;13(19):3189. doi:10.3390/foods13193189.
6. Haider BA, Olofin I, Wang M, Spiegelman D, Ezzati M, Fawzi WW.(2013). Anemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. BMJ. 2013;346: f3443. doi:10.1136/bmj. f3443.
7. Saengnipanthkul S, Chongsrisawat N, Pongcharoen T, Judprasong K, Winichagoon P, Gowachirapant S.(2025). Prevalence and associated factors of at risk of anemia among children under five in Northeast Thailand using noninvasive hemoglobin screening in a cross-sectional study. Sci Rep. 2025;15(1):1-12. doi:10.1038/s41598-024-83988-3.
8. Orem DE.(2001). Nursing Concepts of practice. 6th ed. Mosby; 2001.
9. Heidegger M; MacQuarrie J, Robinson E, translators.(1962). Being and time. Harper & Row; 1962.
10. Husserl E; Lauer Q, translator.(1965). Phenomenology and the crisis of philosophy. Harper & Row; 1965.
11. Benner P, editor.(1994). Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness. Sage publications; 1994.

12. Khani Jeihooni A, Darvishi N, Harsini PA, Kashfi SM, Amirkhani M.(2021). The effect of educational intervention based on health belief model on promoting preventive behaviors of iron-deficiency anemia in pregnant women. J Matern-Fetal Neonatal Med. 2021;34(7):1015-25. doi:10.1080/14767058.2019.1623196.
13. Nguyen PH, Stultiens L, Mathisen R, Wichmann J, Verstraeten R, Holdsworth M, Nguyen S, Dijkhuizen MA, Wieringa FT, Feskens EJ.(2018). Effectiveness of a multi-micronutrient powder home-fortification program on anemia among young children in Vietnam. Nutrients. 2018;10(1):44. doi:10.3390/nu10010044.
14. Jalambo MO, Karim NA, Naser IA, Sharif R.(2021). Dietary diversity, nutritional status, and associated factors among pregnant women in the Gaza Strip: A cross-sectional study. J Pregnancy. 2021;2021:8810443. doi:10.1155/2021/8810443.
15. Kamaruddin NA, Rahman NHA, Bakar NA.(2024). Management of iron deficiency anemia during pregnancy: A midwife-led continuity of care model. Front Nutr. 2024;11:1400174. doi:10.3389/fnut.2024.1400174.

ผลของดนตรีบำบัดแบบผ่อนคลายต่อการไหลของน้ำนมและระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

The impact of relaxing music therapy on milk ejection and lactation duration among post-cesarean mothers

ชยานี สังข์ศรี[1] **ปรีดา วรภักดี**[2] **ธเนศ สังข์ศรี**[3]
Chayanee Sangsri[1] Preeda Worrapukdee[2] Tanes Sangsri[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เพื่อประเมินผลของการใช้กิจกรรมแทรกแซงด้วยการฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลายต่อการไหลของน้ำนมและระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้า กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 40 คน โดยสุ่มแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหนึ่งได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐาน (กลุ่มควบคุม) ขณะที่อีกกลุ่มได้รับการแทรกแซงที่ได้ฟังเสียงเพลงโดยใช้ดนตรีบรรเลงขณะให้นมบุตร (กลุ่มทดลอง) ผลลัพธ์จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่ามารดาที่ได้รับการแทรกแซงมีระดับคะแนนเฉลี่ยของการไหลของน้ำนมมากกว่ากลุ่มได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ($P < 0.001$) นอกจากนี้ ในช่วง 12 ชั่วโมงแรกของการศึกษา กลุ่มแทรกแซงมีคะแนนเฉลี่ยการมาของน้ำนมเต็มเต้ามากกว่ากลุ่มได้รับการดูแลตามมาตรฐานเช่นกัน ($P < 0.001$) ที่สำคัญพบว่าการฟังดนตรีบำบัดในกลุ่มแทรกแซงส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$)

คำสำคัญ: ดนตรีบำบัด, การไหลของน้ำนม, น้ำนมเต็มเต้า, หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, ความวิตกกังวล

Abstract

This study was experimental research aimed at evaluating the effects of a relaxation-focused music intervention on milk ejection and the time to full lactation. Forty post-cesarean mothers were randomly assigned to one of two groups: the control group received standard postpartum care, while the intervention group listened to instrumental music during breastfeeding sessions. The results indicated that mothers in the intervention group had significantly higher average scores for milk ejection compared to those receiving standard care ($P < 0.001$). Furthermore, within the first 12 hours, the intervention group achieved full lactation significantly earlier than the control group ($P < 0.001$). Importantly, music intervention also led to a significant reduction in anxiety levels among post-cesarean mothers ($P < 0.001$).

Keywords: Music therapy, milk ejection, lactation duration, post-cesarean section mothers, anxiety

บทนำ

น้ำนมแม่ถือเป็นแหล่งโภชนาการที่สำคัญซึ่งช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและส่งผลต่อพัฒนาการในวัยแรกเกิด น้ำนมแม่เป็นแหล่งสารอาหารที่มีคุณภาพสูงและต้นทุนต่ำสำหรับทารก ดังนั้นการสร้างระบบหรือมาตรการสนับสนุนให้มารดาเริ่มให้นมบุตรตั้งแต่ระยะหลังคลอดจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญและส่งเสริมอย่างต่อเนื่องเป็นแนวปฏิบัติที่ได้รับการยืนยันว่าทำได้ง่ายและส่งผลให้สุขภาพทารกดีขึ้นโดยลดอัตราเจ็บป่วยและส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว[1] การให้มารดาได้สัมผัสกับลูกและให้ลูกได้ดูดนมแม่ตั้งแต่

[1] พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) กลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
[2] พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล) กลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลปากพนัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
[3] คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ Corresponding Author: tanes.s@pnu.ac.th

ชั่วโมงแรกของการคลอดมีผลเชิงบวกต่อกระบวนการหลั่งน้ำนมและเพิ่มผลลัพธ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[1] อย่างไรก็ตาม มารดาในกลุ่มที่ผ่าคลอดทางหน้าท้องมีปัญหาในการเริ่มกระบวนการหลั่งน้ำนมในชั่วโมงแรกหลังคลอดได้แม้ทารกจะมีความต้องการดูดนมก็ตาม สถานการณ์ดังกล่าวมักก่อให้เกิดความกังวลหรือความเครียดในหมู่มารดาและครอบครัว[2]

น้ำนมแม่เป็นอาหารที่ร่างกายมารดาสามารถผลิตได้เองซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาวะของทารกทั้งในช่วงวัยทารกและต่อเนื่องในระยะยาว[1] ในระยะสั้น น้ำนมแม่ช่วยป้องกันภาวะไม่สามารถทนต่อการให้อาหารในระบบทางเดินอาหาร การติดเชื้อโดยเฉพาะในทารกน้ำหนักตัวน้อย ขณะที่ในระยะยาว น้ำนมแม่มีบทบาทในการลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน มะเร็งบางชนิด และโรค Hodgkin's รวมถึงช่วยลดภาวะอ้วน โรคหืด ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ตลอดจนพัฒนาการของเด็ก[3] งานวิจัยก่อนหน้าระบุว่าหญิงที่คลอดบุตรด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีการเริ่มต้นให้นมแม่ล่าช้ากว่าผู้ที่คลอดทางช่องคลอด[4] ซึ่งการให้นมบุตรทันทีหรือภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอดพบว่าเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของการให้นมแม่อย่างต่อเนื่อง[5] ทารกที่เกิดจากการผ่าตัดคลอดมีโอกาสได้รับการสัมผัสผิวหนังต่อผิวหนัง (skin-to-skin contact) กับมารดาทันทีหลังคลอดน้อยกว่าและมักจะมีผลต่อการได้รับนมแม่ภายใน 24 ชั่วโมงแรกล่าช้า[5] โดยการสัมผัสผิวหนังต่อผิวหนังระหว่างแม่และทารกมีบทบาทช่วยส่งเสริมการเริ่มให้นมแม่[4, 5] หลังการผ่าตัดคลอดพบว่ามารดาที่ขาดการช่วยเหลือจะประสบปัญหาการอุ้มทารกแรกเกิดในห้องพักฟื้นทำให้การสัมผัสผิวหนังกับทารกทันทีหลังคลอดและเริ่มให้นมได้น้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติ งานวิจัยก่อนหน้าชี้ให้เห็นว่ามารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดและมีอาการปวดเฉียบพลันหลังการผ่าตัดและมีการเริ่มหลั่งน้ำนมล่าช้ากว่ากลุ่มคลอดปกติ[1, 3-5] เป็นผลมากจากภาวะเครียดของมารดา อาการปวดของบาดแผลแบบเฉียบพลันที่ส่งผลต่อกลไกการสร้างน้ำนม (lactogenesis) หรือการหลั่งออกซิโทซินซึ่งสาเหตุระหว่างอาการเจ็บปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดคลอดกับผลลัพธ์การให้นมแม่ยังไม่ได้มีการยืนยันที่ชัดเจน[6] Hobbs และคณะ[2] ได้รายงานข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับความชุกของปัญหาในการให้นมบุตรที่แตกต่างกันตามวิธีคลอด โดยพบว่ามารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดแบบไม่วางแผนมีสัดส่วนที่ประสบปัญหาทารกดูดนมไม่ติดเต้าและปัญหาอื่นๆ เช่น การผลิตน้ำนมไม่เพียงพอสูงกว่ากลุ่มที่มีการคลอดโดยธรรมชาติหรือการผ่าตัดคลอดที่วางแผนไว้ล่วงหน้า เนื่องจากอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระยะสั้นหลังคลอดอาจกระทบต่อความเชื่อมั่นในการให้นมบุตรในระยะแรกของมารดาด้วย[7] ทั้งนี้สาเหตุที่มีการหลั่งน้ำนมล่าช้าในมารดาที่ผ่าตัดเนื่องมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ผลของยาระงับความรู้สึกหรือการดมยาสลบ รู้สึกอ่อนแรง ครอบคลุมถึงสภาวะจิตใจที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องส่งผลต่อการให้นมบุตรมากกว่ามารดาที่คลอดปกติ[2, 8, 9] จากงานวิจัยก่อนหน้าพบว่ามารดาที่คลอดบุตรโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องใช้เวลาจนกว่าน้ำนมเต็มเต้าเฉลี่ยประมาณ 44.2 ชั่วโมง ส่วนมารดาที่คลอดปกติมักมีน้ำนมเต็มเต้าเฉลี่ยภายใน 34.2 ชั่วโมง[10]

โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ ได้เปิดห้องผ่าตัดคลอดบุตรขึ้นเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 มีการการผ่าตัดคลอดบุตร (cesarean section) ปี 2567 จำนวน 49 ราย พบว่าอัตราการให้นมบุตรของมารดาหลังคลอดลดลงจากตัวชี้วัดที่กำหนด (จากร้อยละ 61.22 ไปอยู่ที่ร้อยละ 42.85) ซึ่งปัญหาที่พบคือ น้ำนมไม่ไหล และมารดาบางรายจำเป็นต้องหยุดการให้นมบุตรเนื่องจากประสบปัญหาความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดร่วมกับความรู้สึกวิตกกังวล โรงพยาบาลได้มีมารการดูแลด้านกายภาพสำหรับมารดากลุ่มนี้เพื่อส่งเสริมการผลิตน้ำนมแม่โดยเฉพาะเพื่อส่งเสริมด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการมอบข้อเสนอแนะในแนวทางที่สร้างแรงจูงใจหรือแนวคิดเชิงบวกเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและสุขภาพของทารก การสอนการใช้เครื่องปั๊มน้ำนม การส่งเสริมการสัมผัสผิวหนังระหว่างแม่และทารก รวมถึงการใช้เทคนิคเพื่อความผ่อนคลาย แม้จะมีมาตรการ

สนับสนุนเหล่านี้ แต่ปัญหาน้ำนมแม่ไม่เพียงพอยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในกลุ่มผ่าตัดคลอด และเป็นสาเหตุที่รายงานบ่อยที่สุด[4]

ดนตรีบำบัดได้ถูกนำมาใช้ในงานทางคลินิกมาก่อน เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่าสามารถช่วยบรรเทาความเครียด อาการอ่อนล้า และอาการไม่สบายร่วมอื่น ๆ ในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล[11] จากหลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาก่อนหน้าที่แสดงให้เห็นว่าการใช้ดนตรีบำบัดร่วมในการดูแลสามารถช่วยบรรเทาความเครียดของผู้ป่วยได้อย่างมีความหมายในเชิงสถิติ[12, 13] เนื่องจากเป็นที่ยอมรับว่าความเครียดส่งผลให้ระดับฮอร์โมนออกซิโทซินลดลงซึ่งเป็นผลให้กระบวนการหลั่งน้ำนมถูกยับยั้งไว้[9] และจากหลักฐานที่ระบุว่าดนตรีบำบัดและกิจกรรมการฟังดนตรีเป็นวิธีการลดความเครียดที่มีประสิทธิผล ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่าการแทรกแซงด้วยการฟังดนตรีอาจส่งผลต่อระดับการไหลของน้ำนมและระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังผ่าตัดคลอด ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีเป้าหมายในการแทรกแซงด้วยการฟังดนตรีประเภทบรรเลงให้กับมารดาหลังผ่าคลอดทางหน้าท้องเพื่อประเมินผลลัพธ์การไหลของน้ำนมและการมาของน้ำนมเต็มเต้า

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลของการฟังดนตรีต่อการตอบสนองของภาวะการหลั่งน้ำนมในระยะหลังคลอดของสตรีที่คลอดบุตรทางการผ่าตัดหน้าท้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบทดลองกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาสองกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงด้วยการฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลหลังคลอดตามมาตรฐานหลังคลอดตามปกติจากการคัดเลือกอาสาสมัครเข้ากลุ่มโดยการเชิญเข้าร่วมโครงการ สถานที่ทำการศึกษา คือ หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ (กลุ่มทดลอง) และโรงพยาบาลปากพนัง (กลุ่มควบคุม)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ ในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 49 ราย และโรงพยาบาลปากพนัง จำนวน 66 ราย **กลุ่มตัวอย่าง** ประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้ถูกกำหนดโดยได้ใช้โปรแกรม G*Power ในการคำนวณโดยอ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ได้จากงานวิจัยที่มีเนื้อหาสัมพันธ์กับหัวข้อของการวิจัยฉบับนี้[14] เพื่อนำมาประเมินจำนวนตัวอย่างที่เหมาะสมกับการทดลอง ซึ่งมีค่าอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับเท่ากับ 0.80 ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.95 กำหนดค่าความเชื่อมั่น α (1-β) = 0.05 ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 19 คน และเพื่อเพิ่มความมั่นใจว่ากลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมครบตามแผนการวิจัย จึงได้กำหนดให้มีผู้เข้าร่วม 20 คนต่อกลุ่ม ส่งผลให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 40 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยมีคุณสมบัติ คือ เป็นมารดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการนัดหมายให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินและสมัครใจร่วมศึกษาวิจัยนี้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มารดาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากเริ่มเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือมีทารกที่ประสบปัญหาการดูดกลืนหรือมีภาวะหายใจลำบาก

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้ประกอบด้วย 2 ประเภทหลัก ได้แก่ 1) เครื่องมือทดลอง ได้แก่ ดนตรีบรรเลงของศิลปินจำรัส เศวตาภรณ์ ดนตรีบรรเลงเพื่อความผ่อนคลาย ในชุดนิพพาน (https://youtu.be/YoD89oMw9-E) ป้ายข้อความ “ระหว่างดำเนินกิจกรรมดนตรีบำบัด โปรดงดรบกวนเป็นเวลา 15 นาที” เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยถูกรบกวนขณะฟังดนตรี และสมาร์ทโฟนร่วมกับหูฟังไร้สายในการส่งสัญญาณเสียงดนตรีแบบไร้สายผ่านเทคโนโลยีบลูทูธเพื่อให้มารดาฟังดนตรีตั้งแต่เริ่มกิจกรรมตลอดจนสิ้นสุดการให้นมบุตรในแต่ละครั้ง 2) เครื่องมือรวบรวม ได้แก่ ข้อมูลส่วนลักษณะ

ประชากรของมารดาหลังผ่าตัดคลอด เช่น อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประวัติการฝากครรภ์และการคลอด ตลอดจนแบบประเมินการไหลของน้ำนม แบบประเมินระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้า และแบบประเมินความวิตกกังวลด้วยสายตา (Visual Analogue Scale for Anxiety หรือ VAS-A) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินของ Aitken (1969)[15] และ Hornblow & Kidson (1976)[16]

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินการไหลของน้ำนม ระยะเวลาการเกิดน้ำนมเต็มเต้า และระดับความวิตกกังวลด้วยสายตา ได้ผ่านการตรวจทานด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยมีค่า Item-Objective Congruency Index (IOC) เท่ากับ 1.0 สำหรับดนตรีผ่อนคลายผู้วิจัยขออนุญาตจากบริษัทกรีน มิวสิค จำกัดอย่างถูกและผ่านการกลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิและอ้างอิงจากงานวิจัยที่มีเนื้อหาสัมพันธ์กับหัวข้อของการวิจัยฉบับนี้[13] และเมื่อเครื่องมือทดสอบกับมารดาผ่าตัดคลอดบุตร จำนวน 10 ราย และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง พบว่าแบบประเมินการไหลของน้ำนมและแบบประเมินระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าด้วยการตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกต (Inter-Rater Reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.9 แบบวัดความวิตกกังวลด้วยสายตา (VAS - A) แบบวัดความวิตกกังวลด้วยสายตากับมารดาผ่าตัดคลอด มีค่าทดสอบซ้ำ (test - retest reliability) เมื่อระยะเวลาห่างจากการประเมินครั้งแรก 15 นาที โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.8

การรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม มารดาหลังผ่าตัดคลอดนอนพักที่ห้องพักฟื้นและได้รับการจัดท่าทางให้อยู่ในลักษณะที่เอื้อต่อความรู้สึกสบาย พร้อมทั้งพักผ่อนหลังการผ่าตัด จากนั้นผู้วิจัยประเมินการไหลของน้ำนม ประเมินการมาของน้ำนมเต็มเต้า และประเมินความวิตกกังวล (VAS - A) โดยผู้ป่วยทำเครื่องหมาย × ลงบนเส้นตรงวัดความวิตกกังวล **กลุ่มทดลอง** เมื่อผู้เข้าร่วมในกลุ่มได้รับการแทรกแซงที่ได้ฟังดนตรีบำบัดตามเวลาที่กำหนด และผู้วิจัยประเมินการไหลของน้ำนม ประเมินการมาของน้ำนมเต็มเต้า และประเมินความวิตกกังวล (VAS - A) โดยผู้ป่วยทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงวัดความวิตกกังวล หลังจากนั้นได้รับการพยาบาลแบบปกติ กิจกรรมแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมการเก็บข้อมูล

กิจกรรม	อาสาสมัคร	ช่วงเวลา	เครื่องมือ	ผู้ดำเนินงาน
รับสมัครเข้าร่วมโครงการและตอบแบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล	ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์และแพทย์นัดผ่าคลอด	แบบสอบถามและแบบเก็บข้อมูลอาสาสมัคร	ผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัยทีม 1 และ 2
1) ประเมินคะแนนการไหลของน้ำนม 2) ประเมินระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า ประเมินความวิตกกังวลด้วยสายตา (VAS - A)	ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	ประเมินที่เวลา 2, 12, 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด	1) แบบประเมินการไหลของน้ำนม 2) แบบประเมินระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยสายตา (VAS - A)	ผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัยทีม 1 และ 2
การฟังดนตรีบรรเลงของจำรัส เศวตาภรณ์เพื่อลดความวิตกกังวลในมารดาความยาว 15 นาที 13	กลุ่มทดลอง	ทุก 3 ชั่วโมง ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จำนวน 3 ครั้ง	โทรศัพท์มือถือและหูฟังครอบหูแบบไร้สาย	ผู้วิจัยหลัก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ซอฟต์แวร์โปรแกรม R เวอร์ชั่น 4.3.2 (https: / /www. r-project. org) เพื่อวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ โดยการแจกแจงความถี่และนำมาคำนวณหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างหรือความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวอย่างกลุ่ม

ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi- square) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมของกลุ่มตัวอย่างชั่วโมงที่ 2, 12, 24, และ 48 ชั่วโมง ด้วยการวิเคราะห์สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-Way Repeated Measure ANOVA) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าและค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NSTPH 71/2568 เอกสารรับรองเลขที่ 71/2568

ผลการศึกษา

เมื่อนำข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมทั้งสองกลุ่มวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบผลลัพธ์ในตารางที่ 2 กลุ่มแทรกแซงและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานโดยรวมที่ไม่แตกต่าง ยกเว้นด้านการศึกษากับอาชีพที่มีความแตกต่างทางสถิติ โดยที่ตัวแปรอายุ การตั้งครรภ์ และประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คล้ายคลึงกันจึงทำให้ทั้งสองกลุ่มสามารถนำมาใช้เปรียบเทียบผลลัพธ์ในประเด็นที่ศึกษาครั้งนี้

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40)

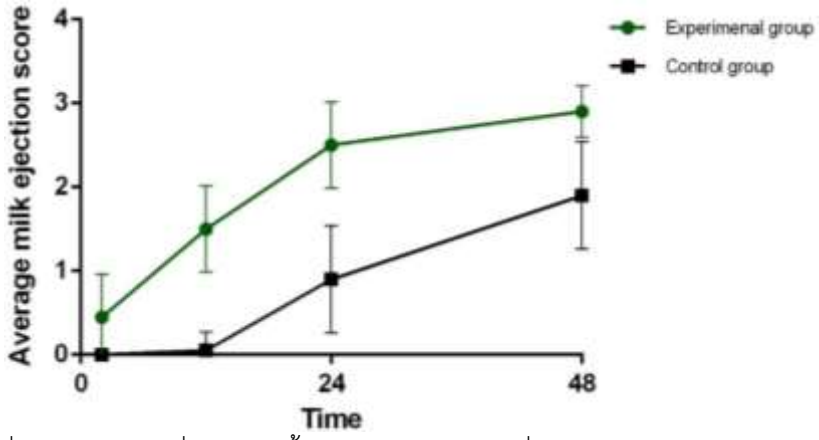
ลักษณะทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n= 20)	กลุ่มควบคุม (n= 20)	X^2	*p*-value
อายุ (ปี)	($\bar{x}$±SD)	31±5.31	28±3.27	82.917	0.138
สถานภาพสมรส	คู่	20	20	-	-
	โสด/หม้าย/หย่าร้าง	0	0		
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	1	1	44.333[b]	<0.001[b]
	จบการศึกษาชั้นประถม	4	3		
	มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	10	8		
	มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวส.	2	2		
	ปริญญาตรี (หรือเทียบเท่า)	3	6		
	สูงกว่าปริญญาตรี	0	0		
อาชีพ	ไม่มี	0	1	49.853[b]	<0.001[b]
	มี	20	19		
	เกษตรกรรม	1	0		
	รับจ้าง	2	1		
	รับราชการ	3	4		
	รัฐวิสาหกิจ	3	3		
	อื่นๆ (ไม่ระบุ)	11	16		
การตั้งครรภ์ ครั้งที่	1	7	8	0.448	0.502
	≥ 2	13	12		
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	ไม่เคย	8	14	0.803	0.370
	เคย	12	6		

b = Fisher's exact test

ประสิทธิผลของโปรแกรม

ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม

การไหลของน้ำนมของมารดาหลังจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในช่วงเวลา 2-48 ชั่วโมง พบว่าคะแนนประเมินมีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทั้งสองกลุ่มตลอดระยะเวลาการศึกษา (ภาพที่ 1) คะแนนเฉลี่ยของการหลั่งน้ำนมในกลุ่มแทรกแซงมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและสูงกว่ากลุ่มได้รับการดูแลตามปกติในทุกช่วงเวลาหลังคลอด 0, 12, 24 และ 48 ชั่วโมง โดยเริ่มมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าตั้งแต่ช่วงแรก และค่าคะแนนสูงสุดที่ 48 ชั่วโมง (ตารางที่ 3) นอกจากนี้ ช่วงความแปรปรวน (error bar) ทั้งสองกลุ่มยังเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองมีการไหลของน้ำนมที่เด่นชัดกว่าสม่ำเสมอ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการฟังเพลงส่งผลส่งเสริมการไหลของน้ำนมแม้ได้ดีกว่าการดูแลตามปกติอย่างต่อเนื่องและชัดเจนตลอดระยะ ส่งผลให้มารดาในกลุ่มทดลองเข้าสู่สภาวะน้ำนมเต็มเต้าในระยะเวลาที่สั้นกว่ากลุ่มควบคุม



ภาพที่ 1 คะแนนเฉลี่ยระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมในช่วงเวลา 2-48 ชั่วโมง

ตารางที่ 3 ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ repeated Measure ANOVA (n = 40)

คะแนนการไหลของน้ำนม	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		*F*	*p*-value
	mean	SD	mean	SD		
2 ชั่วโมง	0.45	0.51	0.00	0	54.06	< 0.001
12 ชั่วโมง	1.50	0.51	0.05	0.22	121.2	< 0.001
24 ชั่วโมง	2.50	0.51	0.90	0.64	151.1	< 0.001
48 ชั่วโมง	2.90	0.30	1.90	0.64	161.0	< 0.001

ระยะเวลาของน้ำนมเต็มเต้า

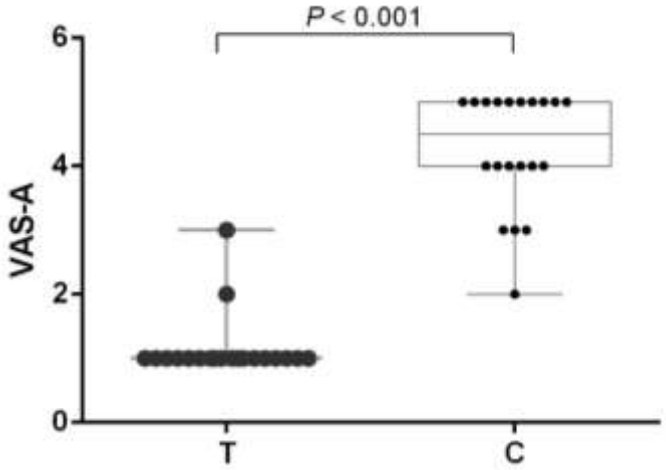
ผลลัพธ์ของการประเมินน้ำนมเต็มเต้าในแต่ละช่วงเวลาที่เกิดขึ้นในกลุ่มแทรกแซงที่ได้รับการฟังดนตรีและกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ (ตารางที่ 4) พบว่า ภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าคลอด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของน้ำนมเต็มเต้า เท่ากับ 0.06±0.16 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 ซึ่งผลต่างดังกล่าวไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วง 12, 24 และ 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด มีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มในแต่ละช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญ ผลดังกล่าวสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการแทรกแซงด้วยการฟังดนตรีต่อการเพิ่มปริมาณน้ำนมหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่าการดูแลตามปกติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระยะเวลาการเกิดภาวะน้ำนมเต็มเต้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

คะแนนน้ำนมเต็มเต้า	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		*t*	*df*	*p*-value
	mean	SD	mean	SD			
2 ชั่วโมง	0.06	0.16	0	0	1.6743	19	0.1105
12 ชั่วโมง	0.43	0.29	0.03	0.12	5.6662	25.511	< 0.001
24 ชั่วโมง	1.00	0.73	0.15	0.23	4.9021	22.807	< 0.001
48 ชั่วโมง	1.97	1.28	0.85	0.35	3.7798	21.932	0.001

การประเมินภาวะวิตกกังวล

หลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่ามารดาที่ได้รับการแทรกแซงมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจนในทางสถิติ สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมดนตรีบำบัดในการลดความวิตกกังวลภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบความวิตกกังวลด้วยสายตา (VAS-A) ระหว่างกลุ่มทดลอง (T) และกลุ่มควบคุม (C) หลังสิ้นสุดโปรแกรมของมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้บ่งชี้ว่าการเปิดเพลงเพื่อผ่อนคลายให้กับมารดาหลังผ่าคลอดส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการเริ่มไหลของน้ำนมและการพัฒนาจนถึงภาวะน้ำนมเต็มเต้า ยังพบว่าการบูรณาการดนตรีบำบัดสามารถลดภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้อย่างมีนัยสำคัญ การกระตุ้นให้เกิดปริมาณน้ำนมที่เพียงพอในระยะเริ่มต้นของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพทารกแรกเกิด

การแทรกแซงอย่างทันท่วงทีโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมการสร้างปริมาณน้ำนมของมารดาหลังผ่าคลอดมีศักยภาพในการช่วยการให้นมบุตรของสตรีหลังผ่าตัดคลอดให้ดีขึ้น ช่วยให้มารดามีความมั่นใจและอยากสัมผัสกับทารกทำให้เกิดการสัมผัสผิวหนังแนบผิวหนังทันที ซึ่งการฟังดนตรีที่ช่วยให้แม่ลดความวิตกกังวลเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการกระตุ้นการไหลของน้ำนมได้เร็วขึ้น เพิ่มความมั่นใจในตนเองของมารดา เพิ่มปริมาณน้ำนม และเสริมสร้างคุณภาพการเลี้ยงดูทารก สอดคล้องกับการฟังดนตรีช่วยลดระดับความวิตกกังวลหรือความเครียดและความเจ็บปวดในสถานการณ์หลังการผ่าตัด[17] และการใช้โปรแกรมกระตุ้นน้ำนมสามารถช่วยให้การเริ่มหลั่งน้ำนมเกิดขึ้นเร็วกว่าการดูแลแบบมาตรฐานอย่าง

เด่นชัด[14] เช่น การนวดเต้านมร่วมกับประคบความร้อนทุก 2-3 ชั่วโมง[18] การฟังดนตรีเพื่อคลายเครียดที่สามารถเพิ่มปริมาณน้ำนมและระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังผ่าคลอดได้โดยช่วยลดระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าภายใน 34-48 ชั่วโมง[12] สะท้อนให้เห็นว่าการเน้นแต่เฉพาะการดูแลด้านกายภาพอาจไม่ตอบโจทย์ความต้องการและปัญหาที่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากมารดากลุ่มนี้ต้องเผชิญทั้งอุปสรรคทางกายภาพและสภาวะทางอารมณ์ที่จะต้องบูรณาการการดูแลด้านจิตใจกับด้านร่างกายควบคู่ไปด้วยให้เร็วที่สุด โดยเฉพาะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งตรงกับช่วงที่ระบบร่างกายปรับเข้าสู่ขั้นตอนสร้างน้ำนมระยะที่ 2 (lactogenesis II)[14, 19, 20] การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นทั้งการพยาบาลทางกายภาพและการส่งเสริมสภาพจิตใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอดส่งผลให้ลดปวดแผลผ่าตัดส่งผลต่อการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการผลิตน้ำนมซึ่งความเครียดมีผลกระทบต่อการหลั่งสารโดปามีน (dopamine) ซึ่งเป็นสารที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน (prolactin) และออกซิโทซิน (oxytocin) ทำให้สร้างน้ำนมได้น้อยลง[21] ดังนั้นการแทรกแซงด้วยการฟังดนตรีบำบัดช่วยให้เกิดอารมณ์ผ่อนคลาย ส่งเสริมการมาของน้ำนมเต็มเต้าสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่พบว่าการการฝึกหายใจแบบช้าและลึกเพื่อสร้างความผ่อนคลายทางร่างกายและจิตใจร่วมกับการพูดมีผลทำให้จิตใจสงบ[22] หรือการใช้ดนตรีคลาสสิค[23] เช่น การใช้ดนตรีบรรเลงของจำรัส เศวตาภรณ์ ช่วยลดความเครียดให้กับมารดาที่รอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้[13] ทั้งนี้เพลงที่ใช้เป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้องซึ่งส่งผลต่อสมองซีกขวา จึงทำให้รู้สึกรื่นรมย์ เพลิดเพลิน และผ่อนคลาย[24]

เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมพบว่ามารดากลุ่มได้รับการแทรกแซงมีความวิตกกังวลลดลง แต่ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ศึกษาเปรียบเทียบระดับการหลั่งน้ำนมและระดับความเครียดพร้อมกันในมารดาผ่าคลอดยังมีจำนวนน้อย จึงไม่อาจสรุปได้ว่าปัญหาน้ำนมไม่เพียงพอของกลุ่มนี้เกิดจากความเครียดเพียงอย่างเดียวอาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น พัฒนาการของเนื้อเยื่อเต้านมไม่สมบูรณ์ ความผิดปกติของฮอร์โมน หรือการให้นมบุตรที่ยังบกพร่อง การทำความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทของความเครียดต่อการผลิตน้ำนมจะช่วยให้สามารถวางแนวทางการแก้ไขได้ดียิ่งขึ้น หากได้มีการบูรณาการด้วยการฟังดนตรีทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดคลอดจะส่งผลเรื่องการสร้างและการหลั่งของน้ำนมให้กับมารดากลุ่มนี้จะยิ่งทำให้อารมณ์ผ่อนคลายเพิ่มขึ้นตลอดช่วงระยะเวลาของการผ่าตัดจนกระทั่งพักฟื้นจะยิ่งมีสุขภาพกายและใจที่ดีขึ้น[25] เป็นการประยุกต์แนวทางการส่งเสริมที่ช่วยสนับสนุนทั้งสุขภาวะร่างกายและจิตใจของมารดาอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลดีกับทารกได้อีกด้วย[1, 26-28] เนื่องจากมารดาที่ให้นมบุตรจะยิ่งช่วยให้มดลูกหดรัดตัว เข้าอู่เร็ว ลดภาวะเสี่ยงมะเร็งรังไข่และเบาหวานชนิดที่ 2[29] และเนื่องจากน้ำนมแม่โดยเฉพาะน้ำนมเหลืองอุดมไปด้วย IgA, lactoferrin, และ leukocytes ซึ่งสำคัญต่อการป้องกันติดเชื้อและเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ ในช่วงที่เปลี่ยนเป็น transitional milk (วันที่ 4–2 สัปดาห์หลังคลอด) ร่างกายจะเริ่มผลิตน้ำนมในปริมาณเพิ่มขึ้นจนถึงระยะ mature milk ซึ่งมีสารอาหารและแร่ธาตุที่จำเป็นสำหรับทารกอย่างเพียงพอจะขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการและการให้นมบุตรอย่างสม่ำเสมอ[30-32]

ข้อมูลการศึกษานี้สะท้อนความสำคัญของการมีแนวทางสนับสนุนทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ดนตรีบำบัด เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นและศักยภาพให้กับมารดาในการให้นมบุตรหลังผ่าตัดคลอดและยังช่วยฟื้นฟูสุขภาพกายและใจให้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดให้ดีขึ้นโดยเร็ว[33, 34] การจัดกิจกรรมฟังดนตรีสำหรับมารดานั้นเป็นมาตรการที่ไม่รุกราน ปลอดภัย และมีต้นทุนต่ำ จึงสามารถนำไปใช้ในห้องคลอดและห้องพักฟื้นได้ทันทีหลังคลอดหากได้รับความยินยอมจากมารดา ทั้งนี้ เพลงเดิมอาจให้ผลทางอารมณ์ไม่เหมือนกันได้ในแต่ละช่วงเวลา อีกทั้งเนื้อหาของเพลงหรือความหมายของเนื้อร้องอาจมีบทบาทสำคัญในการสร้างความผ่อนคลายเช่นกัน[35, 36] ดังนั้น การเลือกเพลงที่มีความหมายด้าน

บวก ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก หรือกล่าวถึงน้ำนมแม่ เป็นสิ่งที่ต้องมีการเลือกใช้ให้เหมาะสมเพื่อพัฒนากระบวนการส่งเสริมการให้นมบุตรของมารดาหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญในทางปฏิบัติผ่านกลไกทางสรีรวิทยาและจิตวิทยาร่วมกัน โดยมีผลพลอยได้คือการคงอยู่ของการให้นมแม่ในระยะยาว[37]

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่าผลลัพธ์จากการฟังดนตรีเกิดจากการเพิ่มขึ้นของระดับออกซิโตซิน (oxytocin) หรือจากปัจจัยอื่นใด จึงควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการฟังดนตรีกับระดับออกซิโตซินเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง (ที่ได้รับฟังเสียงดนตรี) และกลุ่มควบคุม (ได้รับการดูตามมาตรฐาน)

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของการศึกษานี้เกิดขึ้นได้ด้วยความเอื้อเฟื้อและการสนับสนุนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ที่ได้สนับสนุนสถานที่ในการทำวิจัย ขอบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์และโรงพยาบาลปากพนังที่ช่วยดำเนินการวิจัยจนสำเร็จ และขอขอบพระคุณบริษัทกรีน มิวสิค จำกัด ที่อนุญาตให้ใช้เพลงบรรเลงเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.Pena-Ruiz LS, Unar-Munguia M, Colchero MA, Alarid-Escudero F, Perez-Escamilla R.(2023). Breastfeeding is associated with the intelligence of school-age children in Mexico. Matern Child Nutr. 2023; 19(4): e13534.

2.Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16: 90.

3.Keag OE, Norman JE, Stock SJ.(2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2018; 15(1): e1002494.

4.Singh J, Scime NV, Chaput KH.(2023). Association of Caesarean delivery and breastfeeding difficulties during the delivery hospitalization: a community-based cohort of women and full-term infants in Alberta, Canada. Can J Public Health. 2023; 114(1): 104-112.

5.Babazade R, Vadhera RB, Krishnamurthy P, Varma A, Doulatram G, Saade GR, et al.(2020). Acute postcesarean pain is associated with in-hospital exclusive breastfeeding, length of stay and post-partum depression. J Clin Anesth. 2020; 62: 109697.

6.Lian W, Ding J, Xiong T, Liuding J, Nie L.(2022). Determinants of delayed onset of lactogenesis II among women who delivered via Cesarean section at a tertiary hospital in China: a prospective cohort study. Int Breastfeed J. 2022; 17(1): 81.

7.Sinsuksai N, Nuampa S, Chanprapah P. (2017). Factors predicting 6-month- exclusive breastfeeding in mothers with cesarean section. Journal of Nursing Science. 2017; 35(1): 14-22.

8.Chaplin J, Kelly J, Kildea S.(2016). Maternal perceptions of breastfeeding difficulty after caesarean section with regional anaesthesia: A qualitative study. Women Birth. 2016; 29(2): 144-152.

9.Juan J, Zhang X, Wang X, Liu J, Cao Y, Tan L, et al.(2022). Association between Skin-to-Skin Contact Duration after Caesarean Section and Breastfeeding Outcomes. Children (Basel). 2022; 9(11).

10.รุ่งฤดี จีระทรัพย์, นวลจันทร์ ไพบูลย์บรรพต, สมพร พานิคม.(2553). วิธีการคลอดและการมาของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังคลอด. วารสารการสาธารณสุข. 2553; 19(2): 270-278.

11.Ak J, Lakshmanagowda PB, G CMP, Goturu J.(2015). Impact of music therapy on breast milk secretion in mothers of premature newborns. J Clin Diagn Res. 2015; 9(4): CC04-06.

12.กัญญาภัค ปลื้มใจ, ศศิกานต์ กาละ, สุรีย์พร กฤษเจริญ.(2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการสร้างน้ำนมร่วมกับฟังดนตรีต่อการไหลของน้ำนมและระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2565;15(2):55-72.

13.รัตนา เพิ่มเพ็ชร์, เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ.(2559). ผลของดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด. วารสารพยาบาลทหารบก. 2559; 17(3): 34-43.

14.กนกวรรณ โคตรสังข์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, อุษา เชื้อหอม.(2559). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559; 24(1): 13-26.

15.Aitken RC.(1969). Measurement of feelings using visual analogue scales. Proc R Soc Med. 1969; 62(10): 989-993.

16.Hornblow AR, Kidson MA.(1976). The visual analogue scale for anxiety: a validation study. Aust N Z J Psychiatry. 1976; 10(4): 339-341.

17.Keith DR, Weaver BS, Vogel RL.(2012). The effect of music-based listening interventions on the volume, fat content, and caloric content of breast milk-produced by mothers of premature and critically ill infants. Adv Neonatal Care. 2012; 12(2): 112-119.

18.เบญจวรรณ ละหุการ, มลิวัลย์ รัตยา, ทัศนีย์ หนูนารถ, มารียา มะแซ.(2562). การนวดเต้านมด้วยตนเอง: แนวคิดและวิธีการจัดการต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2562; 22(3): 106-114.

19.นูรียา ฤทธิ์หมุน, อัญชลี อินทสร.(2555). ผลการจัดท่าให้นมบุตรต่อระดับความปวดแผลผ่าตัดและประสิทธิภาพการให้นมของมารดาหลังผ่าท้องทำคลอด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2555; 32(3): 37-50.

20.ศศินาภรณ์ โลหิตไทย, บุญยิ่ง ทองคุปต์.(2562). ผลของรูปแบบผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดแผลผ่าตัดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562; 27(1): 23-32.

21.Chen H, Tan D.(2019). Cesarean Section or Natural Childbirth? Cesarean Birth May Damage Your Health. Front Psychol. 2019; 10: 351.

22.Gorji HM, Nesami BM, Ayyasi M, Ghafari R, Yazdani J.(2014). Comparison of Ice Packs Application and Relaxation Therapy in Pain Reduction during Chest Tube Removal Following Cardiac Surgery. N Am J Med Sci. 2014; 6(1): 19-24.

23.Hepp P, Hagenbeck C, Gilles J, Wolf OT, Goertz W, Janni W, et al.(2018). Effects of music intervention during caesarean delivery on anxiety and stress of the mother a controlled, randomised study. BMC Pregnancy Childbirth. 2018; 18(1): 435.

24.Muller EJ, Munn BR, Aquino KM, Shine JM, Robinson PA.(2022). The music of the hemispheres: Cortical eigenmodes as a physical basis for large-scale brain activity and connectivity patterns. Front Hum Neurosci. 2022; 16: 1062487.

25.Orem DE.(1995). Nursing concept and Practice (5th ed.). StLouis: Mosby. 1995.

26.McGowan C, Bland R.(2023). The Benefits of Breastfeeding on Child Intelligence, Behavior, and Executive Function: A Review of Recent Evidence. Breastfeed Med. 2023; 18(3): 172-187.

27.กนกพร เอื้ออารีย์กุล, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง.(2561). ผลของโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมต่อปริมาณน้ำนมและระยะเวลาที่มารดามีน้ำนมเพียงพอสำหรับทารกในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผ่าตัดคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2561; 36(3): 71-82.

28.ลาวัลย์ ใบมณฑา, มยุรี นิรัตธราดร, สุดาพร กมลวารินทร์.(2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความสามารถในการให้นมและการไหลของน้ำนมในมารดาที่ผัดตัดคลอดทางหน้าท้อง. Nursing Journal. 2558;42(4):65-75.

29.Hoffman RM, Angelidou KN, Brummel SS, Saidi F, Violari A, Dula D, et al.(2018). Maternal health outcomes among HIV-infected breastfeeding women with high CD4 counts: results of a treatment strategy trial. HIV Clin Trials. 2018; 19(6): 209-224.

30.Camacho-Morales A, Caba M, Garcia-Juarez M, Caba-Flores MD, Viveros-Contreras R, Martinez-Valenzuela C.(2021). Breastfeeding Contributes to Physiological Immune Programming in the Newborn. Front Pediatr. 2021; 9: 744104.

31.Lin R, Lu Y, Luo W, Zhang B, Liu Z, Xu Z.(2022). Risk factors for postpartum depression in women undergoing elective cesarean section: A prospective cohort study. Front Med (Lausanne). 2022; 9: 1001855.

32.Peng Y, Zhuang K, Huang Y. Incidence and factors influencing delayed onset of lactation: a systematic review and meta-analysis. Int Breastfeed J. 2024; 19(1): 59.

33.Chanda ML, Levitin DJ.(2013). The neurochemistry of music. Trends Cogn Sci. 2013; 17(4): 179-193.

34.Vaajoki A, Kankkunen P, Pietila AM, Vehvilainen-Julkunen K.(2011). Music as a nursing intervention: effects of music listening on blood pressure, heart rate, and respiratory rate in abdominal surgery patients. Nurs Health Sci. 2011; 13(4): 412-418.

35.Chang MY, Chen CH, Huang KF.(2008). Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. J Clin Nurs. 2008; 17(19): 2580-2587.

36.Vianna MN, Barbosa AP, Carvalhaes AS, Cunha AJ.(2011). Music therapy may increase breastfeeding rates among mothers of premature newborns: a randomized controlled trial. J Pediatr (Rio J). 2011; 87(3): 206-212.

37.นพรัตน์ ธาระณะ.(2564). การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่านตัดคลอด. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2564; 48(4): 324-335.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมโภชนาการและออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

Development of a Participatory Nutrition and Exercise Promotion Model to Delay Sarcopenia among Older Adults in Senior Citizen Clubs.

(Received: December 10,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

รัชฎา จอปา[1] ,อานิ พรหมมา[1]
Ratchada Jopa[1], Arni Phomma[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดของ Crane & O'Regan การดำเนินงานแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสังเกตและวางแผนร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ระยะปฏิบัติและสังเกตการณ์ผ่านแผนปฏิบัติการที่ออกแบบร่วมกัน และระยะแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผลการดำเนินงาน เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทชมรมผู้สูงอายุ มีกลุ่มตัวอย่างหลัก 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ภาคีเครือข่าย 18 คน (บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ แกนนำ) สำหรับการออกแบบและพัฒนารูปแบบ (2) ผู้สูงอายุ 41 คน สำหรับการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะสุขภาพใช้สถิติทดสอบ Paired Samples t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า

(1) ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ซึ่งร่วมกันกำหนดกิจกรรมหลัก 3 แผน ได้แก่ แผนอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ ตามแผนกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการและออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ แผนกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ และแผนกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนสุขภาพ โดยใช้ไลน์กลุ่ม

(2) หลังเข้าร่วมโครงการ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย (TUGT) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 ความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (SARC-F) ลดลงที่ระดับ 0.05 และสมรรถนะกล้ามเนื้อจากแรงบีบมือเพิ่มขึ้นที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ ปริมาณโปรตีนที่บริโภคต่อวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 สะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบในการส่งเสริมโภชนาการและสมรรถภาพผู้สูงอายุ ส่วนค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 0.26 (3) ความยั่งยืนของรูปแบบ พบว่า ส่วนราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้นำรูปแบบไปบรรจุในแผนงานประจำปี และมีการวางแผนขยายกิจกรรมสู่หมู่บ้านในรูปแบบสัญจร

คำสำคัญ: โภชนาการผู้สูงอายุ, การออกกำลังกายผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วม, ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย, ชมรมผู้สูงอายุ

Abstract

. This research employed participatory action research (PAR) integrating qualitative and quantitative approaches, guided by the Participatory Action Research (PAR) cycle proposed by Crane & O'Regan. The study consisted of three phases: (1) observation and joint planning with local stakeholders, (2) implementation and monitoring through collaboratively designed action plans, and (3) knowledge sharing and reflection to refine a context-appropriate model for older-adult clubs. Two main groups participated in the study: (1) eighteen stakeholders—including public health personnel, local leaders, community representatives, older-adult club committee members, and community volunteers -involved in model design and development, and (2) forty-one older adults who participated in a 12-week implementation of

[1] ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

the developed model. Quantitative data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Paired Samples t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that:

(1) The development of the participatory nutrition and exercise promotion model to delay sarcopenia among older adults was achieved through active engagement of all stakeholder groups throughout the entire process. Together, they identified three core action components: (a) a training and skill-building program aligned with the participatory nutrition and exercise promotion plan for older adults in senior citizen clubs; (b) monthly nutrition and physical activity promotion activities within the senior citizen club; and (c) a health-support group implemented via a Line communication platform.

(2) after participating in the program, older adults showed statistically significant improvements in multiple health indicators, including improved physical mobility measured by TUGT ($p < 0.001$), reduced sarcopenia risk assessed by SARC-F ($p < 0.05$), increased handgrip strength ($p = 0.01$), and increased daily protein intake ($p < 0.001$). No significant change was observed in body mass index (BMI) ($p = 0.26$); and (3) regarding sustainability, local administrative organizations incorporated the model into annual operational plans and planned to expand activities to village-level mobile programs.

Keywords: elderly nutrition, elderly exercise, participatory approach, sarcopenia; senior citizen clubs

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นปี 2565 ประเทศไทยมีประชากรตามทะเบียนราษฎร ของกระทรวงมหาดไทย 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้าน คนหรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ในอีก 20 ปีข้างหน้าประชากรไทยจะลดลงจาก 66ล้านคนเหลือเพียง 60 ล้านคน แต่ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มจาก 13 ล้านคนเป็น 19 ล้านคน[1] ผู้สูงอายุในประเทศไทยยังคงทำงาน ร้อยละ 34.70 โดยเหตุผลที่ยังคงทำงานส่วนใหญ่ พบว่า ยังแข็งแรง/มีแรงทำงาน ร้อยละ 47.30 รองลงมา คือ ต้องหารายได้เลี้ยงครอบครัวหรือตนเอง ร้อยละ 44.6 และพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุยากจน ร้อยละ 6.80 การอาศัยอยู่ลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากร้อยละ 3.60 ในปี2537 เป็น 12.00 ในปี 2564 การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุและการมีผู้ดูแล พบว่ายังสามารถดูแลตนเองได้/ดูแลตนเองได้แต่ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 89.60[2]

ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากร้อยละ 21.80 ในปีพ.ศ.2563 เป็น 25.60 ในปี 2567 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับประเทศที่ เมื่อจำแนกระดับความเข้มข้นของการเป็นสังคมผู้สูงอายุ ในปีพ.ศ.2567 พบว่า จังหวัดอุตรดิตถ์และจังหวัดสุโขทัยมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่เป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด ร้อยละ 29.60, 28.90 ตามลำดับ จังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ได้แก่ จังหวัด พิษณุโลก และเพชรบูรณ์ ร้อยละ 26.70, 25.40, ตามลำดับ และจังหวัดตากมีสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นสังคมสูงอายุ ร้อยละ 18.10 โดยเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.80 รองลงมาคือ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.60 และ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.60 ตามลำดับ และพบว่ามีผลการคัดกรองความถดถอยครบ 9 ด้านปี 2567 เสี่ยง 3 อันดับแรก คือ การมองเห็น สุขภาพช่องปาก และการเคลื่อนไหว ร้อยละ 11.40, 5.70, 4.30 ตามลำดับ[3] เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านระบบต่างๆ ของร่างกาย และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง ได้ง่าย หรืออวัยวะและระบบต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมถอย รวมถึงสมรรถภาพร่างกาย เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ความสามารถในการมองเห็นลดลง สุขภาพช่องปากที่มีจำนวนซี่ฟันน้อยลง ทำให้ความสามารถในการรับประทานอาหารได้ลดลง

ตามไปด้วย เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอจากข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว นำไปสู่ภาวะเสี่ยงต่อมวลกล้ามเนื้อน้อย ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความแข็งแรง มีความสามารถในการเดินและการทรงตัวน้อยลง ทำให้ประสิทธิภาพในการทรงตัวบกพร่อง เสี่ยงต่อเกิดการหกล้มได้ ซึ่งจากสถานการณ์แสดงให้เห็นว่าเขตสุขภาพที่ 2 เป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคมที่ยังมีความแข็งแรงช่วยเหลือตนเองได้ แต่ในทางกลับกันผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาความเสื่อมของร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตโดยอาจส่งผลให้เกิดการหกล้มได้ง่าย คือ ปัญหาการมองเห็น ปัญหาสุขภาพช่องปาก และปัญหาการเคลื่อนไหว ซึ่งการหกล้มอาจทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียจำนวนปีของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีไป โดยความรุนแรงของการหกล้มมีตั้งแต่ การบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง ไปจนถึง พิการหรือเสียชีวิต โดยเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า อัตราผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมถึงเสียชีวิต จากสาเหตุจากการหกล้มในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน ปี 2560 – 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราผู้สูงอายุบาดเจ็บต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก(OPD) เพิ่มขึ้นจาก 777 คน เป็น 1114.42 คน อัตราการบาดเจ็บจากการหกล้มต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน (IPD) เพิ่มขึ้น จาก 367.51 คน เป็น 524.57 คน และพบว่ามีอัตราผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการหกล้ม เพิ่มขึ้น จาก 9.28 คน เป็น 13.4 คน[4] ซึ่งปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ โดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม เพื่อชะลอความเสื่อมของร่างกายลดผลกระทบที่รุนแรง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหันมาดูแลสุขภาพสุขภาพ เลือกรับประทานอาหารที่เพิ่มมวลกล้ามเนื้อและออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย คงสภาพไว้ไม่ให้เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ด้วยตนเอง

คณะทำงานยุโรปด้านภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ ได้พัฒนาคำจำกัดความทางคลินิกในทางปฏิบัติและเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยที่เกี่ยวข้องกับอายุ EWGSOP (European Working Group on Sarcopenia in Older People) ประกอบด้วยตัวแทนจากองค์กรที่เข้าร่วม 4 องค์กร ได้แก่ สมาคมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งยุโรป, สมาคมโภชนาการทางคลินิกและการเผาผลาญแห่งยุโรป, สมาคมผู้สูงอายุและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุระหว่างประเทศ ภูมิภาคยุโรป และสมาคมระหว่างประเทศด้านโภชนาการและผู้สูงอายุ ได้ให้คำจำกัดความของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย หมายถึง กลุ่มอาการที่มีลักษณะเฉพาะ คือ มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องจากความสูงอายุ[5] โดยในทวีปเอเชียคณะทำงาน AWGS (Asian Working Group for Sarcopenia) ได้มีข้อตกลงในปี ค.ศ.2014 ในการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยว่าเป็น การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับอายุ บวกกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่ำ และ/หรือสมรรถภาพทางกายภาพต่ำ[6] ในปี 2019 AWGS กำหนดเพิ่มเติมโดยเฉพาะสำหรับใช้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นหรือการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนด้วยค่าดัชนีมวลกายแทนมวลกล้ามเนื้อ อาจทำนายผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ดีกว่า[7] EWGSOP เลือกใช้การประเมินแรกคือความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยใช้การวัดแรงบีบมือ (hand grip) หรือการลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้(chair stand test) แต่ AWGS แนะนำให้ใช้เครื่องมือ 2 ด้านในการ ประเมินเบื้องต้นสำหรับชุมชน คือ ประเมินความแข็งแรงกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกายควบคู่กัน และใช้เครื่องมือทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ประเมินความแข็งแรงกล้ามเนื้อ สมรรถภาพทางกาย ปริมาณกล้ามเนื้อ เพื่อวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในสถานพยาบาลหรือการทำวิจัย อีกทั้งปรับค่าจุดตัดของแต่ละเครื่องมือในการวัดเพื่อให้เหมาะสมกับคนเอเชีย เนื่องจากข้อแตกต่างในด้าน เชื้อชาติวัฒนธรรม วิถีชีวิต ขนาดรูปร่าง[8]

และแบบสอบถาม SARC-F เป็นเครื่องมือคัดกรองที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างรวดเร็วเพื่อระบุภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย โดยแบบสอบถามจะคัดกรองผู้ป่วยบ่งบอกถึงอาการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ซึ่งรวมถึงการขาดความแข็งแรงการเดินลุกขึ้นจากเก้าอี้ ปีนบันได และการหกล้ม[9]

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เป็นการสูญเสียกล้ามเนื้อโครงร่างที่เกี่ยวข้องกับอายุ ซึ่งอาจส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและประสิทธิภาพการทำงานลดลง ความชุกของ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย แตกต่างกันไปตามกลุ่มประชากรตามรุ่นและเกณฑ์การประเมิน[10] ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ในชายและหญิงคือ 35.33 % (95 % CI, 29.91, 40.41) และ 34.74 % (95 % CI, 30.56, 39.10) [11] ความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในเขตเมืองพบร้อยละ 9.67 และ 13.68 ซึ่งน้อยกว่าในเขตชนบทที่พบร้อยละ 30.59 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยจากการได้แก่ เพศชาย อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ดัชนีมวลกายในระดับผอม (<18.5 กก./ม^2) และน้ำหนักเกิน (23.0-24.9 กก./ม^2)และการได้รับโปรตีนน้อยกว่า 40 กรัมต่อวัน และ 40-59.9 กรัมต่อวัน[12] ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เป็นโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่มวลกล้ามเนื้อความแข็งแรงและประสิทธิภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญตามอายุ มักส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ[9] การปรับวิถีชีวิตโดยเฉพาะการออกกำลังกายและการเสริมโภชนาการเป็นหลักของการรักษา[13]

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ จากการบริโภคอาหารที่ลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น การบริโภคอาหารเฉลี่ยคาดว่าจะลดลง ประมาณร้อยละ 25 ทำให้พลังงานที่ได้รับต่ำกว่าที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการใช้พลังงาน ลดลงจากการลดลงของมวลกล้ามเนื้อ การชะลอการ สูญเสียมวลกล้ามเนื้อหรือภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ตั้งแต่เนิ่น ๆ และต่อเนื่องเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิต ซึ่งอาหารและโภชนาการมีบทบาทสำคัญในการป้องกัน และจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย อาหารและโภชนาการมีบทบาทสำคัญในการจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ คุณภาพอาหารและรูปแบบการบริโภคอาหาร โปรตีนและกรดอะมิโน กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนชนิดสายยาว วิตามินดี โภชนเภสัชและยาสมุนไพร แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ เป็นอาหารเมดิเตอร์เรเนียน ซึ่งเน้นการบริโภคโปรตีนจากพืช ผักผลไม้ อาหารที่มีใยอาหารสูง รวมทั้งไขมัน ที่ดีต่อสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการบริโภคอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม[14] จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะหาพัฒนารูปแบบส่งเสริมโภชนาการและออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์บริบทของชุมชน รวมถึงสถานการณ์การดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมในการป้องกันและชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ที่ผสมผสานการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative analysis) และเชิงปริมาณ (Quantitative analysis) กรอบแนวคิดหลักที่ใช้ในการดำเนินงานคือ วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research Cycle) ของ Crane & O'Regan[16] ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การสังเกต (Observe) การสะท้อนคิด

(Reflect) การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share) กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การสังเกต การสะท้อนคิด และการวางแผนร่วมกัน ระยะที่ 2 การปฏิบัติและการสังเกตการณ์ และระยะที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 8 คน จากศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ตำบลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก โดยเป็นบุคลากรสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2. กลุ่มผู้นำท้องถิ่น/ชุมชนและแกนนำ จำนวน 10 คน ประกอบด้วยผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีคุณสมบัติเป็นผู้ดำรงตำแหน่งในพื้นที่และสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

3. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 41 คน เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลพรหมพิราม ซึ่งมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมต่อการดำเนินโครงการและการเก็บข้อมูล โดยเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 60–80 ปี เดินได้ด้วยตนเอง ไม่มีข้อจำกัดทางการแพทย์ในการออกกำลังกาย และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณตามหลักการของ Cohen[15] โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size; d) ที่ 0.5 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอำนาจการทดสอบ 0.80 ด้วยโปรแกรม G*Power ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 34 คน และเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้กลุ่มตัวอย่างสุดท้าย 41 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสังเกตได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว นักโภชนาการ และนักวิชาการสาธารณสุขด้านการออกกำลังกาย ผลการประเมินพบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.90 ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงเครื่องมือให้มีความครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยก่อนนำไปใช้จริง

1.2 แบบบันทึกการประเมินสมรรถภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ อ้างอิงและปรับปรุงจากแบบประเมินของสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ภาวะโภชนาการ (BMI, เส้นรอบเอว) แบบประเมิน SARC-F การทดสอบ Timed Up & Go test (TUG) การวัดแรงบีบมือด้วยเครื่อง Hand Dynamometer และการประเมินการบริโภคโปรตีนใน 1 วัน การควบคุมคุณภาพดำเนินการโดยการฝึกอบรมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้มีมาตรฐานการวัดเดียวกัน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวัด (Calibration) ก่อนใช้งานทุกครั้ง

1.3 แบบทดสอบการเตรียมความพร้อมก่อนการประเมินสมรรถภาพร่างกาย ของกรมอนามัย ใช้เพื่อคัดกรองความพร้อมของผู้เข้าร่วมก่อนการประเมินภาคสนาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวางแผนและดำเนินการ (Intervention Package) ประกอบด้วย

2.1 กระบวนการระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตัดสินใจในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

2.2 รูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย สำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ นัก

โภชนาการ และนักวิชาการสาธารณสุขด้านการออกกำลังกาย

2.3 อุปกรณ์สาธิตการออกกำลังกาย เช่น ดัมเบลน้ำหนักเบา ยางยืด และเก้าอี้มั่นคง เพื่อฝึกปฏิบัติท่าทางที่ปลอดภัย

2.4 สื่อการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ได้แก่ โมเดลอาหารจำลอง ชุดสาธิตอาหารจริง และแผ่นพับความรู้ “การเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงวัยให้แข็งแรงป้องกันการหกล้มและมวลกล้ามเนื้อน้อย” จากสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย โดยตรวจสอบความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและสอดคล้องกับเนื้อหากิจกรรมโดยทีมวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินงานวิจัยเป็นไปตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (ของCrane & O’Regan[16] ประกอบด้วย 3 ระยะ โดยกระบวนการทั้งหมดดำเนินการในพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุตำบลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ดังนี้

ระยะที่ 1: การสังเกต การสะท้อนคิด และการวางแผนร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ (Observe & Reflect I)

1.1 ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การส่งเสริมโภชนาการ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และแนวทางการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

1.2 ศึกษาบริบทของชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างกับบุคลากรสาธารณสุขและผู้นำท้องถิ่น/ชุมชน เพื่อสำรวจนโยบาย การบริหารจัดการ ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ และการสังเกตการณ์กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุแบบไม่มีส่วนร่วม

1.3 ประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ โดยใช้แบบทดสอบการเตรียมความพร้อมก่อนการประเมินสมรรถภาพร่างกายของกรมอนามัย และแบบบันทึกการประเมินสมรรถภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ดัชนีมวลกาย (BMI) ความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (SARC-F) การเคลื่อนไหวของร่างกาย (TUGT) สมรรถนะกล้ามเนื้อ (Handgrip) และปริมาณการบริโภคโปรตีนในหนึ่งวัน

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการวางแผนร่วมกัน (Reflect II & Plan)

2.1 นำข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์มาจัดเวทีสนทนากลุ่มคืนข้อมูลและสะท้อนคิดร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของชุมชน

2.2 จัดเวทีระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม เพื่อร่วมกันออกแบบและวางแผนร่างรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2.3 ตรวจสอบความเหมาะสมของร่างรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ความถูกต้องและความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 2: การปฏิบัติและการสังเกตการณ์ (Act–Observe)

1. นำร่างรูปแบบที่ผ่านการปรับปรุงมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 41 คน โดยดำเนินกิจกรรมบูรณาการ ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้การสาธิตอาหาร การฝึกปฏิบัติท่าออกกำลังกาย และการตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมจัดสื่อประกอบ เช่น โมเดลอาหารจำลองและแผ่นพับความรู้ “การเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงวัยให้แข็งแรงป้องกันการหกล้มและมวลกล้ามเนื้อน้อย”

2. ติดตามและสนับสนุนการปฏิบัติของผู้เข้าร่วมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผ่านช่องทางสื่อสารออนไลน์เพื่อให้คำแนะนำ ตอบข้อสงสัย และสร้างแรงจูงใจ รวมถึงประเมินการบริโภคโปรตีนซ้ำทุกเดือน เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลการสังเกตเชิงพฤติกรรม ความร่วมมือ ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อใช้ในการปรับปรุงรูปแบบในระยะต่อไป

ระยะที่ 3: การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect on Action)

1. รวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การติดตาม และความคิดเห็นของผู้เข้าร่วม เพื่อประเมินกระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

2. ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบโดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกับการประเมินก่อนเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) ความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (SARC-F) การเคลื่อนไหวของร่างกาย (TUGT) สมรรถนะกล้ามเนื้อ (Handgrip) และการบริโภคโปรตีน

3. นำผลการดำเนินงานสะท้อนกลับสู่ชุมชน โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุข และผู้นำชุมชน เพื่อสรุปบทเรียนและแนวทางขยายผลของรูปแบบ

4. ติดตามผลระยะสั้นภายหลังการดำเนินโครงการเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในชมรมผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง การสังเกต และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นและตอบวัตถุประสงค์การวิจัยอย่างเป็นระบบ

2. ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมรูปแบบ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) การเคลื่อนไหวของร่างกาย (Timed Up and Go test: TUG) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Handgrip Strength) และพฤติกรรมการบริโภคโปรตีน โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบไม่อิสระ (Paired Samples t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รหัสโครงการวิจัย 17/2568 เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

กระบวนการพัฒนาใช้แนวทาง วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตามแนวคิดของ Crane & O'Regan (2010) ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินงาน 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การสังเกต การสะท้อนคิด และการวางแผนร่วมกัน

ดำเนินการถอดบทเรียนสถานการณ์ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และปัจจัยบริบทของชมรมผู้สูงอายุผ่านการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ การสังเคราะห์ร่วมกับภาคี และการจัดทำแนวทางพัฒนาร่วมกัน

ระยะที่ 2 การปฏิบัติและการสังเกตการณ์

หลังจากผ่านกระบวนการสังเกต สะท้อนคิด และการวางแผนร่วมกันในระยะที่ 1 ได้มีการสังเคราะห์ทิศทางการพัฒนา 3 ประการสำคัญ ได้แก่ (1) การบูรณาการภาคีเครือข่ายในระดับตำบลและอำเภอ (2) การออกแบบกิจกรรมที่มีเป้าหมายชัดเจนและมีการติดตามประเมินผล และ (3) การใช้สื่อดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง แนวทางดังกล่าวถูกนำมาสู่การดำเนินการจริงในระยะที่ 2 โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ซึ่งช่วยให้กิจกรรมสามารถ

ขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบในพื้นที่ผ่านแผนปฏิบัติการร่วม 3 แผนหลัก

ระยะที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

ผลจากกระบวนการพัฒนารูปแบบทำให้เกิดการจัดทำแผนดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยมีภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้รูปแบบมีความเป็นไปได้สูงในการขับเคลื่อนจริงและต่อยอดในอนาคต

2. ผลลัพธ์ของการดำเนินงานรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

กิจกรรมสามารถขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบในพื้นที่ผ่านแผนปฏิบัติการร่วม 3 แผนหลัก ดังนี้

1) แผนอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ ตามแผนกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการและออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

เป็นกิจกรรมหลักที่มุ่งพัฒนาความรู้และทักษะด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยดำเนินบนกรอบแนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) แผนอบรมเชิงปฏิบัติเป็นกิจกรรมหลักที่ออกแบบเป็นโปรแกรม 6 ชั่วโมง แบ่งเป็น 5 ลำดับกิจกรรมที่เชื่อมโยงกัน ครอบคลุมความรู้เชิงทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ ได้แก่ (1) ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (2) การสะท้อนผลสุขภาพรายบุคคล (3) โภชนาการป้องกันมวลกล้ามเนื้อน้อยพร้อมสาธิตเมนูโปรตีนสูง (4) การฝึกท่าการเสริมสมรรถนะทางกายตามมาตรฐานกรมอนามัย และ (5) การตั้งเป้าหมายสุขภาพและจัดทำ Wellness Plan ทั้งหมดดำเนินบนกรอบแนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura โดยเน้น Mastery Experience (ฝึกปฏิบัติจริง), Vicarious Experience (สาธิตโดยวิทยากรและแกนนำผู้สูงอายุ), Verbal Persuasion (คำแนะนำเชิงบวกและการให้กำลังใจ) และการตีความสภาวะทางกาย/อารมณ์ (สังเกตการเปลี่ยนแปลงของตนเอง) ผู้ดำเนินงานเป็นความร่วมมือแบบสหสาขาวิชาชีพร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ สถานที่ และสื่อการสอน ผลการดำเนินงานสะท้อนว่ากระบวนการจัดอบรมมีความเป็นระบบ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ทั้งในด้านความรู้ ทักษะการปรุงอาหารโปรตีนสูง และความมั่นใจในการปฏิบัติท่าออกกำลังกายอย่างปลอดภัย รวมถึงสามารถตั้งเป้าหมายปฏิบัติเป็นรายบุคคลได้ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามผลระยะต่อไป

2) แผนกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ

แผนกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ จัดขึ้นเดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง โดยออกแบบเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในสภาพแวดล้อมจริงของชมรมกิจกรรมทั้งหมดเน้น “การเรียนรู้ผ่านการลงมือทำ” (experiential learning) เพื่อเสริมสร้างทักษะด้านโภชนาการ การเตรียมอาหารโปรตีนสูง และการปฏิบัติท่าบริหารที่ถูกต้อง สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันชมรมผู้สูงอายุ ภายใต้ความร่วมมือของอบต. ทีมสาธารณสุข นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และ อสม. กิจกรรมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

(1) การสาธิตและปฏิบัติการทำอาหารโปรตีนสูงร่วมกัน การดำเนินงานเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้สูงอายุ แกนนำชมรม นักโภชนาการ และ อสม. เพื่อสร้างทักษะการเลือกวัตถุดิบ การปรับสูตร และการบริโภคโปรตีนอย่างเพียงพอในชีวิตประจำวัน

(2) การออกกำลังกายแบบกลุ่มในชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วยท่าบริหารตามแผ่นพับท่าฝึกสมรรถนะทางกายผู้สูงอายุและการออกกำลังกายด้วยยางยืดของกรมอนามัย มุ่งเสริมสร้างความ

แข็งแรง ความทนทาน และความคล่องตัวของผู้สูงอายุ โดยมีนักวิทยาศาสตร์การกีฬา นักกายภาพบำบัด และแกนนำชมรมร่วมสาธิตและฝึกปฏิบัติ

(3) การออกแบบเมนูอาหารกลางวันและอาหารว่างที่เหมาะสม ชมรมผู้สูงอายุร่วมกับนักโภชนาการและ อบต. จัดทำเมนูอาหารกลางวันและอาหารว่างที่มีโปรตีนคุณภาพดีและสารอาหารที่ช่วยเสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องในบริบทชมรม

3) แผนกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนสุขภาพ (Health Support Group) โดยใช้ Line Group เพื่อเผยแพร่สื่อสุขภาพที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ เข้าใจง่าย เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิก ตลอดจนสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เนื้อหาที่เผยแพร่ในกลุ่มประกอบด้วยคลิปวิดีโอ อินโฟกราฟิก และแผ่นพับด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกาย ตลอดจนภาพหรือข้อความที่ผู้สูงอายุส่งเข้ามาเพื่อรายงานพฤติกรรมอาหารหรือการออกกำลังกายของตนเอง ส่งผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน (collective learning)

จากการดำเนินงานตาม 3 แผนปฏิบัติการช่วยขับเคลื่อนรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบผ่านความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกระดับ ทั้งองค์การบริหารส่วนตำบลที่สนับสนุนงบประมาณ ทีมสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนทางวิชาการ และคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ อสม. ที่เชื่อมประสานกับผู้สูงอายุ ทำให้กิจกรรมสุขภาพดำเนินได้อย่างสม่ำเสมอทั้งในชมรมและผ่านสื่อออนไลน์ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโครงการ พบว่ามีภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย (TUGT) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 ความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (SARC-F) ลดลงที่ระดับ 0.05 และสมรรถนะกล้ามเนื้อจากแรงบีบมือเพิ่มขึ้นที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ ปริมาณโปรตีนที่บริโภคต่อวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 สะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบในการส่งเสริมโภชนาการและสมรรถภาพผู้สูงอายุ ส่วนค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 0.26 ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ต้องใช้ระยะเวลานานในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังโครงการ

ภาวะสุขภาพ	ก่อนโครงการ (Mean ± SD)	หลังโครงการ (Mean ± SD)	t	*p*-value
ดัชนีมวลกาย (BMI)	25.43 ± 3.78	25.21 ± 3.92	1.120	.26
การเคลื่อนไหวร่างกาย (TUGT)	9.50 ± 2.16	8.34 ± 1.19	4.689	.000*
ความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (SARC-F)	0.66 ± 1.15	0.32 ± 0.79	2.330	.05*
สมรรถนะกล้ามเนื้อ (Handgrip)	22.45 ± 5.32	23.71 ± 5.54	-2.782	.01*
พฤติกรรมการบริโภคโปรตีนใน 1 วัน	42.13 ± 13.39	53.73 ± 11.25	-4.420	.000*

* $p<.05$

3. ผลลัพธ์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

เป็นกระบวนการสรุปบทเรียนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ภาคีเครือข่าย และกลุ่มผู้สูงอายุ ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งช่วยทำให้เห็นผลลัพธ์ความเปลี่ยนแปลง และปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานในชุมชนเป็นไปได้อย่างราบรื่น การสะท้อนผลดำเนินการครอบคลุมทั้งด้านผลลัพธ์สุขภาพ กลไกความร่วมมือ กระบวนการจัดกิจกรรม และปัจจัยความสำเร็จ ผู้เข้าร่วมภาคีสาธารณสุขและท้องถิ่นร่วมกันทบทวนความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค และจุดที่ควรพัฒนา ทำให้เกิดมุมมองร่วมระหว่าง

หน่วยงาน เช่น บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนงบประมาณและกิจกรรมต่อเนื่อง บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์อนามัยในด้านวิชาการ บทบาทของชมรมผู้สูงอายุ และ อสม. ในการขับเคลื่อนกิจกรรมระดับพื้นที่ ผลจากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดังกล่าว นำไปสู่การจัดทำ แผนดำเนินงานต่อเนื่องทั้งระยะสั้นและระยะยาว ดังนี้

แผนดำเนินการระยะสั้น ชมรมผู้สูงอายุได้วางแผนดำเนินกิจกรรมเชิงพื้นที่ในลักษณะสัญจร เพื่อเพิ่มการเข้าถึง ลดข้อจำกัดด้านการเดินทาง และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน นอกจากนี้ ชุมชนยังได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสะท้อนการนำรูปแบบไปใช้จริงในระบบงานประจำของพื้นที่

แผนดำเนินการระยะยาว หน่วยงานท้องถิ่นและภาคีสาธารณสุขมีแผนขยายกิจกรรมชมรมสัญจรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้อย่างทั่วถึง พร้อมทั้งมีการพัฒนาทักษะอาชีพและการพึ่งพาตนเองในครัวเรือน เช่น การส่งเสริมการทำอาหารหรือผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อเสริมรายได้และเพิ่มคุณภาพชีวิต ส่วนในระดับโครงสร้างองค์การบริหารส่วนตำบลมีแนวคิดจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้บริการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ถือเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนความต่อเนื่องของกิจกรรมและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว

สรุปได้ว่า ทั้งแผนระยะสั้นและระยะยาวสะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการบูรณาการเข้าในระบบงานท้องถิ่น มีความร่วมมือจากหลายภาคส่วน และสามารถต่อยอดเป็นกิจกรรมที่เข้าถึงผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การส่งเสริมโภชนาการ การออกกำลังกาย และการชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีแนวโน้มยั่งยืนและขยายผลได้ในระดับชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นสามารถขับเคลื่อนผ่านความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งลักษณะการทำงานร่วมกันดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ของ Crane & O'Regan ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน และมักนำไปสู่การพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทจริงและมีความยั่งยืนในชุมชน[16] การดำเนินงานตาม 3 แผนปฏิบัติการ ได้แก่ แผนอบรมเชิงปฏิบัติการ แผนกิจกรรมชมรมรายเดือน และกลุ่มสนับสนุนสุขภาพผ่าน Line Group ยังมีบทบาทสำคัญในการสร้างความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีขึ้น

จากผลการดำเนินงาน 12 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีขึ้นในหลายด้านอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย (TUGT), สมรรถนะกล้ามเนื้อ (แรงบีบมือ), การบริโภคโปรตีนใน 1 วัน และความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (SARC-F) ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการออกกำลังกายแบบแรงต้านร่วมกับการได้รับโปรตีนเพียงพอช่วยเพิ่มการสังเคราะห์โปรตีนของกล้ามเนื้อ และลดการเสื่อมของมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ[17-19] ผลลัพธ์ด้าน TUGT และ Handgrip ยังสอดคล้องกับแนวทาง Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS 2019) ที่ระบุว่าการฝึกสมรรถภาพอย่างสม่ำเสมอสามารถลดความเสี่ยงการล้มและเสริมความแข็งแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ[13,14] ขณะที่ปริมาณการบริโภคโปรตีนที่เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด แสดงให้เห็นว่ากระบวนการให้ความรู้ การสาธิตทำอาหาร และระบบติดตามออนไลน์ผ่าน

Line Group มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการปรับพฤติกรรมการบริโภค ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ESPEN และงานวิจัยในต่างประเทศที่ยืนยันว่าการให้ความรู้ด้านโภชนาการที่เข้าใจง่ายและการติดตามพฤติกรรมช่วยเพิ่มการบริโภคโปรตีนของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ[18,19] แม้ว่าดัชนีมวลกาย (BMI) จะไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผลดังกล่าวอยู่ในแนวทางเดียวกับงานวิจัยที่ชี้ว่าน้ำหนักตัวและไขมันในร่างกายของผู้สูงอายุต้องอาศัยระยะเวลาและปัจจัยหลายด้านในการเปลี่ยนแปลง[2] อย่างไรก็ตาม การพัฒนาของสมรรถภาพทางกายและมวลกล้ามเนื้อถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญกว่าด้านน้ำหนัก เนื่องจากสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิต ความสามารถในการเคลื่อนไหว และความเสี่ยงต่อการล้ม[5-7]

ในส่วนของความยั่งยืน พบว่าส่วนราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้นำรูปแบบนี้ไปบรรจุในแผนงานประจำปี รวมถึงวางแผนขยายรูปแบบกิจกรรมสู่หมู่บ้านในลักษณะสัญจร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่เน้นการสร้างความต่อเนื่อง พึ่งพาตนเอง และบูรณาการภาคีเครือข่ายในระยะยาว[20-22] การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม และมีความเป็นไปได้สูงในการดำเนินงานต่อเนื่องและยั่งยืนผ่านความร่วมมือของภาคีหลายระดับในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบในพื้นที่ที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น เมือง–ชนบท หรือชุมชนที่มีระดับทรัพยากรต่างกัน เพื่อขยายความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานในบริบทหลากหลาย และสนับสนุนการปรับใช้รูปแบบให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่มากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว (longitudinal study) เพื่อขยายผลและยืนยันความต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน เพื่อขยายผลการดำเนินงานและเพิ่มการเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับชุมชน

2. บูรณาการเข้ากับระบบงานประจำของภาคีเครือข่าย เพื่อบูรณาการให้การดำเนินงานต่อเนื่องและยั่งยืนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์ คอร์ปอเรชั่นส์; 2566.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.(2564). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230731140458_61767.pdf)
3. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2567). กลุ่มรายงานมาตรฐาน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
4. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค.(2567). รายงานประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
5. A. J. Cruz-Jentoft, J. P. Baeyens, J. M. Bauer, Y. Boirie, T. Cederholm, F. Landi, et al.(2010). Age and ageing 2010;39(4):412-23
6. L.-K. Chen, L.-K. Liu, J. Woo, P. Assantachai, T.-W. Auyeung, K. S. Bahyah, et al.(2014). Journal of the American Medical Directors Association 2014;15(2):95-101.

7. L.-K. Chen, J. Woo, P. Assantachai, T.-W. Auyeung, M.-Y. Chou, K. Iijima, et al.(2020). Journal of the American Medical Directors Association 2020;21(3):300-07.
8. วิสารัตน์ ธีระโกเมน, ไอศวรรย์ เพชรล่อเหลียน, นริศร ลักขณานุรักษ์.(2563). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุไทย. จุฬาอายุรศาสตร์. 2563;33(1):17-32.
9. Ardeljan AD, Hurezeanu R.(2023). Sarcopenia [Internet]. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jul 4 [cited 2025 Jan 27]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560813/
10. Falcon LJ, Harris-Love MO.(2017). Sarcopenia and the New ICD-10-CM Code: Screening, Staging, and Diagnosis Considerations. Fed Pract. 2017;34(7):24-32.
11. C. Pongchaiyakul, P. Limpawattana, P. Kotruchin and R. Rajatanavin.(2013). Journal of bone and mineral metabolism 2013;31:346-50
12. พูนศรี ไชยทองเครือ, ไชยพร บุญศรี, อำนวย ศรีสุข และคณะ.(2564). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี. วารสารกรมการแพทย์. 2564;46(2):103-110.
13. Chen LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Chou MY, Iijima K, et al.(2020). Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. Journal of the American Medical Directors Association. 2020 Mar;21(3):300-307.e2.
14. P. Whaikid and N.(2024). Piaseu. Epidemiology and Health 2024;46:30
15. Cohen J.(1992). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.
16. Crane P, O'Regan M.(2010). Participatory Action Research: Theory and Methods. London: Routledge; 2010.
17. Deutz NEP, Bauer JM, Barazzoni R, Biolo G, Boirie Y, Bosy-Westphal A, et al.(2014). Protein intake and muscle health in older adults. Clin Nutr. 2014;33(6):929–36. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561414000892
18. Tieland M, van de Rest O, Dirks ML, van der Zwaluw N, Mensink M, van Loon LJC, et al.(2012). Protein supplementation and resistance-type exercise training in frail elderly people. J Am Med Dir Assoc. 2012;13(8):713–9.
19. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al.(2013). Evidence-based recommendations for optimal protein intake in older adults. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(8):542–59.
20. Nguyen HT, Chen TF, O'Leary F.(2020). Community-based health promotion models for older adults: A review. J Community Health. 2020;45(3):450–8.
21. Lopez D, Mathers J, Parra DC.(2021). Sustainability in community health interventions: Lessons from multi-level programs. Health Promot Int. 2021;36(2):520–9.
22. Kim K, Park S, Lee H.(2022). Multisectoral collaboration for elderly health promotion: A community approach. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(4):2105. Available from: https://www.mdpi.com/1660-4601/19/4/2105

ผลของโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน เขตอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

The effected of motivational Interviewing program in uncontrolled diabetic patients on blood sugar levels and Self Care Behaviors in Tha Pla District, Uttaradit Province.

จุฬาภรณ์ แก้วหล้า[1]
Chulaporn Kaewlah[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคมระดับน้ำตาลได้ จำนวน 34 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน แบบบันบันทึกข้อมูลทางคลินิก ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนาด้วย t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลองลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 4.454$, $p < .001$)

คำสำคัญ: การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด,การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

Quasi-Experimental Research to study the effect of motivational interviewing on self-care behavior and glucose levels of diabetic patients with uncontrolled glucose levels. Tha Pla District, Uttaradit Province The sample group included diabetics who were unable to control their glucose levels. The tools used in the research included general information interviews, questionnaires on self-care behavior when diabetic, clinical data records, cumulative glucose values (HbA1c), group discussion questionnaires, quantitative data analysis using descriptive statistics, pre-before and post-development comparisons with t-tests

The results of the research found that the mean blood sugar level before and after the experiment was significantly reduced from before the experiment at the .001 level ($t = 4.454$, $p < .001$).

Keywords: Blood sugar control, conversation to motivate health behavior modification

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางาธารณสุขทั่วโลกข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน สำหรับในประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี 2564 มากถึง 1.5 แสนคน[1]

สถานการณ์เบาหวานในเขตสุขภาพที่ 2 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปี 2565, 2566, 2567 มีผู้ป่วย 212,701, 221,576 และ 230,104 รายตามลำดับ ซึ่ง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในส่วนของจังหวัดอุตรดิตถ์ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี 2565 , 2566, 2567 จำนวน 30,406 , 31,942, 33,298 ราย และ ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 59.32 , 55.94 , 50.91 ตามลำดับ[2] สถานการณ์ของอำเภอท่าปลา มีผู้ป่วยโรคเบาหวานปี 2565, 2566, 267 จำนวน 2,284, 2,444 และ 2,568 รายตามลำดับ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 72 .20 , 60.47 และ 51.17 ตามลำดับ[3]

ปัญหาหลักของการรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย คือการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงมาตามเกณฑ์ได้ ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่สำคัญ ได้แก่ โรคไต โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด และเพิ่มโอกาสทุพพลภาพหรือตายก่อนเวลาอันสมควร ทั้งนี้โรคเบาหวานมีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารรสหวาน การขาดการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพโดยมุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ลดการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน เพิ่มการรับประทานผัก ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม งดหรือลดการสูบบุหรี่ งดการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และงดการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีเป้าหมาย คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ 80- 130 mg/dl โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศ แพทย์ซึ่งเป็นผู้วินิจฉัยและทำการรักษา ต้องการให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุด เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและเรื้อรัง การให้ความรู้และส่งเสริมการปรับพฤติกรรมโดยวิธีการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน ลดภาวะแทรกซ้อนและส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง[4]

การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) เป็นทฤษฎีของ Stephen Rollnick และ Willium Miller เป็นการสื่อสารที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แข็งแกร่ง เกิดความมุ่งมั่นในพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลง เป็นรูปแบบการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน และเห็นใจกัน ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและความต้องการเปลี่ยนแปลงตนเอง หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง โดยจะไม่ให้คำแนะนำผู้ป่วยโดยตรง ผู้ให้คำปรึกษาจะสนับสนุน ชื่นชม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสามารถของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลด เลิก เลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และยึดมั่นในคำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยนำหลักการดังกล่าวซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุน และให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ลดหรืองด การดื่มสุรา เครื่องดื่มชูกำลัง สูบบุหรี่ โดยการเสริมแรงจูงใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเอง จนสามารถแก้ไขความพร่อง ด้านต่างๆได้ตามเกณฑ์ และมีการติดตามอย่างเป็นระบบ[5]

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ อุตรดิตถ์ ซึ่งมีการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยการใช้ยา การให้ความรู้เรื่อง พยาธิสรีรวิทยา โภชนาการ การออกกำลังกาย การประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรค แต่ยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เพิ่มมากขึ้น และในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลท่าปลายังไม่มีระบบแยกคลินิกเฉพาะที่ในการบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย ยังเน้นเฉพาะการให้บริการรักษาพยาบาล การให้ความรู้ในลักษณะการให้สุขศึกษา เท่านั้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการนำเทคนิค MI มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เกิดประสิทธิผลที่ดีเพิ่มมากขึ้น และนำระบบดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

โรคเบาหวานในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขต อ.ท่าปลา จ.อุตรดิตถ์ ดังนี้

1. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ(Motivational Interviewing)

2.เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing)

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง 5 ครั้ง ได้แก่ วัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง หลังการทดลองทันที 1 ครั้ง และภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองที่ 1 เดือน 2 เดือน และ3 เดือน เพื่อศึกษาผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

รูปแบบการวิจัย

O1 - X1 – O2 , X2 - P1 , X3 – O3 , X4 - O4 , P2 - O5

สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 สัปดาห์ที่12 สัปดาห์ที่16

O1 หมายถึง การทดสอบก่อนการจัดการเรียนรู้โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

O2 หมายถึง การทดสอบหลังการใช้โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 1

O3 หมายถึง การทดสอบหลังการใช้โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 2

O4 หมายถึง การทดสอบหลังการใช้โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 3

O5 หมายถึง การทดสอบหลังการใช้โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 4

X1 หมายถึง การใช้โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 1

X2 หมายถึง การใช้โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 2

X3 หมายถึง การใช้โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 3

X4 หมายถึง การใช้โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 4

P1 หมายถึง ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 หลังการใช้โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 2

P2 หมายถึง ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 หลังการใช้โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 4

ทดลองในช่วงเดือนตุลาคม 2567 - สิงหาคม 2568 รวมดำเนินการวิจัย 11 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ โดยมีรูปแบบ ดังนี้ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล

เภสัชกร โภชนากร และภาคีเครือข่าย , เชิงปริมาณ ผู้ป่วยเบาหวานอายุ30-70 ปี ขึ้นไป ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c >8)ในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2567-กุมภาพันธ์ 2568 คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้ จำนวน 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1.1แบบสอบถามมี 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเป็นคำถามแบบเลือกตอบประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ร่วมบ้าน ความสัมพันธ์ในครอบครัว จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน ในเรื่องการควบคุม อาหาร,การพักผ่อน, การผ่อนคลายความเครียด ,การออกกำลังกาย,การบริโภคสุรา บุหรี่ ,การกินยา จำนวน 35 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบจำแนก ประเมินค่า 4 ระดับ มีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

การปฏิบัติ	ถูกต้อง (คะแนน)	ไม่ถูกต้อง (คะแนน)
ปฏิบัติเป็นประจำ (มากกว่า 3 ครั้ง / สัปดาห์)	3	0
ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2 - 3 ครั้ง / สัปดาห์)	2	1
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1 ครั้ง / สัปดาห์)	1	2
ไม่เคยปฏิบัติเลย (0 ครั้ง / สัปดาห์)	2	3

กำหนดการแปลผลระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) มีคะแนน 0 - 105 คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

พฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดีอย่างยิ่ง หมายถึง มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน

พฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดี หมายถึง มีคะแนน 31 - 50 คะแนน

พฤติกรรมดูแลตนเองพอใช้ หมายถึง มีคะแนน 51 - 70 คะแนน

พฤติกรรมดูแลตนเองดี หมายถึง มีคะแนน 71 - 90 คะแนน

พฤติกรรมดูแลตนเองดีมาก หมายถึง มีคะแนน 91 -105 คะแนน

1.2 ผลการวัดระดับน้ำตาลสะสม จากงานชันสูตร โรงพยาบาลท่าปลา วัดโดยบุคลากรโรงพยาบาลที่จบวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยต้องมีระดับน้ำตาลสะสมลดลงร้อยละ 30 ในเวลา 16 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยการสนทนา จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1-4 สัปดาห์ ใช้เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีของ เทอดศักดิ์ เดชคง องค์ประกอบหลักของการสนทนาในแต่ละครั้งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

1) การมีส่วนร่วม (Engagement) เป็นการสนทนาเพื่อสร้างการเชื่อมโยงในการสนทนาที่เป็นประโยชน์ หาความสำคัญของผู้ป่วย หาข้อตกลงเพื่อกำหนดทิศทางการสนทนาให้เข้าสู่เป้าหมายที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยค้นหาข้อดีและชื่นชม

2) ค้นหาและทำให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคง (Fight out and strengthen) โดยถามกระตุ้นปลุกเร้าจูงใจให้ผู้ร่วมวิจัยได้คิด และพูดคำพูดที่บ่งบอกความตั้งใจของตนเอง เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

3) ให้ข้อมูลและข้อเสนอแบบมีทางเลือก (Advice with menu) ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นเป้าหมาย

3. แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ผลการตรวจรักษาโรคเบาหวาน ได้แก่ ผลตรวจค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) ค่าน้ำตาลหลังงดอาหาร 6-8ชั่วโมง (FBS)

ดำเนินการวิธีวิเคราะห์โดยจะใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ มีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสูงต่ำ สถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย การเปรียบเทียบ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติPaired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยพร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ปัญหาผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ รูปแบบเดิมจะให้บริการเมื่อผู้ป่วยมารับบริการตามนัด ไม่ได้แยกผู้ป่วยออกไปเป็นพิเศษ ผู้ป่วยจะได้รับการนัด ตามระดับน้ำตาล ไม่ได้มีการดูแลแบบต่อเนื่อง หรือติดตามรายบุคคล ไม่ได้มีการเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพระดับชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้านการดูแลโดย อสม. หรือผู้นำชุมชน ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวม การขาดระบบการดูแลที่บูรณาการจึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวาน รูปแบบเดิมเน้นให้โรงพยาบาลเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โดยขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งทำให้เกิดช่องว่างในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ไม่สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะด้านของผู้ป่วยเยาหวานในบริบทท้องถิ่นได้ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาระหนักกับบุคลากรในโรงพยาบาลและขาดความต่อเนื่องในการดูแล การให้การดูแลในรูปแบบเดิมเน้นการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ถึงแม้ว่าจะเจาะจงในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แต่การดำเนินการเป็นกลุ่ม ไม่สามารถประเมินความแตกต่างเฉพาะรายบุคคลได้ ทำให้ไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง ขาดระบบการติดตามและประเมินผลรายบุคคล ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล การให้ความรู้เพียงครั้งคราวไม่มีแนวทางหรือสื่อที่สามารถนำไปใช้งานจริงได้ต่อเนื่อง และไม่เฉพาะรูปแบบบุคคล ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ

2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 34 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 73.5 ขณะที่เพศชายมีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 26.5 เมื่อพิจารณาด้านอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-55 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 44.1 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 56-60 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 26.5) และกลุ่มอายุ 36-45 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 17.6) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 51.76 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.475 ในส่วนของสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่สมรสแล้ว จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 และมีผู้ที่อยู่ในสถานภาพหม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 ด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 55.9 รองลงมาคือระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย อย่างละ 7 คน (ร้อยละ 20.6) และมีผู้จบการศึกษาในระดับ อนุปริญญา จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.9) สำหรับอาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 32.4 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป จำนวน 9 คน (ร้อยละ 26.5) และอาชีพ ค้าขาย และแม่บ้าน อย่างละ 6 คน (ร้อยละ 17.6) ขณะที่มีผู้

ประกอบอาชีพอื่น ๆ อีก 2 คน (ร้อยละ 5.9) ในด้านรายได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 58.8 รองลงมาคือกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 8 คน (ร้อยละ 23.5) และกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 6 คน (ร้อยละ 17.6) เมื่อพิจารณาบุคคลที่อยู่อาศัยร่วมด้วย พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 70.6 รองลงมาคืออาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 11.8) และอาศัยอยู่คนเดียว (ร้อยละ 5.9) ทั้งนี้ยังพบว่ามีบางส่วนอาศัยอยู่กับบิดามารดา พี่น้อง หรือบุคคลอื่น ๆ (ร้อยละ 2.9 – 5.9)

3. ระดับน้ำตาลในเลือดHbA1c ก่อนให้โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีค่า HbA1c มากกว่า 8 จำนวน 34 คนร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ย HbA1c อยู่ที่ 9.48 ต่ำสุด 8.2 และสูงสุด 11.7

4. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้โดยการใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ มีกระบวนการ 5 แนวทาง สำคัญดังนี้

1) การปรับระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2) การประเมินให้ความรู้การผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้เป็นรายบุคคล ด้วยแนวทางที่ได้มาตรฐานและทันสมัย นโยบายที่ทางผู้วิจัยกำหนด เพื่อสะท้อนปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ในการผลักดันให้เกิดคลินิกน้ำตาลสูง

3) กำหนดบทบาทหน้าที่ภาคีเครือข่ายอำเภอเพื่อช่วยติดตามประเมินในชุมชน

4) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

5) ประเมินการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหลังจากได้รับความรู้ครบ นำผู้ที่สามารถปฏิบัติได้ดีมาเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยรายอื่นเพื่อสร้างการตระหนักรู้ และเป็นพลังในการปรับเปลี่ยนตนเอง

5. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน เขตอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

5.1 ผลการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด น้ำตาลสะสม (HbA1c) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ก่อนการใช้โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง 34 คน ไม่มีผู้ที่มีค่า HbA1c อยู่ในเกณฑ์ปกติเลย โดยมีค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับ 9.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.243 ค่าต่ำสุด 8.20 และค่าสูงสุด11.70 ตามลำดับ หลังการใช้โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีกลุ่มที่มีค่าHbA1c เพิ่มขึ้น 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.64 ลดลง 28 คน ร้อยละ 82.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.496 ค่าต่ำสุด 5.90 และค่าสูงสุด13.10 ตามลำดับ

5.2 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการอบรมด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมภายหลังการอบรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t = 8.006$, $p < 0.001$) แสดงว่าผู้เข้าร่วมมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพหลังการได้รับการอบรม

เมื่อพิจารณาเป็นรายพฤติกรรม พบว่าด้านการควบคุมอาหาร การพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียด และการกินยามีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ขณะที่ด้านการออกกำลังกายและการบริโภคสุรา/แอลกอฮอล์ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

5.3 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังหลังการอบรมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing) พบว่าหลังให้โปรแกรม

การสนทนาแล้วผู้ป่วย มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) คะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value < 0.05)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการอบรมด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมภายหลังการอบรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t = 8.006$, $p < 0.001$) แสดงว่าผู้เข้าร่วมมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพหลังการได้รับการอบรม เมื่อพิจารณาเป็นรายพฤติกรรม พบว่าด้านการควบคุมอาหาร การพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียด และการกินยามีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ขณะที่ด้านการออกกำลังกายและการบริโภคสุรา/แอลกอฮอล์ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังหลังการอบรมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing) พบว่าหลังให้โปรแกรมการสนทนาแล้วผู้ป่วย มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) คะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value < 0.05) เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และระดับน้ำตาลสะสมลดลง สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานบริการทางการแพทย์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยได้[6,7,8]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการใช้โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ควรเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและพื้นที่ตนเอง การสนับสนุนความรู้การดูแลตนเอง ทักษะและความพึงใจเป็นสำคัญ

2. ควรมีการส่งเสริมความรู้ ทักษะ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเรื่อง การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลญาติผู้ดูแล ชุมชน เป็นสำคัญ

3. ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในคลินิกเบาหวานที่หลากหลายเพื่อจะได้ออกแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยนอกเหนือจากเบาหวานได้ครอบคลุมทุกมิติมากยิ่งขึ้น

4. ควรมีการสนับสนุนทีมพยาบาล NCD ร่วมกับ ทีมพยาบาลชุมชน เพื่อให้มีกลุ่มเป้าหมายเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

5. ควรมีการบูรณาการร่วมกันกับทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชน (COC หรือ HHC) เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลท่าปลาที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และบุคลากรในโรงพยาบาลท่าปลา และภาคีเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้ร่วมงานและหัวหน้างานผู้ป่วยนอก แพทย์ประจำคลินิกเบาหวาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าปลา ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). :ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพhttps://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. (2567). HDC จังหวัดอุตรดิตถ์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. 2567
3. โรงพยาบาลท่าปลา. (2566). รายงานประจำปี พ.ศ. 2566. โรงพยาบาลท่าปลา.

4. สำนักโรคไม่ติดต่อ (2014) .แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Guildlines for Assessment of Cardiovascular Risk). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
5. เทอดศักดิ์ เดชคง (2565) . แนวปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Motivational Interviewing for Health Behavior change. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
6. เทอดศักดิ์ เดชคง. (2563)ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สำนักงานวิเทศสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
7. Miller, W.R. & Rollnick, S. (2010) What makes it Motivational Interviewing?. Presentation at the International Conference on Motivational Interviewing (ICMI). stockholm
8. Motvational Interviewing (MI) : Review article (2021) .Thai Journal of Clinical Psychology (P 52,62-74)

การพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Foot Care Model for Prevention of Foot Complications in Type 2 Diabetes Patients Receiving Services at Community Health Centers, Kosumphisai Hospital, Kosumphisai District, Mahasarakham Province.

(Received: December 10,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

ภัทรภร ศรีฮอแก้ว[1]
Pataraporn Srihorkaew[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาพัฒนาและประเมินผลรูปแบบ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึง ตุลาคม 2568 รวมระยะเวลา 10 เดือน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยร่วมพัฒนารูปแบบ 15 คน และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูง 41 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินพฤติกรรม แบบประเมินระดับความเสี่ยง แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ ระบบการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า แผนการดูแลตามระดับความเสี่ยง โปรแกรมการให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลเท้า โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ระบบการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพและการเชื่อมโยงกับชุมชน และระบบการติดตามและประเมินผล ผลการประเมินหลังใช้รูปแบบ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($\bar{x}$ = 18.49, SD = 1.52) พฤติกรรมการดูแลเท้าเพิ่มขึ้น เป็นระดับมาก ($\bar{x}$ = 107.54, SD = 7.85) ระดับความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนลดลงเป็นระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 6.25, SD = 2.05) และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี ($\bar{x}$ = 74.78, SD = 8.95) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.68, SD = 0.41) การทดสอบทางสถิติพบว่า ความรู้ พฤติกรรม และระดับความเสี่ยง พบความแตกต่างการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<0.01$, t=-18.45, -22.73, 3.28 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลเท้า, ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า, การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This research and development study aimed to investigate problems and needs, develop, and evaluate a foot care model for type 2 diabetes patients at high risk of diabetic foot complications at the Community Health Center, Kosum Phisai Hospital, Kosum Phisai District, Maha Sarakham Province, from January to October 2025, spanning 10 months. The sample groups consisted of 15 multidisciplinary team members who developed the model, and 41 type 2 diabetes patients at high risk. Research instruments included focus group discussion guidelines, general information questionnaires, foot care knowledge tests, foot care behavior assessments, diabetic foot complication risk assessments, SF-36 quality of life questionnaires, satisfaction assessments, and model quality evaluation forms. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests for pre-post comparisons.

The results showed that the developed foot care model comprised six main components: screening and risk assessment system for foot ulcers, risk-based care plans, knowledge and skill development programs for foot care, self-management promotion programs, multidisciplinary team collaboration system with

[1] โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

community linkage, and monitoring and evaluation system. Experts rated the model quality at a high level across all dimensions ($\bar{X}$ = 4.72, SD = 0.38). Post-implementation evaluation revealed that foot care knowledge increased from low level ($\bar{X}$ = 10.48, SD = 3.24) to high level ($\bar{X}$ = 18.49, SD = 1.52), foot care behavior improved from moderate level ($\bar{x}$ = 66.51, SD = 11.28) to high level ($\bar{X}$ = 107.54, SD = 7.85), diabetic foot complication risk decreased from high level ($\bar{X}$ = 7.29, SD = 2.18) to moderate level ($\bar{X}$ = 6.25, SD = 2.05), and quality of life improved from moderate level ($\bar{X}$ = 57.00, SD = 11.76) to good level ($\bar{X}$ = 74.78, SD = 8.95). Patients expressed high satisfaction with the care model ($\bar{X}$ = 4.68, SD = 0.41). Statistical testing revealed that knowledge, behavior, and risk level changes were statistically significant at the .05 level ($p<0.01$, t=-18.45, -22.73, 3.28).

Keywords: foot care model, diabetic foot complications, type 2 diabetes patients care

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพสาธารณะระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานขององค์การสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ[1] พบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 463 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี 2573 จะเพิ่มเป็น 578 ล้านคน โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 90.00-95.00 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด[2]

ภาวะแทรกซ้อนทางเท้าเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงและมีค่าใช้จ่ายสูงของโรคเบาหวาน พบอุบัติการณ์การเกิดแผลที่เท้าร้อยละ 15.00-25.00 ของผู้ป่วยเบาหวานตลอดช่วงชีวิต[3] และร้อยละ 14.00-24.00 ของผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้าต้องได้รับการตัดขาหรือเท้า[4] ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการตัดขาสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 10-20 เท่า[5] ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป 2-3 เท่า และหากมีการตัดขาหรือเท้าจะมีค่าใช้จ่ายสูงถึง 5-7 เท่า[6]

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 9.50 หรือประมาณ 5 ล้านคน[7] มีผู้เสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานประมาณ 76,000 ราย[8] สำหรับภาวะแทรกซ้อนทางเท้า พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าร้อยละ 28.50-35.60 มีอุบัติการณ์การเกิดแผลที่เท้าร้อยละ 8.60-12.30 และมีอัตราการตัดขาหรือเท้าร้อยละ 2.80-5.20 ต่อปี[9] ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าประมาณ 87,450 บาทต่อราย ในขณะที่ผู้ป่วยที่ต้องตัดขามีค่าใช้จ่ายสูงถึง 245,600 บาทต่อราย[10]

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานที่นานขึ้น ภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีบ และพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่เหมาะสม[11,12] นอกจากนี้ พฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่เหมาะสมยังเป็นปัจจัยสำคัญ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 68.40 ไม่มีการตรวจสอบเท้าด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 73.50 สวมรองเท้าที่ไม่เหมาะสม และร้อยละ 45.20 มีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น เดินเท้าเปล่า ตัดเล็บเท้าไม่ถูกวิธี[13]

การพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง นิยมบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีหลายด้าน ประกอบด้วย แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของ Wagner และคณะ[14] ที่เน้นการจัดระบบบริการสุขภาพครอบคลุม 6 องค์ประกอบ และทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management Theory) ของ Bandura[15] ที่เชื่อว่าบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ผ่านกระบวนการ 4

ขั้นตอน โดยเน้นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย[16] การบูรณาการแนวคิดทั้งสองนี้ช่วยให้การพัฒนารูปแบบการดูแลครอบคลุมทั้งระดับระบบบริการและระดับบุคคล สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลที่เท้าได้ร้อยละ 35.60-42.80[17]

สถานการณ์ในจังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานจดทะเบียนทั้งสิ้น 54,328 ราย โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.80 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 31.20 ในปี 2566 อุบัติการณ์การเกิดแผลที่เท้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.30 เป็นร้อยละ 7.50 และจำนวนผู้ป่วยที่ต้องตัดขาเพิ่มขึ้นจาก 142 รายเป็น 189 รายในช่วงเวลาเดียวกัน[18] อำเภอโกสุมพิสัย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[19] ปัญหาทางการพยาบาลและระบบบริการ พบว่าการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้ายังไม่ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่อง ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนเพียงร้อยละ 42.60 ได้รับการตรวจประเมินเท้าตามมาตรฐาน[20] ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ขาดความรู้และทักษะในการดูแลเท้าที่ถูกต้อง ขาดระบบการติดตามและเฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง และการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่เป็นระบบ

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีความเหมาะสมครอบคลุม และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน การพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าที่เหมาะสมจะช่วยให้มีระบบการคัดกรองที่ชัดเจน การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และการเชื่อมโยงกับชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและการตัดขาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดภาระทางเศรษฐกิจของระบบสาธารณสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาประสิทธิภาพการดูแลเท้าและความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) และทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management Theory) ร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนาแบบ ADDIE Model ทำการศึกษาในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 10 เดือน แบ่งเป็น 2 วงรอบ วงรอบที่ 1 ระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2568 และวงรอบที่ 2 ระหว่างเดือนมิถุนายน-ตุลาคม 2568 การดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์ (Analysis) ระยะการออกแบบ (Design) ระยะการพัฒนา (Development) ระยะการนำไปใช้ (Implementation) และระยะการประเมินผล (Evaluation) โดยมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร การวิจัยครั้งนี้แบ่งตามขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย ในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ผู้พัฒนารูปแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า และในขั้นตอนประเมินผลรูปแบบ ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในระดับปานกลางถึงสูงที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 125 ราย

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างการวิจัย เป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ผู้พัฒนารูปแบบ จำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวาน 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานคลินิกโรคเรื้อรัง 1 คน และผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง 10 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการประเมินผลรูปแบบ ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในระดับปานกลางถึงสูงที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จำนวน 41 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับการทดสอบ Paired t-test กำหนดค่า Effect size เท่ากับ 0.50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 ราย เผื่อกลุ่มตัวอย่างสูญหายร้อยละ 20.00 รวมเป็น 41 ราย โดยคัดเลือกด้วยกระบวนการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในระดับปานกลางถึงสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินพฤติกรรม แบบประเมินระดับความเสี่ยง แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 แบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบและเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t-test ในการวิเคราะห์สนทนากลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการแจกแจงข้อมูล การจัดหมวดหมู่ การสกัดประเด็นสำคัญ และการตีความหมาย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธี Triangulation

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1) การศึกษาปัญหาประสิทธิภาพการดูแลเท้าและความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย

อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จากการวิเคราะห์ (Analysis) จากการศึกษาสถานการณ์ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 5 คน การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า จำนวน 10 ราย รวม 15 คน การสังเกตพฤติกรรมและการปฏิบัติการบริการ รวมทั้งการทบทวนข้อมูลทุติยภูมิจากระบบสารสนเทศของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย พบว่าการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในปัจจุบันมีข้อจำกัดและปัญหาหลายประการ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลเท้าที่จำกัด พฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้องและไม่สม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงในชีวิตประจำวัน อุปสรรคในการดูแลเท้าที่หลากหลาย การจัดการเมื่อเกิดแผลที่ไม่เหมาะสม ระบบการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงที่ไม่เป็นระบบและไม่ครอบคลุม การขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลเท้า การขาดสื่อและเอกสารให้ความรู้ที่เหมาะสม และการขาดระบบการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้รับบริการและบุคลากรมีความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลครอบคลุมหลายด้าน ได้แก่ การเพิ่มการเข้าถึงบริการ การให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดทำสื่อและเอกสารประกอบการสร้างความตระหนักและเปลี่ยนทัศนคติ การติดตามและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์นี้เป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบและพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าให้ตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และสอดรับกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการยกระดับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้มีคุณภาพ เข้าถึงได้ และมีประสิทธิภาพ รายละเอียดของปัญหาและความต้องการจำเป็น ปัญหาและความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัยอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัยในปัจจุบันมีปัญหาและข้อจำกัดที่สำคัญ 12 ประเด็น ได้แก่ ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจที่ผู้ป่วยร้อยละ 80.00 ไม่เคยดูแลเท้าเลยและร้อยละ 90.00 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้า ปัญหาด้านพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ถูกต้องและไม่สม่ำเสมอ ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงที่ผู้ป่วยร้อยละ 80.00 เดินเท้าเปล่าและไม่สวมรองเท้าป้องกัน ปัญหาอุปสรรคที่ผู้ป่วยร้อยละ 70.00 ไม่มีเวลาเนื่องจากภาระงาน ปัญหาการจัดการแผลที่ไม่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยร้อยละ 60.00 ล้างแผลด้วยแอลกอฮอล์เองและไม่ไปพบแพทย์ ปัญหาทัศนคติเชิงลบที่ผู้ป่วยร้อยละ 60.00 คิดว่าการดูแลเท้าเป็นเรื่องยุ่งยากและไม่จำเป็น ปัญหาการเข้าถึงบริการที่มีบุคลากรเพียง 1 คนทำให้ผู้ป่วยต้องรอนาน ปัญหาการขาดระบบคัดกรองที่เป็นมาตรฐานและครอบคลุม ปัญหาการขาดสื่อและเอกสารประกอบที่ผู้ป่วยสามารถนำกลับไปอ่านที่บ้าน ปัญหาการขาดระบบติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาการขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนโดยผู้ป่วยร้อยละ 30.00 ไม่มีผู้ดูแล และปัญหาความต่อเนื่องในการดูแลที่ไม่มีระบบนัดติดตามที่ชัดเจน ซึ่งปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขผ่านการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติ การส่งเสริมการจัดการตนเอง การสร้างความตระหนักและเปลี่ยนทัศนคติ การเพิ่มบุคลากรและพัฒนาระบบบริการ การพัฒนาสื่อและเอกสาร

ประกอบ การสร้างระบบการคัดกรองและจำแนกกลุ่มความเสี่ยง การพัฒนาระบบติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการสร้างความต่อเนื่องในการดูแลระยะยาว เพื่อให้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย

2) การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการจำเป็นในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการออกแบบและพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าตามกระบวนการ ADDIE Model ใน 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 2 การออกแบบ (Design) และระยะที่ 3 การพัฒนา (Development) โดยนำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยเบาหวาน การสัมภาษณ์เชิงลึก การทบทวนวรรณกรรมและแนวทางปฏิบัติทางคลินิก รวมทั้งการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ มาเป็นพื้นฐานในการออกแบบโครงสร้าง องค์ประกอบ และกิจกรรมต่างๆ ของรูปแบบการดูแล โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management Theory) และแนวทาง IWGDF 2019 Update เป็นแนวทางในการพัฒนา จากนั้นได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลให้มีความสมบูรณ์ พร้อมทั้งพัฒนาเครื่องมือ คู่มือ และสื่อต่างๆ ที่ใช้ประกอบการดำเนินงาน และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้เบื้องต้นเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริง 2 วงรอบ ได้รูปแบบการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัยอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ขั้นสมบูรณ์ รูปแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ระบบการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า เป็นกระบวนการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานทุกรายที่มารับบริการ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นตามแนวทาง IWGDF Risk Stratification System ประกอบด้วย 7 รายการประเมิน ได้แก่ ระยะเวลาเป็นเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c การตรวจความรู้สึกด้วย Monofilament 10 กรัม การตรวจชีพจรที่เท้า ความผิดปกติของโครงสร้างเท้า ประวัติการเกิดแผลที่เท้า และประวัติการถูกตัดนิ้วเท้า/เท้า/ขา คะแนนเต็ม 14 คะแนน จากนั้นจำแนกกลุ่มความเสี่ยงออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงต่ำ (คะแนน 0-2) ความเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 3-5) ความเสี่ยงสูง (คะแนน 6-9) และความเสี่ยงสูงมาก (คะแนน 10 ขึ้นไป) การคัดกรองดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรม บันทึกผลลงในแบบฟอร์มและระบบฐานข้อมูล และจัดทำแผนการดูแลตามระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย องค์ประกอบที่ 2 แผนการดูแลตามระดับความเสี่ยง เป็นการกำหนดแนวทางการดูแล ความถี่ในการติดตาม และกิจกรรมที่แตกต่างกันตามระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงต่ำจะได้รับการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลเท้า มอบคู่มือการดูแลตนเอง และประเมินซ้ำทุก 12 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงปานกลางจะได้รับการให้ความรู้เชิงลึก การสาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลเท้า การส่งเสริมการจัดการตนเอง และประเมินซ้ำทุก 6 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงสูงจะเข้าสู่โปรแกรมการดูแลเท้าแบบเข้มข้น ได้รับการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติอย่างละเอียด การติดตามอย่างใกล้ชิดทุก 2 สัปดาห์ในช่วง 8 สัปดาห์แรก จากนั้นติดตามทุก 4 สัปดาห์ การเยี่ยมบ้าน

และให้คำปรึกษา การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และประเมินซ้ำทุก 3 เดือน และผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงสูงมากหรือมีแผลในปัจจุบันจะได้รับการดูแลแบบเข้มข้นพิเศษ มีการประเมินและดูแลแผลอย่างใกล้ชิด ติดตามทุกสัปดาห์ มีการปรึกษา แพทย์และนักกายภาพบำบัด การจัดการภาระน้ำหนักที่เท้า การให้คำแนะนำเกี่ยวกับรองเท้าพิเศษ และประเมินซ้ำทุก 1-2 เดือน องค์ประกอบที่ 3 โปรแกรมการให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลเท้า ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ลักษณะ ได้แก่ (1) การให้ความรู้แบบรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อราย ครอบคลุมเนื้อหา 6 หมวด คือ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนทางเท้า วิธีการทำความสะอาดและดูแลเท้า วิธีการตรวจเท้า วิธีการนวดเท้าและทาโลชั่น การเลือกรองเท้า และการจัดการเมื่อเกิดแผล โดยใช้คู่มือการดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วย (2) การสาธิตและฝึกปฏิบัติทีละขั้นตอน ให้ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติจริงในทุกขั้นตอน ได้แก่ การทำความสะอาดและซับเท้า การตรวจเท้า การนวดเท้า และการทาโลชั่น โดยมีบุคลากรสุขภาพคอยสังเกตและแก้ไขท่าทางที่ไม่ถูกต้อง (3) การให้ความรู้แบบกลุ่ม จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วย จำนวน 6-8 รายต่อกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 90 นาที ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเท้า เรียนรู้จากกรณีศึกษาผู้ป่วยที่เคยมีแผลหรือถูกตัดเท้า และสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมซึ่งกันและกัน และ (4) การใช้สื่อการสอนที่หลากหลาย ได้แก่ คู่มือการดูแลเท้าแผ่นพับ โปสเตอร์ วิดีโอสาธิต และโมเดลเท้า เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง องค์ประกอบที่ 4 โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลเท้าด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การประเมินตนเอง (Self-assessment) โดยให้ผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมการดูแลเท้าในปัจจุบันของตนเอง ระบุจุดแข็งและจุดที่ต้องปรับปรุง (2) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ให้ผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรสุขภาพกำหนดเป้าหมายในการดูแลเท้าที่เป็นรูปธรรม วัดได้ เป็นไปได้ มีความสำคัญ และมีกรอบเวลา (SMART goals) เช่น "ฉันจะทำความสะอาดเท้าและซับให้แห้งทุกวันหลังอาบน้ำ" หรือ "ฉันจะตรวจเท้าทุกวันก่อนนอน" (3) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) ให้ผู้ป่วยใช้แบบบันทึกการดูแลตนเองประจำวันเพื่อบันทึกพฤติกรรมการดูแลเท้าทุกวัน ได้แก่ การทำความสะอาด การซับให้แห้ง การตรวจเท้า การนวดเท้า การทาโลชั่น การสวมถุงเท้าและรองเท้า และบันทึกความผิดปกติที่พบ และ (4) การประเมินผลตนเอง (Self-evaluation) ให้ผู้ป่วยประเมินความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ระบุปัญหาและอุปสรรคที่พบ และร่วมกับบุคลากรสุขภาพปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม โปรแกรมนี้ยังรวมถึงการให้กำลังใจและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพ การจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล องค์ประกอบที่ 5 ระบบการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพและการเชื่อมโยงกับชุมชน เป็นการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละสาขาวิชาชีพอย่างชัดเจนและมีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ โดย แพทย์ มีหน้าที่วินิจฉัย กำหนดแผนการรักษา ให้คำปรึกษาในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน และติดตามผลการรักษา พยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักของทีม ทำการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง ให้ความรู้และสาธิตการดูแลเท้า ตรวจเท้าและดูแลแผล ส่งเสริมการจัดการตนเอง ติดตามและประเมินผล และประสานงานกับทีมและชุมชน นักกายภาพบำบัด มีหน้าที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการนวดเท้าและการออกกำลังเท้า ประเมินและแนะนำเกี่ยวกับรองเท้าที่เหมาะสม จัดการภาระน้ำหนักที่เท้า และฟื้นฟูสมรรถภาพเท้า หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม มีหน้าที่กำกับดูแลการดำเนินงาน ประสานงานกับผู้บริหาร

จัดหาทรัพยากรที่จำเป็น และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน การทำงานของทีมมีการจัดประชุมทีมทุก 2 สัปดาห์เพื่อติดตามความก้าวหน้า แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แก้ไขปัญหา และวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน มีการใช้แบบฟอร์มการส่งต่อและแบบบันทึกการประชุมทีมเพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีการเชื่อมโยงกับชุมชนโดยประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีส่วนร่วมในการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน รายงานความผิดปกติที่พบ และส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และ องค์ประกอบที่ 6 ระบบการติดตามและประเมินผล เป็นการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จและวิธีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยมีตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome indicators) 5 ตัว ได้แก่ (1) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าเพิ่มขึ้น (2) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น (3) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าลดลง (4) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และ (5) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล มีตัวชี้วัดกระบวนการ (Process indicators) 4 ตัว ได้แก่ (1) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง (2) ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลตามแผน (3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามตามกำหนด และ (4) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการอบรม และมีตัวชี้วัดผลกระทบ (Impact indicators) 2 ตัว ได้แก่ (1) อุบัติการณ์การเกิดแผลที่เท้าใหม่ลดลง และ (2) อัตราการถูกตัดนิ้วเท้า/เท้า/ขาลดลง การติดตามประเมินผลดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบ โดยประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลเท้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ประเมินระดับความเสี่ยงและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ และประเมินความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ รวมทั้งมีการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดกระบวนการและผลกระทบอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาดำเนินงาน มีการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานทุกเดือนและนำเสนอต่อทีมและผู้บริหารเพื่อรับทราบและปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น องค์ประกอบทั้ง 6 นี้เชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงอย่างครอบคลุม เป็นระบบ และยั่งยืน

3) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จากการประเมินผล (Evaluation) หลังจากการนำรูปแบบการดูแลเท้าไปใช้งานจริงในวงรอบที่ 2 เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ติดต่อกัน ผู้วิจัยดำเนินการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบ จำนวน 41 ราย ครอบคลุม 5 ด้านหลัก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้า พฤติกรรมการดูแลเท้า ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลใน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ด้วยสถิติ Paired t-test หรือ Wilcoxon Signed-Rank Test แล้วแต่ลักษณะการแจกแจงของข้อมูล และวิเคราะห์ความพึงพอใจ รวมไปถึงการวิเคราะห์ ความเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการประเมินนี้เป็นข้อมูลสำคัญในการยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นแนวทางในการขยายผลไปยังผู้ป่วยเบาหวานรายอื่นๆ ในศูนย์

สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และหน่วยบริการอื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน โดยศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมการประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัยอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าที่เข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบการดูแล ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 41 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.73 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 29.27 มีอายุเฉลี่ย 58.37 ปี (SD = 9.24) อายุต่ำสุด 42 ปี และอายุสูงสุด 75 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.02 รองลงมาคือ อายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.15 อายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.51 และอายุ 70 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 7.32 ตามลำดับ

2) ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้า พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัยอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้รวม เฉลี่ย 10.48 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (SD = 3.24) อยู่ในระดับน้อย ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัยอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้รวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 18.49 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (SD = 1.52) อยู่ในระดับมาก

3) ผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลเท้า พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัยอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้ารวมเฉลี่ย 66.51 คะแนน จากคะแนนเต็ม 120 คะแนน (SD = 11.28) คิดเป็นร้อยละ 55.43 อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัยอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้ารวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 107.54 คะแนน จากคะแนนเต็ม 120 คะแนน (SD = 7.85) คิดเป็นร้อยละ 89.62 อยู่ในระดับมาก

4) ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าต่อการเกิดแผล พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 41 ราย มีการกระจายของระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าดังนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง (คะแนน 6-9) มาก จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.41 รองลงมาเป็นกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 3-5) จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.27 และกลุ่มความเสี่ยงสูงมาก (คะแนน 10 ขึ้นไป) จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.32 ขณะที่ไม่มีผู้ป่วยรายใดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ (คะแนน 0-2) คิดเป็นร้อยละ 0.00 ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัยอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง (คะแนน 6-9) ลดลงจาก 26 ราย เป็น 18 ราย คิดเป็นการลดลงจากร้อยละ 63.41 เป็นร้อยละ 43.90 ลดลงร้อยละ 19.51 ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 3-5) เพิ่มขึ้นจาก 12 ราย เป็น 18 ราย คิดเป็นการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.27 เป็นร้อยละ 43.90 เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.63

และที่น่าสนใจคือ มีผู้ป่วย 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.32 ที่สามารถลดระดับความเสี่ยงลงมาเป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำ (คะแนน 0-2) ได้ ซึ่งก่อนหน้านี้ไม่มีผู้ป่วยรายใดอยู่ในกลุ่มนี้เลย ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มความเสี่ยงสูงมาก (คะแนน 10 ขึ้นไป) ลดลงจาก 3 ราย เป็น 2 ราย คิดเป็นการลดลงจากร้อยละ 7.32 เป็นร้อยละ 4.88 ลดลงร้อยละ 2.44 เมื่อรวมผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูงและความเสี่ยงสูงมาก หลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่ามีจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.78 ลดลงจากร้อยละ 70.73 ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล ลดลงร้อยละ 21.95

5) ผลการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความเสี่ยงรวมเฉลี่ย 7.29 คะแนน จากคะแนนเต็ม 14 คะแนน (SD = 2.18) ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัยอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความเสี่ยงรวมเฉลี่ยลดลงเป็น 6.25 คะแนน (SD = 2.05) จากเดิม 7.29 คะแนน ลดลง 1.04 คะแนน คิดเป็นการลดลงร้อยละ 14.27

6) ระดับคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ (คะแนน 0.00-33.99) จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.88 ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (คะแนน 34.00-66.99) จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.05 และผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตระดับดี (คะแนน 67.00-100.00) จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.07 ตามลำดับ ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัยอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ (คะแนน 0.00-33.99) จำนวน 0 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.00 ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (คะแนน 34.00-66.99) จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.07 และผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตระดับดี (คะแนน 67.00-100.00) จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.93 ตามลำดับ

7) คุณภาพชีวิตรายมิติ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย ประเมิน 8 มิติของคุณภาพชีวิต พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัยอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตรวมเฉลี่ย 57.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน (SD = 11.76) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโกสุมพิสัยอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 74.78 คะแนน (SD = 8.95) จากเดิม 57.00 คะแนน เพิ่มขึ้น 17.78 คะแนน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 31.19 อยู่ในระดับดี

8) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อ พบว่า ความพึงพอใจโดยรวม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลเท้าโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.68 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน (SD = 0.41) คิดเป็นร้อยละ 93.60 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจทุกด้านอยู่ในระดับมาก ทั้ง 5 ด้าน โดยด้านที่ 5 ความเป็นกันเองของทีมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.79 คะแนน (SD = 0.42) คิดเป็นร้อยละ 95.80 รองลงมาคือด้านที่ 4 ประโยชน์ที่ได้รับ มีคะแนนเฉลี่ย 4.73 คะแนน (SD = 0.43) คิดเป็นร้อยละ 94.60 และ ด้านที่ 1 ความเหมาะสมของเนื้อหา และด้านที่ 2 ความเหมาะสมของวิธีการให้บริการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน 4.67 คะแนน (SD = 0.46 และ 0.47 ตามลำดับ) คิดเป็นร้อยละ 93.40 ส่วนด้านที่ 3 ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ มีคะแนนเฉลี่ย 4.55 คะแนน (SD = 0.55) คิดเป็นร้อยละ 91.00 ตามลำดับ

9) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้า พฤติกรรมการดูแลเท้า ระดับความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางเท้า และคุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลเท้า มีรายละเอียดดังนี้

ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้า ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.48 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (SD = 3.24) อยู่ในระดับน้อย หลังการใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 18.49 คะแนน (SD = 1.52) อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่างเพิ่มขึ้น 8.01 คะแนน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 76.43 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วย Paired t-test พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -18.45, 95%CI -7.14 ถึง -8.88, p-value <0.001)

ด้านพฤติกรรมการดูแลเท้า ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 66.51 คะแนน จากคะแนนเต็ม 120 คะแนน (SD = 11.28) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 107.54 คะแนน (SD = 7.85) อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่างเพิ่มขึ้น 41.03 คะแนน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 61.68 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วย Paired t-test พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -22.73, 95%CI -37.38 ถึง -44.68, p-value <0.001)

ด้านระดับความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมีคะแนนความเสี่ยงเฉลี่ย 7.29 คะแนน จากคะแนนเต็ม 14 คะแนน (SD = 2.18) อยู่ในระดับสูง หลังการใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 6.25 คะแนน (SD = 2.05) อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่างลดลง 1.04 คะแนน คิดเป็นการลดลงร้อยละ 14.27 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วย Paired t-test พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนระดับความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางเท้าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.28, 95%CI 0.39 ถึง 1.69, p-value = 0.002)

ด้านคุณภาพชีวิต ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 57.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน (SD = 11.76) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 74.78 คะแนน (SD = 8.95) อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่างเพิ่มขึ้น 17.78 คะแนน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 31.19 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วย Paired t-test พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -1.82, 95%CI -0.45 ถึง 36.01, p-value = 0.076)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัญหาประสิทธิภาพการดูแลเท้าและความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า พบว่าปัญหาประสิทธิภาพการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานยังคงอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการพัฒนา โดยเฉพาะในด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ปานสมบัติ[21] ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความเข้าใจถึงความรุนแรงและผลกระทบของโรคจะให้ความสำคัญกับการดูแลเท้ามากขึ้น ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าสอดคล้องกับผลการศึกษาของสมศรี อนันต์ชื่นสุข และนลินี พรหมเวช[22] ที่พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้สื่อในระดับมากถึงมากที่สุด

เมื่อได้รับการให้ความรู้ผ่านสื่อที่หลากหลาย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยต้องการรูปแบบการให้ความรู้ที่เข้าใจง่ายและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Pourkazemi และคณะ[23] ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำและมีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความรู้และการปฏิบัติ ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าจำเป็นต้องมุ่งเน้นการเพิ่มความรู้ควบคู่กับการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง

การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าในการศึกษานี้ได้ประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบบูรณาการที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Bus และคณะ[24] ที่ระบุว่าการดูแลแบบบูรณาการที่รวมทุกองค์ประกอบสามารถลดการเกิดแผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญหลายด้าน ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกทักษะการดูแลเท้า การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการสร้างเครือข่ายสนับสนุน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและมีความพึงพอใจในระดับสูง โดยเฉพาะการใช้สื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายและเข้าใจง่าย แสดงให้เห็นว่าการใช้สื่อที่เหมาะสมช่วยเพิ่มความเข้าใจและความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีขึ้น รูปแบบที่พัฒนายังได้บูรณาการแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณภัทริน พุฒศรี และคณะ[25] ที่พบว่าโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้เพิ่มขึ้นและพฤติกรรมการดูแลเท้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การมีแกนนำในชุมชนช่วยขยายการเข้าถึงบริการและสร้างความต่อเนื่องในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Yildirim Ayaz และคณะ[26] ที่พบว่าโปรแกรมที่มีระยะเวลาต่อเนื่องมีประสิทธิผลมากที่สุดในการเพิ่มความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลเท้า

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า พบว่าผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเท้าพบว่ามีผลเชิงบวกต่อผู้ป่วยในหลายมิติ โดยเฉพาะด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลเท้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฤทธิรงค์ หารุธาถาวร และคณะ[27] ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลเท้ามีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลเท้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตราการเกิดแผลที่เท้าลดลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Drovandi และคณะ[28] ที่พบว่าการแทรกแซงทางการศึกษาช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าและพฤติกรรมการดูแลเท้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งลดอัตราการเกิดแผลที่เท้าได้ การลดลงของอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าเป็นตัวชี้วัดสำคัญของประสิทธิผลของรูปแบบ ทั้งนี้การลดลงของภาวะแทรกซ้อนเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลเท้าที่ดีขึ้น สามารถตรวจพบความผิดปกติได้เร็วขึ้น และมีพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสม ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อรูปแบบการดูแลเท้าอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhu และคณะ[29] ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีผลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและมีผลทางอ้อมผ่านความมั่นใจในการดูแลเท้า การมีแกนนำในชุมชนและระบบติดตามที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ดีและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโกสุมพิสัย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือ ขอบคุณผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ร่วมการศึกษาด้วยความเต็มใจและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกท่านที่สนับสนุนข้อมูลและร่วมติดตามประเมินผล สุดท้ายนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมทั้งการขยายผลสู่โรงพยาบาลอื่นในพื้นที่และจังหวัดใกล้เคียงที่มีบริบทคล้ายคลึงกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation.(2019). IDF Diabetes Atlas. 9th ed. International Diabetes Federation; 2019.
2. American Diabetes Association.(2020). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes-2020. Diabetes Care. 2020;43(Supplement 1):S14-31.
3. Armstrong DG, Boulton AJ, Bus SA.(2017). Diabetic foot ulcers and their recurrence. N Engl J Med. 2017;376(24):2367-75.
4. Zhang P, Lu J, Jing Y, Tang S, Zhu D, Bi Y.(2017). Global epidemiology of diabetic foot ulceration: A systematic review and meta-analysis. Ann Med. 2017;49(2):106-16.
5. World Health Organization.(2018). Global report on diabetes. Geneva: World Health Organization.
6. Kerr M, Barron E, Chadwick P, Evans T, Kong WM, Rayman G, et al.(2019). The cost of diabetic foot ulcers and amputations to the National Health Service in England. Diabet Med. 2019;36(8):995-1002.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2563). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
8. กรมควบคุมโรค.(2563). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พ.ศ. 2563. กระทรวงสาธารณสุข.
9. พิมพ์ลภัส สุขเกษม, ชนิกานต์ พูลสวัสดิ์, รัชนี ศรีสว่าง.(2561). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2561;27(4):612-23.
10. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(2563). ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน พ.ศ. 2563. กระทรวงสาธารณสุข.
11. สุรางค์ จึงรุ่งเรืองกิจ, วรรณา แจ่มใส, ประทีป สุขสวัสดิ์.(2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561;27(3):45-57.
12. ประภาพรรณ ใจกว้าง, สมพร ทองใบ, วันเพ็ญ จันทร์เจริญ.(2562). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2562;37(2):89-102.
13. สุภาพร แก้วมณี, ชลธิชา บุญรอด, อรพิน จันทร์แจ่ม.(2561). พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2561;12(3):89-101.
14. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M.(1996). Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74(4):511-44.
15. Bandura A.(1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
16. Lorig KR, Holman HR.(2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003;26(1):1-7.
17. ชนิดา พรหมมา, สุรีรัตน์ วิรุฬห์รักษ์, พรทิพย์ จิตตรานุกูล.(2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารพยาบาลสาร. 2562;46(2):112-25.

18. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.(2566). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานจังหวัดมหาสารคาม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2564-2566.
19. โรงพยาบาลโกสุมพิสัย.(2566). รายงานสถิติผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลโกสุมพิสัย. โรงพยาบาลโกสุมพิสัย; 2564-2566.
20. สมศรี นาคทอง, จิราพร สุขสวัสดิ์, ปิยวดี เพ็ชรรัตน์.(2562). การประเมินคุณภาพการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;19(2):56-67.
21. จิราภรณ์ ปานสมบัติ.(2567). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลไผ่ขอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น. 2567;5(3):1-12.
22. สมศรี อนันต์ชื่นสุข, นลินี พรหมเวช.(2567). ผลของการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้าต่อพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมจุฬาจอมเกล้า จังหวัดสุรินทร์. 2567;14(1):67-82.
23. Pourkazemi A, Ghanbari A, Khojamli M, Balo H, Hemmati H, Jafaryparvar Z, et al.(2020). Diabetic foot care: Knowledge and practice. BMC Endocr Disord. 2020;20(1):40.
24. Bus SA, van Netten JJ, Lavery LA, Monteiro-Soares M, Rasmussen A, Jubiz Y, et al.(2024). Guidelines on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes (IWGDF 2023 update). Diabetes Metab Res Rev. 2024;40(3):e3651.
25. ณภัทรินี พุฒศรี, สุภาพร ใจดี, พรทิพย์ สุขสว่าง.(2566). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่นท้าว อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2566;17(2):45-58.
26. Yildirim Ayaz E, Dincer B, Oguz A.(2022). The effect of foot care education for patients with diabetes on knowledge, self-efficacy and behavior: Systematic review and meta-analysis. J Tissue Viability. 2022;31(3):451-8.
27. ฤทธิรงค์ หารุธาถาวร, ดวงใจ รุ่งเรือง, นิตยา แสงสว่าง.(2563). ผลของโปรแกรมการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(2):109-18.
28. Drovandi A, Wong S, Seng L, Crowfoot G, Moran B, Fernando M, et al.(2024). Effectiveness of educational interventions for diabetes-related foot disease: A systematic review and meta-analysis. Diabetes Metab Res Rev. 2024;40(1):e3746.
29. Zhu X, Lee ES, Chan FHF, Lim PXH, Chen YC, Griva K.(2024). Foot self-care behaviour in primary care patients with diabetic foot ulcers: Structural equation modelling of psychological predictors. Int Wound J. 2024;21(5):e14897.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Development of internal audit model for information technology for service units under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.

(Received: December 10,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

สมบูรณ์ สิงห์พรม[1]
Somboon singprom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นด้วยการวัดผลจากข้อเสนอแนะที่ได้จากการนำเครื่องมือไปใช้ในการตรวจสอบ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หน่วยงานออกเป็น 3 ชั้นภูมิ (รพศ., รพท., รพช.) และทำการคัดเลือกหน่วยงานเฉพาะกิจ (Clusters) จำนวน 15 แห่ง โดยพิจารณาจากหน่วยงานที่เคยมีส่วนร่วมในโครงการหรือมีข้อมูลที่จำเป็นต่อการวิจัย เพื่อให้เป็นตัวแทนในการศึกษาแต่ละชั้นภูมิ เก็บข้อมูลจาก แนวการตรวจสอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก (SWOT Analysis) และแบบสอบถาม วิเคราะห์แบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดย content analysis วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้ความถี่ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) คะแนนสูงสุด(Maximum) คะแนนต่ำสุด (Minimum) และ สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา พบว่า การเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) ได้พัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ CHANG – IT Audit Model สามารถนำแนวคิดระบบเปิด (Open System) มาใช้ในการบริหาร การตรวจสอบโดยมีการรับปัจจัยนำเข้า (Input) จากสภาพแวดล้อม เช่น ข้อมูล ความเสี่ยง และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ผ่านกระบวนการตรวจสอบและให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) เพื่อปรับปรุงระบบงานของหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ ผลการวิจัยยังต่อยอดแนวคิดดังกล่าว โดยแปลงจากระบบบริหารทั่วไปไปสู่ “ระบบตรวจสอบแบบบูรณาการ” (Integrated Audit System) ซึ่งเป็นนวัตกรรมใหม่ที่สะท้อนความเป็นระบบเปิดอย่างแท้จริง กล่าวคือ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและเรียนรู้ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล แต่ละระดับ เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิด System Thinking ในบริบทของการตรวจสอบภายใน หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม และยังพบว่าการประยุกต์เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น AI, RPA และ Data Analytics Dashboard เข้ามาช่วยในกระบวนการตรวจสอบ เป็นแนวทางที่ตอบสนองต่อแนวคิด “Digital Transformation” ซึ่งช่วยยกระดับจากการตรวจสอบแบบเดิมที่เน้นเอกสารและการตรวจสอบภายหลัง (Reactive Audit) ไปสู่การตรวจสอบเชิงรุก (Proactive Audit) ที่สามารถคาดการณ์และแจ้งเตือนความเสี่ยงได้ล่วงหน้า

คำสำคัญ: การตรวจสอบภายใน เทคโนโลยีสารสนเทศ หน่วยบริการ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Abstract

This action research aimed to develop an internal IT audit model appropriate for the context of service units under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. The effectiveness of the developed model was assessed by measuring the results from the recommendations obtained from the implementation of the auditing tools. The sample consisted of three levels of organizations (regional hospitals, provincial hospitals, and community hospitals). Fifteen clusters were selected, based on those that had participated in the project or had essential data for the research, to represent each level of the study. Data were collected using an IT audit guideline, internal and external environment analysis (SWOT

[1] กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Analysis), and questionnaires. A mixed method was used to analyze qualitative data using content analysis and quantitative data using descriptive statistics, using frequency, percentage, mean, standard deviation, maximum score, minimum score, and Pearson Product Moment Correlation Coefficient.

The study found that, by integrating with systems theory, the CHANG-IT Audit Model for information technology internal auditing can apply the concept of open systems to audit management, taking in inputs from the environment, such as data, risks, and ever-changing technologies, through a process of auditing and providing feedback to improve the efficiency of service unit systems. The study further developed this concept by transforming the general management system into an "Integrated Audit System," a new innovation that truly reflects an open system, enabling data exchange and mutual learning between hospitals at all levels. This demonstrates the application of systems thinking concepts to the context of internal auditing within service units under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Furthermore, it was found that the application of modern technologies such as AI, RPA, and data analytics dashboards to the audit process supports the concept of "Digital Transformation," elevating traditional auditing practices from reactive document-based and post-audit to proactive auditing, capable of predicting and alerting on risks in advance.

Keywords: internal audit, information technology, service units under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

บทนำ

ในยุคดิจิทัลปัจจุบัน เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology: IT) มีบทบาทสำคัญ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ การจัดเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ รวมถึงการให้บริการต่าง ๆ และเทคโนโลยีสารสนเทศ ยังถือเป็นเครื่องมือสำคัญต่อทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ไม่ว่าจะเป็นในส่วนของการบริหารจัดการ การรวบรวมจัดเก็บข้อมูล การวางแผน การประมวลผลระบบงาน การลงทุน การตัดสินใจ ตลอดจนช่วยให้เห็นถึงช่องทางและโอกาสใหม่ ๆ ต่อการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินการ อีกทั้งช่วยสนับสนุนการเติบโตและเสริมสร้างความยั่งยืนของหน่วยงาน[1] ด้วยเหตุนี้เทคโนโลยีสารสนเทศไม่ใช่แค่เป็นเครื่องมือในการอำนวยความสะดวกที่ช่วยสนับสนุนการทำงานให้แก่กลุ่มงาน/ฝ่ายต่าง ๆ แต่กลายมาเป็นแกนกลางหลัก ในกระบวนการทำงานของหน่วยงานในปัจจุบัน ทั่วโลก

จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ มุ่งไปสู่การบริหารจัดการในยุคดิจิทัล (Digital Era-Government: DEG) ที่ได้เข้ามาแทนที่ โดยการบริหารงานยุคดิจิทัลเป็นอนาคตของการบริหารจัดการภาครัฐ (The Future For Public Managemnet) ที่ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างกว้างขวาง ต่อเนื่องในเรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศ วัฒนธรรมองค์การ สังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิดและการประสาน การปฏิบัติงานของหน่วยงานรัฐทั้งหลายอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตามการที่หน่วยงานจะนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ ในหน่วยงานนั้นก็ควรที่จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหน้าที่ขององค์ประกอบต่าง ๆ ของระบบ ตั้งแต่โครงสร้างพื้นฐานของระบบสารสนเทศที่ควรมีความสอดคล้องกับระบบโครงสร้างของหน่วยงานรวมทั้งความคุ้มค่าในการลงทุนที่ต้องใช้จ่ายไป เพื่อการจัดซื้อจัดจ้างและการบำรุงรักษาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศด้วย เพราะถ้าหากหน่วยงานนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้โดยปราศจากความพร้อม ความเหมาะสม ขาดการกำกับดูแล และตรวจสอบที่ดีแล้วนั้น ย่อมทำให้ประสิทธิภาพด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของรัฐลดลง อาจก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบในทางลบ ต่อการดำเนินการของหน่วยงานตามมาได้ เช่น ระบบปฏิบัติการเกิดขัดข้อง ระบบไม่รองรับการทำงาน ระบบไม่สอดคล้องกับ

รูปแบบการทำงานของหน่วยงาน การผิดพลาดของข้อมูล ข้อมูลอันเป็นสินทรัพย์ของหน่วยงานรั่วไหล โดยเฉพาะในหน่วยงานภาครัฐที่เป็นศูนย์เก็บข้อมูลที่สำคัญของประชาชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดให้มีการควบคุมกำกับ ดูแลการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติงาน[2]

โดยการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT Audit) เป็นขั้นตอนในการตรวจสอบและประเมินความเสี่ยงที่อาจสร้างความเสียหายให้เกิดขึ้นกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมทั้งทำการแก้ไขหรือควบคุมความเสี่ยงที่พบเพื่อป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้นกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ตลอดจนเพื่อให้ระบบสามารถทำงานได้ตามเป้าหมายของหน่วยงานที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อีกทั้งการบริหารจัดการในเรื่องของเทคโนโลยีสารสนเทศให้ได้ ตามมาตรฐานด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัย ยังเป็นส่วนสำคัญในการกำกับดูแลกิจการที่ดี (Corporate Governance) ขององค์การด้วย ดังนั้น การตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศจึงเป็นกลไกสำคัญอีกด้านหนึ่งในการประเมินความเสี่ยง การควบคุมภายใน และการปฏิบัติตามมาตรฐานหรือกฎระเบียบต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน เนื่องจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ได้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้ในการดำเนินงาน ตั้งแต่การให้บริการถึงงานสนับสนุน และในอดีตที่ผ่านมาการดำเนินงานของกลุ่มตรวจสอบภายใน ยังไม่มีการดำเนินการตรวจสอบภายใน ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมาก่อน มีเพียงการตรวจสอบภายใน ด้านการเงิน ด้านการปฏิบัติ ตามกฎระเบียบ ด้านการดำเนินงาน และการตรวจสอบพิเศษ และการตรวจสอบดังกล่าวเป็นการตรวจสอบจากความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้ แต่สิ่งที่ยังขาดและยังไม่เห็นภาพชัดเจนคือ การตรวจสอบ เชิงระบบที่สามารถนำผลจากการตรวจสอบไปใช้แก้ไขปัญหาในภาพรวมของระบบ[2]

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการออกแบบเครื่องมือแนวทางในการตรวจสอบคุณภาพบัญชี ในระดับอำเภอ ระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพมาก่อน มีความเห็นว่าการตรวจสอบภายใน ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศจะเป็นจุดเริ่มต้นในการมองภาพการตรวจสอบเชิงระบบได้ชัดเจนขึ้น เนื่องจากการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศนั้นจะเป็นการมองแบบองค์รวมซึ่งมีหลายองค์ประกอบ เช่น ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ ฐานข้อมูล ผู้ใช้งาน ผู้ดูแล และนโยบายด้านความปลอดภัย เป็นต้น และประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งคือ **การตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT Audit) นั้นมีความเชื่อมโยงกับรายงานการเงินของหน่วยงานด้วย ซึ่งเป็นจุดสำคัญที่ทำให้การตรวจสอบ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศไม่ใช่เรื่อง “เฉพาะทาง” แต่อยู่ในแกนกลางของการควบคุมภายในทั้งหมด**กล่าวคือ (1) ระบบสารสนเทศเป็นโครงสร้างพื้นฐานในการจัดทำข้อมูลทางการเงิน หากระบบเหล่านี้ มีข้อมูลผิดพลาด ถูกปรับแก้ไขได้โดยง่าย ไม่มี Log บันทึกการเข้าใช้ระบบอาจทำให้รายงานทางการเงินคลาดเคลื่อนได้โดยไม่รู้ตัว (2) การควบคุมภายในด้าน IT ส่งผลต่อความถูกต้องของข้อมูลทางการเงิน เช่นการควบคุมสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูล (access control) การสำรองข้อมูลต่าง ๆ หากมีการควบคุม ที่ไม่เพียงพออาจทำให้มีการปลอมแปลงข้อมูล ข้อมูลหาย ถูกเจาะระบบ ได้ (3) การตรวจสอบด้าน IT ช่วยตรวจสอบความเชื่อมโยมระหว่างข้อมูลที่บันทึกกับรายงานที่แสดง (4) รายงานการเงินต้องใช้ข้อมูลจากหลายระบบ (Integrated systems) เช่น ระบบบัญชี พัสดุ การเงิน การตรวจสอบด้าน IT ตรวจสอบความถูกต้องของการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบเพื่อให้รายงานการเงินไม่ผิดพลาดได้

ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อนำมาใช้ในการตรวจสอบภายในของ กลุ่มตรวจสอบภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีความจำเป็นต้องเร่งดำเนินการเพื่อใช้ ในการประเมินการใช้ระบบเทคโนโลยี

สารสนเทศของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เกิดความมั่นใจได้ว่ามีความปลอดภัยและมีการควบคุมที่เพียงพอเหมาะสมในการจะให้ข้อมูลที่เกิดจากการดำเนินงานมีความถูกต้องครบถ้วน การวัดผลรูปแบบการตรวจสอบภายใน ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศดังกล่าว เป็นการใช้เครื่องมือ SWOT Analysis ร่วมกับการสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าตรวจสอบเพื่อนำผลมาใช้ในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศกับหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 แห่ง โดยแบ่งตามขนาดของหน่วยบริการ

3. เพื่อกำหนดแนวทางการจัดทำกลยุทธ์ในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ที่เหมาะสม ตามขนาดของหน่วยบริการ

4. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นด้วยการวัดผลจากข้อเสนอแนะที่ได้จากการนำเครื่องมือไปใช้ในการตรวจสอบ

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research)วิเคราะห์แบบผสมผสาน (Mixed Methods) เป็นการนำผลการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่ได้จากการนำรูปแบบการตรวจสอบที่พัฒนาขึ้นใหม่ชื่อ “CHANG – IT Audit Model” ไปใช้และใช้ทฤษฎี SWOT Analysis ประเมินสภาพแวดล้อมตามขนาดของโรงพยาบาล และวิเคราะห์ผลที่ได้จัดทำเป็นกลยุทธ์หรือแนวทางในการพัฒนา/ปรับปรุงให้การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดำเนินงานของโรงพยาบาลมีความปลอดภัย ครบถ้วน ถูกต้องและน่าเชื่อถือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 904 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 36 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 98 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 770 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึงหน่วยของข้อมูลบางส่วนที่ผู้วิจัยได้เลือกมาเพื่อใช้เป็นตัวแทนของหน่วยข้อมูลทั้งหมดหรือประชากรในการวิจัยที่ต้องการศึกษา[3]

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเน้นคัดเลือกผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์โดยตรงในโครงการที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดกลุ่มตัวอย่างหน่วยงานที่อยู่ในแผนตรวจสอบภายใน จำนวน 15 แห่ง และเลือกบุคลากรหลักที่รับผิดชอบงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ/ตรวจสอบภายใน แห่งละ 1 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทั้งหมด 15 คน

2. การให้เหตุผลเชิงทฤษฎีสำหรับการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เป็นการสำรวจเฉพาะกิจเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึก จากหน่วยงานที่เป็นตัวแทนระดับต่าง ๆ (รพศ., รพท., รพช.) และมีประสบการณ์หรือเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 15 คน โดยถือว่าจำนวนนี้เพียงพอต่อการได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน (Information Rich) และเป็นตัวแทนที่ดีในมิติของโครงสร้างหน่วยงานรวมถึงการที่ไม่ได้ใช้ Probability Sampling เพราะงานวิจัยนี้ไม่ได้ตั้งเป้าการสรุปผลไปสู่ประชากรทั้งหมด แต่เป็นการพัฒนาโมเดลซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้การสุ่มแบบสุ่มจริง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. หน่วยบริการที่อยู่ภายในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ., รพท., รพช.)

2. หน่วยบริการที่อยู่ในแผนการตรวจสอบภายในปีงบประมาณพ.ศ. 2568

3. มีบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคโนโลยีสารสนเทศหรือผู้เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีสารสนเทศ

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. หน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในแผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. หน่วยบริการที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

การสุ่มแบบกลุ่มเจาะจงตามชั้นภูมิ (Purposive Stratified Cluster Selection)

ผู้วิจัยแบ่งประชากรหน่วยงานออกเป็น 3 ชั้นภูมิ (รพศ., รพท., รพช.) และทำการคัดเลือกหน่วยงานเฉพาะกิจ (Clusters) จำนวน 15 แห่ง โดยพิจารณาจากหน่วยงานที่เคยมีส่วนร่วมในโครงการหรือมีข้อมูลที่จำเป็นต่อการวิจัย เพื่อให้เป็นตัวแทนในการศึกษาแต่ละชั้นภูมิ

กลุ่มประชากรตัวอย่าง

หน่วยบริการ	หน่วยงาน	กลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลศูนย์	5 แห่ง	5 คน
โรงพยาบาลทั่วไป	5 แห่ง	5 คน
โรงพยาบาลชุมชน	5 แห่ง	5 คน
รวม	15 แห่ง	15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แนวการตรวจสอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ สำหรับหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ ได้รับการออกแบบตามหลักการของ CHANG-IT Audit Model โดยนำกรอบมาตรฐาน GTAG, ISO/IEC 27001 และหลักการสอบบัญชี มาประยุกต์ใช้ ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการในสังกัด สป.สธ. ภายใต้แนวคิดเชิงระบบดังแสดงในภาพที่ 7 เพื่อจัดทำแนวการตรวจสอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ตามบริบทของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การสร้างและทดสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้นำแนวการตรวจสอบ (Audit Program) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ได้ตรวจสอบและพิจารณาให้เป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องรวมถึงกฎหมาย ข้อบังคับของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

2. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก (SWOT Analysis)

3. แบบสอบถาม ที่เป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ระบุเฉพาะตำแหน่งและการมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตรวจสอบ)

ส่วนที่ 2 การประเมินคุณค่าที่ได้รับจากการตรวจสอบ มี 5 ระดับความเห็นและมี 5 คำถาม กำหนดเกณฑ์การให้ความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายความว่า อยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายความว่า อยู่ในระดับเห็นด้วย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายความว่า อยู่ในระดับพอเห็นด้วย

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายความว่า อยู่ในระดับไม่เห็นด้วย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายความว่า อยู่ในระดับไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจสอบ มี 5 ระดับความเห็นและมี 5 คำถาม กำหนดเกณฑ์การให้ความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายความว่า อยู่ในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายความว่า อยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายความว่า อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายความว่า อยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายความว่า อยู่ในระดับแย่

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น (ปลายเปิด) ประกอบด้วย 3 ประเด็น ให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นจากมุมมองหรือประสบการณ์ของตนเอง

การตรวจสอบเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่มีการปรับปรุงแก้ไขแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาปรากฏว่าข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์ มีค่าดัชนี (IOC) สอดคล้องระหว่าง 0.60 – 1.00 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.50 จึงไม่ต้องทำการตัดข้อคำถามในแบบสอบถามออก นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้บริหาร หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน เจ้าหน้าที่ไอที เจ้าหน้าที่การเงิน ที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (coefficient-Alpha) ของ Cronbach ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.94

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยดำเนินการค้นคว้าศึกษาข้อมูลต่าง ๆ และรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มาตรฐานการตรวจสอบภายในระดับสากล หน่วยงานด้านวิชาชีพการตรวจสอบทั้งสภาวิชาชีพบัญชีในพระบรมราชูปถัมภ์และสมาคมผู้ตรวจสอบภายในแห่งประเทศไทยรวมถึง มาตรฐาน ISO ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงศึกษาบทความ การศึกษา วิเคราะห์ วิจัยจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ได้มีการดำเนินการตรวจสอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาออกแบบแนวการตรวจสอบ (Audit Program) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. นำแนวทางการตรวจสอบ (Audit Program) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ใช้ในการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศกับหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามแผนการตรวจสอบภายใน กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ทั้งหมด 15 แห่ง

4. นำผลที่ได้จากการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและสภาพแวดล้อมภายนอก (SWOT Analysis) เพื่อเป็นข้อมูลนำมาใช้ในการให้ข้อเสนอแนะเชิงระบบและหน่วยรับตรวจสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุง/พัฒนาได้อย่างชัดเจน

5. เพื่อให้เกิดคุณค่า (Value) ของการตรวจสอบภายใน ซึ่งคุณค่าดังกล่าววัดจากหน่วยรับตรวจ ด้วยการสอบถามผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องของหน่วยรับตรวจถึงผลลัพธ์ (Outcome) ที่ได้จากข้อเสนอแนะว่าสามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่หน่วยรับตรวจในการนำไปใช้ในการปรับปรุง ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่หน่วยงานใช้อยู่ให้มีการควบคุมที่เพียงพอ เหมาะสมได้หรือไม่เพียงใดพร้อมกับการเปิดรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องของหน่วยรับตรวจเพื่อการพัฒนาการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่อไปด้วยแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดย content analysis

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้ความถี่ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) คะแนนสูงสุด (Maximum) คะแนนต่ำสุด (Minimum) และ สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. แนวทางการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีอยู่ยังขาดการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของระบบงาน และกระบวนการย้อนรอยข้อมูล แบบ end-to-end ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนา CHANG – IT Audit Model ประกอบด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ การควบคุมทั่วไป (General Control) การควบคุมระบบงาน (Application Control) การควบคุมการรักษาความปลอดภัย (Security Control)
โดยมีกระบวนการวิเคราะห์ผลรวมเพื่อมองภาพรวมของระบบงาน และนำเสนอข้อเสนอแนะ ที่เหมาะสมกับแต่ละบริบท

หมายเหตุ : ชื่อ “CHANG – IT Audit Model” เป็นชื่อที่ผู้วิจัยตั้งขึ้นโดย “CHANG” มาจาก

C มาจากคำว่า Comprehensive หมายถึง ความครอบคลุม

H มาจากคำว่า Holistic หมายถึง องค์รวม

A มาจากคำว่า Adaptive หมายถึง ความยืดหยุ่น

N มาจากคำว่า Networked หมายถึง การเชื่อมโยงกัน

G มาจากคำว่า Governance หมายถึง การกำกับดูแล

ซึ่งรวมกันจะสะท้อนถึงการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ครอบคลุมทั้งระบบ มีความยืดหยุ่นในบริบทของแต่ละหน่วยบริการและมุ่งเน้นการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และคำว่า CHANG มาจากชื่อผู้วิจัย (สมบูรณ์ สิงห์พรม หรือ ชื่อเล่น “ช้าง”) เพื่อจะสื่อถึงความเป็นเจ้าของนวัตกรรมและสะท้อนคุณลักษณะของโมเดลที่มากกว่าความหมายข้างต้น ได้แก่ ความมั่นคง ความรอบด้าน และวิสัยทัศน์ ซึ่งเป็นคุณสมบัติสำคัญในการตรวจสอบภายในยุคดิจิทัลด้วย รายละเอียดดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบที่ 1 แสดงขั้นตอนการตรวจสอบของ CHANG – IT Audit Model

จากภาพประกอบที่ 1 แสดงขั้นตอนการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศตามรูปแบบของ CHANG – IT Audit Model ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย นั้นแสดงให้เห็นว่า การตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น จะต้องมีการศึกษา ทำความเข้าใจบริบทของหน่วยบริการก่อน เพื่อที่จะได้เลือกการตรวจสอบในรายละเอียด ที่เหมาะสม เช่น ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม ควรมีรายละเอียดเท่าไหร่ถึงจะเพียงพอที่จะจัดว่า มีการควบคุมที่เพียงพอเหมาะสม ด้านความปลอดภัยของระบบเช่นเดียวกัน แต่ที่จะแตกต่างออกไปคือด้านการควบคุมระบบงาน ซึ่งแต่ละแห่งมีการใช้ระบบงานที่แตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่ระบบการให้บริการจะเป็นระบบเดียวที่เชื่อมโยงการให้บริการทั้งหมดไว้ด้วยกัน แต่สำหรับงานสนับสนุนประเภทงานการเงิน งานบัญชี งานพัสดุ งานเรียกเก็บ จะมีระบบงานที่หลากหลาย รวมถึงไม่เชื่อมโยงกัน และยังมีการใช้ระบบมือร่วมด้วย ดังนั้นการออกแบบการตรวจสอบในแนวการตรวจสอบในด้านระบบงานจะไม่สามารถ ลงรายละเอียดแล้วตรวจตามเพียงเท่านั้นได้ จำเป็นที่ต้องใช้ข้อมูลเมื่อลงตรวจสอบอีกครั้งเพื่อประเมินบริบทของระบบงาน และนำมาปรับแก้ตามข้อเท็จจริงที่พบ ซึ่งถือว่าเป็นจุดที่ยากที่สุดในการตรวจสอบ จำเป็นต้องใช้ผู้ตรวจสอบภายในที่มีความรู้ความเข้าใจในบริบทของหน่วยบริการเป็นอย่างดี

2. การศึกษาและวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 แห่ง โดยแบ่งตามขนาดของหน่วยบริการ

โรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาดมีจุดอ่อนร่วมกันคือ ข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน ขาดการทบทวนสิทธิ์ผู้ใช้งานและมีความเสี่ยง PDPA ส่วนความแตกต่างคือ โรงพยาบาลศูนย์มีระบบมาก ที่สุดแต่มีความซับซ้อนและมีการลงทุนสูง โรงพยาบาลทั่วไปมีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีแต่ยังขาด การจัดทำเอกสารให้สมบูรณ์ รวมถึงขาดการบูรณาการร่วมกัน โรงพยาบาลชุมชนจะพบปัญหาข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณด้านเทคโนโลยีมากกว่าขนาดใหญ่

3. กำหนดแนวทางการจัดทำกลยุทธ์ในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ที่เหมาะสม ตามขนาดของโรงพยาบาล พบว่า

โรงพยาบาลศูนย์มีลักษณะเป็นหน่วยบริการขนาดใหญ่ มีปริมาณข้อมูลผู้ป่วยและระบบสารสนเทศจำนวนมาก จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบกำกับดูแลและรักษาความปลอดภัยข้อมูล ในระดับที่สูงและครอบคลุม กลยุทธ์การพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่

1. จัดตั้งศูนย์กลางการบริหารจัดการข้อมูลและความปลอดภัยสารสนเทศ เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบและกำกับดูแลการใช้ข้อมูลอย่างบูรณาการ และเป็นกลไกกลางในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ด้านความปลอดภัยไซเบอร์

2. พัฒนาระบบการกำกับดูแลข้อมูล (Data Governance) โดยจัดทำ Master Data, Data Dictionary และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือ ของข้อมูล

3. ยกระดับความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ด้วยการนำสถาปัตยกรรม Zero Trust และการยืนยันตัวตนหลายปัจจัย (2FA) มาใช้ในระบบที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่มีความสำคัญ

4. เสริมสร้างความพร้อมในการฟื้นฟูระบบ ด้วยการทดสอบการกู้คืนข้อมูลตามแผน BCP/DRP อย่างต่อเนื่อง

5. สร้างวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยไซเบอร์ โดยกำหนดตัวชี้วัดในระดับผู้บริหารและ จัดกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลทั่วไปเป็นหน่วยบริการขนาดกลางที่มีระบบสารสนเทศหลากหลาย แต่ยังขาดการเชื่อมโยงอย่างบูรณาการ จึงควรกำหนดกลยุทธ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการข้อมูลและ ลดความเสี่ยงจากข้อผิดพลาด กลยุทธ์ที่สำคัญ ได้แก่

1. พัฒนาระบบข้อมูลแบบบูรณาการ (Single Source of Truth) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูล จากระบบงานหลัก เช่น ระบบเวชระเบียน การเงิน บัญชี และพัสดุ ให้เป็นข้อมูลชุดเดียวที่น่าเชื่อถือ จัดทำคลังข้อมูลกลาง (Data Warehouse) เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์และการตรวจสอบภายในที่โปร่งใส

2. นำเทคโนโลยี AI หรือ RPA มาใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อลดความผิดพลาดและป้องกันความเสี่ยงจากการทุจริต

3. ยกระดับการจัดทำเอกสารและข้อกำหนดด้านกฎหมาย เช่น การจัดทำข้อตกลง การรักษาความลับ (NDA), รายการกิจกรรมการประมวลผลข้อมูล (RoPA) และการกำหนดหน้าที่บุคลากรอย่างชัดเจน

4. เสริมการบริหารจัดการสิทธิ์การใช้งานระบบสารสนเทศ ด้วยกระบวนการ User Lifecycle Management และการทบทวนสิทธิ์การใช้งานอย่างสม่ำเสมอ

โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการขนาดเล็กที่มักเผชิญข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ แต่ยังคงต้องให้ความสำคัญต่อความถูกต้องและความปลอดภัย ของข้อมูลผู้ป่วย กลยุทธ์การพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่

1. ใช้แนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมกับทรัพยากร โดยเริ่มจากการใช้ระบบ VPN ร่วมกับการยืนยันตัวตนแบบ 2FA และค่อย ๆ พัฒนาไปสู่การใช้สถาปัตยกรรม Zero Trust ตามความพร้อม ใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH Digital Platform) หรือโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อรองรับงานหลัก เพื่อลดภาระด้านการลงทุนและการพัฒนาเอง

2. จัดทำระบบการกำกับดูแลข้อมูลในระดับพื้นฐาน เช่น การจัดทำ Data Dictionary และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ

3. เสริมสร้างศักยภาพบุคลากร ผ่านการอบรมด้านความปลอดภัยไซเบอร์และกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA)

4. สร้างความพร้อมในการกู้คืนข้อมูล ด้วยการทดสอบระบบสำรองข้อมูลและการฟื้นฟูระบบอย่างน้อยปีละครั้ง

การกำหนดกลยุทธ์ของโรงพยาบาลทั้งสามระดับมีจุดร่วมคือการพัฒนาระบบข้อมูลและความปลอดภัยสารสนเทศให้มีมาตรฐานและสอดคล้องกับนโยบาย Smart Hospital และกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล แต่แตกต่างกันในระดับความเข้มข้นและทรัพยากรที่ใช้ โดยโรงพยาบาลศูนย์ควรมุ่งสู่ การเป็นต้นแบบด้านการกำกับดูแลข้อมูล โรงพยาบาลทั่วไปควรเน้นการบูรณาการข้อมูลและเสริม การควบคุมขณะที่โรงพยาบาลชุมชนควรเน้นโซลูชั่นหรือแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับข้อจำกัด เชิงทรัพยากรควบคู่กับการสร้างวินัยและทักษะของบุคลากร

4. ประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือหรือรูปแบบที่ใช้ในการตรวจสอบจากการสอบถามความคิดเห็นจากผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 แห่ง สรุปได้ดังนี้

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่ไอที คิดเป็นร้อยละ 60 จากทั้งหมด 15 คน รองลงมาคือหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานและเจ้าหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.3) มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตรวจสอบภายในนี้โดยตรง

การประเมินคุณค่าที่ได้รับจากการตรวจสอบโดยรวมแล้วผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นในระดับ “**เห็นด้วย**” ว่าการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในครั้งนี้ “**สร้างคุณค่า**” ให้กับหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็น (1) ข้อเสนอแนะที่ชัดเจน โดยผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าข้อเสนอแนะที่ได้รับมีความชัดเจนและสามารถนำไปใช้ปรับปรุงงานได้จริง (2) การใช้ประโยชน์จากผลการตรวจสอบ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าสามารถนำผลการตรวจสอบไปใช้ ในการวางแผนพัฒนาหรือขอรับสนับสนุนงบประมาณได้ (3) การตระหนักถึงความเสี่ยง การตรวจสอบช่วยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจความ

เสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์และเห็นจุดอ่อนด้านไอดีที่ไม่เคยรู้มาก่อน (4) การสร้างคุณค่าโดยรวม ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าการตรวจสอบครั้งนี้สร้างคุณค่าให้กับหน่วยงานโดยรวม

ความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจสอบ ในภาพรวมของความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจสอบอยู่ในระดับ “ดีมาก” โดยมีคะแนนความพึงพอใจสูงในประเด็น การสื่อสารที่ชัดเจน ความเข้าใจในบริบทงาน ข้อเสนอแนะเชิงสร้างสรรค์ และการประชุมที่เปิดเผยที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างเปิดเผยและสร้างสรรค์

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสถิติ (Correlation) แสดงให้เห็นว่า (1) ตำแหน่งงานกับการประเมินคุณค่า ผู้ตอบแบบสอบถามที่ดำรงตำแหน่งต่างกัน มีความคิดเห็นต่อคุณค่าของการตรวจสอบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2) ตำแหน่งงาน กับพึงพอใจ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งงานกับความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจสอบ **ยกเว้น** ประเด็นที่ว่า "ผู้ตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะที่เป็นมิตร" ซึ่งมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3) การมีส่วนร่วมกับการประเมินคุณค่าและความพึงพอใจนั้น ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง การมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตรวจสอบกับการประเมินคุณค่าหรือความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจสอบ (4) ความพึงพอใจกับการประเมินคุณค่า มี 2 ประเด็นคือ ความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจสอบ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรู้สึกที่ว่า “การตรวจสอบช่วยให้เห็นจุดอ่อน” และ “สามารถ นำผลไปใช้ในการวางแผนได้" กับ ในทางกลับกัน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจ กับข้อเสนอแนะที่ชัดเจนและการสร้างคุณค่าโดยรวม

สรุปข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในแบบสอบถามพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามให้ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงการตรวจสอบในอนาคต เช่น ควรเน้นและเจาะลึกในด้านของความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพหรือประสิทธิภาพของงาน และเพิ่มการใช้ระบบดิจิทัลเพื่อลดงานเอกสาร นอกจากนี้ยังเสนอให้ส่วนกลางจัดการเรื่องความปลอดภัยทางไซเบอร์ในภาพรวมทั้งกระทรวง เพราะหน่วยบริการไม่มีทรัพยากรที่เพียงพอทั้งงบประมาณและบุคลากร รวมถึงความเข้าใจในการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบด้วย

สรุปและอภิปรายผล

1. การเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) ผลการวิจัยได้พัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ CHANG – IT Audit Model แสดงให้เห็นถึงการนำแนวคิดระบบเปิด (Open System) มาใช้ในการบริหาร การตรวจสอบโดยมีการรับปัจจัยนำเข้า (Input) จากสภาพแวดล้อม เช่น ข้อมูลความเสี่ยง และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ผ่านกระบวนการตรวจสอบและให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) เพื่อปรับปรุงระบบงานของหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Friedman & Allen[4] และ ทิศนา แขมมณี[5] ที่เน้นว่าการบริหารเชิงระบบต้องอาศัยการมององค์รวมและ การเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ ผลการวิจัยยังต่อยอดแนวคิดดังกล่าว โดยแปลงจากระบบบริหารทั่วไปไปสู่ “ระบบตรวจสอบแบบบูรณาการ” (Integrated Audit System) ซึ่งเป็นนวัตกรรมใหม่ที่สะท้อนความเป็น ระบบเปิดอย่างแท้จริง กล่าวคือ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและเรียนรู้ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล แต่ละระดับ เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิด System Thinking ในบริบทของการตรวจสอบภายใน หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม

2. การอภิปรายเปรียบเทียบกับแนวคิดเทคโนโลยีสารสนเทศและการตรวจสอบด้าน IT การพัฒนาแนวทางตรวจสอบที่อิงมาตรฐาน GTAG และ ISO/IEC 27001 สอดคล้องกับแนวคิดเทคโนโลยีสารสนเทศในบทที่ 2 ที่มองว่าเทคโนโลยีเป็นเครื่องมือหลักในการเสริมประสิทธิภาพขององค์การ[6] โดยเฉพาะ

การตรวจสอบที่ใช้เทคโนโลยี ช่วยตรวจจับความเสี่ยงและความผิดปกติในระบบงานต่าง ๆ

ผลการวิจัยครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น AI, RPA และ Data Analytics Dashboard เข้ามาช่วยในกระบวนการตรวจสอบ เป็นแนวทางที่ตอบสนองต่อแนวคิด “Digital Transformation” ซึ่งช่วยยกระดับจากการตรวจสอบแบบเดิมที่เน้นเอกสารและการตรวจสอบภายหลัง (Reactive Audit) ไปสู่การตรวจสอบเชิงรุก (Proactive Audit) ที่สามารถคาดการณ์และแจ้งเตือนความเสี่ยงได้ล่วงหน้า นอกจากนี้ ยังพบว่า ผลการวิจัย สอดคล้องกับงานของวิกรม บุญนุ่น[7] ที่ชี้ว่า การเชื่อมโยงข้อมูลแบบพลวัต (Dynamic System) จะช่วยให้หน่วยงานสามารถควบคุมความเสี่ยง ทางเทคโนโลยีได้ดีกว่าระบบที่แยกส่วน ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่ารูปแบบ CHANG – IT Audit Model มีความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของหน่วยบริการในปัจจุบัน

3. การใช้แนวคิด SWOT และ TOWS Matrix ในการวิเคราะห์กลยุทธ์ การนำ SWOT และ TOWS Matrix มาประเมินสภาพแวดล้อมและกำหนดกลยุทธ์ในบทที่ 5 เป็นการประยุกต์แนวคิดเชิงวิเคราะห์จากบทที่ 2 (2.7) อย่างมีระบบ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ ธริศร เทียบปาน[8] ที่เสนอให้ใช้ SWOT เป็นเครื่องมือในการออกแบบแนวทางพัฒนานโยบายและกลยุทธ์ขององค์กร โดยเฉพาะในกรณีที่มีความแตกต่างของทรัพยากรและขนาดหน่วยงาน ผลการวิเคราะห์ในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงการใช้ SWOT เพื่อพัฒนากลยุทธ์เฉพาะตามขนาดของโรงพยาบาล ทั้งขนาดศูนย์ ทั่วไป และชุมชน ซึ่งเป็นการต่อยอดการใช้เครื่องมือเชิงกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับบริบท ของงานตรวจสอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

4. การอภิปรายในมิติของการบริหารความเสี่ยงและธรรมาภิบาลข้อมูล (Data Governance) ผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นถึงการจัดตั้งระบบ Data Governance, Master Data และ Single Source of Truth นับเป็นการยืนยันถึงความสำคัญของการควบคุมข้อมูลภายในที่บทที่ 2 ได้กล่าวถึง ในหัวข้อแนวคิดการบริหารความเสี่ยงด้านเทคโนโลยี (2.6) และระบบรักษาความปลอดภัยของสารสนเทศ (2.3.6) โดยเฉพาะการรักษาความลับ ความถูกต้อง และความพร้อมใช้ของข้อมูล (CIA Model) ซึ่งเป็นหลักสำคัญของการตรวจสอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การมีระบบกำกับดูแลข้อมูลและกระบวนการประเมินความเสี่ยงตามกรอบ ISO/IEC 27001 ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Hofmann-Wellenhof et al.[9] ที่ระบุว่าการเชื่อมโยงข้อมูลและ การป้องกันการรั่วไหลเป็นกลไกสำคัญในการคงเสถียรภาพของระบบแบบเปิด (Open System)

5. การอภิปรายเชิงเหตุ – ผลและการเติมเต็มช่องว่างของการวิจัยเดิม (Research Gap) จากบทที่ 2 ได้ระบุช่องว่างของการวิจัยว่าหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังขาด “รูปแบบการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่เป็นระบบและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล” ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสามารถเติมเต็มช่องว่างดังกล่าวได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยการพัฒนา CHANG–IT Audit Model ที่มีโครงสร้างยืดหยุ่นตามขนาดของหน่วยบริการ มีความเชื่อมโยงของข้อมูล (Data Integration) และมีเครื่องมือวัดผลลัพธ์ (Outcome-based Evaluation) ซึ่งไม่เพียงสอดคล้อง กับวรรณกรรมเดิมแต่ยังเป็นการต่อยอดสู่การสร้างนวัตกรรมใหม่ทางวิชาการ กล่าวได้ว่าผลการวิจัยนี้ ได้ปิดช่องว่าง ที่ และสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบท ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

6. การอภิปรายผลจากแบบสอบถาม ผลการวิจัยในส่วนของแบบสอบถามสะท้อนความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสม ประสิทธิผล และคุณค่าของรูปแบบการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (CHANG–IT Audit Model) โดยผลคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ใน

ระดับ มากถึงมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นพ้องว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทของหน่วยบริการ ทั้งนี้สามารถอภิปรายในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. มิติด้านคุณค่าที่ได้รับจากการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ผลการประเมินพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เกี่ยวกับการที่การตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศช่วยให้หน่วยงานสามารถ มองเห็นจุดอ่อนของระบบ IT ($\bar{x}$=4.00), ได้รับข้อเสนอแนะที่ชัดเจนและนำไปปฏิบัติได้จริง ($\bar{x}$=4.27), และเข้าใจความเสี่ยงทางไซเบอร์และนำผลไปใช้ในการวางแผนพัฒนา ($\bar{x}$=4.07)

ผลดังกล่าวสะท้อนว่า การตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศไม่ได้เป็นเพียง การตรวจจับข้อบกพร่อง แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ขององค์กรที่สร้างคุณค่าเชิงกลยุทธ์ (Strategic Value) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสถาบันผู้ตรวจสอบภายใน[10] ที่มองว่าการตรวจสอบยุคดิจิทัลต้องสร้างคุณค่า (Value Creation) และส่งเสริมการตัดสินใจเชิงข้อมูล (Evidence-based Decision Making) และผลนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Thinking) ของทิศนา แขมมณี[5] ที่อธิบายว่าระบบที่ดีต้องมีวงจรการเรียนรู้ (Feedback Loop) เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการตรวจสอบที่ให้ข้อเสนอแนะและนำไปใช้พัฒนาได้จริง แสดงถึงการเกิดวงจรการเรียนรู้ในระบบบริหารงานภายในหน่วยบริการ

2. มิติด้านความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจสอบ ผลการวิจัยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถาม มีระดับความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจสอบภายในในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการสื่อสารก่อนและระหว่างตรวจสอบ ($\bar{x}$=4.33) และด้านข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา ($\bar{x}$=4.20) ในขณะที่การเก็บรวบรวมข้อมูลไม่รบกวนงานประจำอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางมาก” ($\bar{x}$=3.73) สะท้อนถึงคุณลักษณะของ ผู้ตรวจสอบยุคดิจิทัล (Digital Auditor) ที่ต้องมีทั้งความรู้ด้านเทคโนโลยีและทักษะด้านการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kokina และ Davenport[11] ที่เสนอว่า AI-enabled auditing จำเป็นต้องผสมผสานระหว่างเทคโนโลยีอัจฉริยะและมนุษย์ในการตรวจสอบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจบริบทจริงขององค์กรและลดผลกระทบต่อการปฏิบัติงานประจำ และยังสนับสนุนงานของ นันทนา วงศ์สุวรรณ[12] ที่พบว่าความพึงพอใจต่อการตรวจสอบจะสูงขึ้นเมื่อผู้ตรวจสอบมีความเข้าใจในบริบทและวัฒนธรรมของหน่วยงานที่รับการตรวจสอบ ซึ่งในบริบทของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจสอบที่เข้าใจระบบบริการและโครงสร้าง IT จะสามารถสื่อสารและเสนอแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับสภาพจริง ได้มากขึ้น

นอกจากนี้ ความพึงพอใจในระดับสูงยังบ่งชี้ถึงความพร้อมของหน่วยบริการ ที่จะนำ แนวทางการตรวจสอบแบบใหม่มาใช้ในระบบงานจริง ซึ่งสะท้อนแนวคิดของทฤษฎีระบบเปิด (Open System Theory) (Friedman และ Allen, 2014) ที่อธิบายว่าระบบที่สามารถเปิดรับและปรับตัว ตามข้อมูลย้อนกลับจากภายนอกได้ จะมีความยั่งยืนและพัฒนาได้ต่อเนื่อง

3. มิติด้านความเป็นไปได้และการยอมรับ (Feasibility & Acceptance) ผลการประเมิน ในประเด็นด้านความเป็นไปได้และการยอมรับของผู้ใช้ (Acceptance) อยู่ในระดับมาก ซึ่งหมายความว่าผู้เกี่ยวข้องในระบบตรวจสอบเห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ได้จริงและมีความยืดหยุ่นต่อบริบทของแต่ละหน่วยบริการ สอดคล้องกับแนวคิดของ ธริศร เทียบปาน[8] ที่ชี้ว่าความสำเร็จของการนำนวัตกรรมระบบงานมาใช้ในองค์กรขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมและ การยอมรับของผู้ใช้มากกว่าความสมบูรณ์ของระบบเพียงอย่างเดียว การที่ผู้ตอบแบบสอบถามให้คะแนนสูงจึงสะท้อนว่าการออกแบบโมเดล CHANG–IT Audit ได้คำนึงถึงมิติการมีส่วนร่วมและการปรับ ให้เหมาะสมกับขนาดของ

หน่วยงาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Innovation Adoption Theory[13] ที่ระบุว่า ปัจจัยด้านความเข้าใจ ความสะดวกในการใช้ และประโยชน์ที่เห็นได้จริง (Perceived Usefulness) เป็นตัวกำหนดการยอมรับเทคโนโลยีใหม่ในองค์กร

4. มิติด้านความสัมพันธ์เชิงสถิติระหว่างคุณค่าและความพึงพอใจ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสถิติพบว่า การตรวจสอบที่ช่วยให้หน่วยงานมองเห็นจุดอ่อนด้าน IT และสามารถนำผลไปใช้พัฒนา มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจสอบ ($r=0.538^*$, $p<0.05$ และ $r=0.634^{**}$, $p<0.01$) ซึ่งสามารถตีความได้ว่า การตรวจสอบที่มีคุณภาพจะสร้างความพึงพอใจและความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับการตรวจสอบ สอดคล้องกับแนวคิดของ Ramamoorti[14] ที่เสนอว่า “คุณค่าของการตรวจสอบภายในเกิดจากการสร้างความเชื่อมั่นและการพัฒนาร่วมกัน” (Assurance & Co-creation of Value) และยังสอดคล้องกับแนวทางของ IIA (2020) ที่ให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ตรวจสอบภายในในฐานะ “หุ้นส่วนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Partner)” ที่ช่วยให้องค์กรมองเห็นแนวโน้มความเสี่ยงและเตรียมการรับมือได้ก่อนเกิดปัญหา

ผลจากแบบสอบถามเป็นการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นดังนั้น จากผลที่กล่าวมาข้างต้นจึงสามารถสรุปได้ว่ารูปแบบการตรวจสอบภายในด้านเทคโนโลยีสารสารสนเทศภายใต้ CHANT – IT Audit Model นั้น มีความเหมาะสมและได้รับการยอมรับในระดับสูง สามารถสร้างคุณค่าให้แก่องค์กรในด้านการเรียนรู้ การควบคุมความเสี่ยงและการพัฒนาระบบข้อมูล และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้าน System Thinking IT Governance และ Data Governance ดังนั้นแบบสอบถามจึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันความถูกต้องของโมเดลเชิงแนวคิดและสนับสนุนการพัฒนาแนวทางการตรวจสอบภายในที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องอาศัยข้อมูลและระบบสารสนเทศในการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาแรกคือการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT Infrastructure) ตามที่ให้ข้อเสนอไว้ตามขนาดของโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลในระดับที่ยอมรับได้ รวมถึงการพัฒนาในส่วนกลางและนำไปสู่การพัฒนาในขั้นต่อไป

2. การใช้เทคโนโลโลยีและ Data Analytics เราสามารถนำเทคโนโลยีมาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ลดการใช้ทรัพยากรและสร้างความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ในลักษณะเชิงรุก เช่น

2.1 การตรวจสอบด้วยข้อมูล (Data-Driven Audit) นำซอฟต์แวร์มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดขององค์กร (Full Population Testing) แทนการสุ่มตรวจตัวอย่างเหมือนที่ผ่านมา ทำให้พบข้อผิดพลาดหรือความเสี่ยงที่ซ่อนอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 Continuous Auditing & Monitoring สร้างระบบเพื่อตรวจสอบและเฝ้าระวังการดำเนินงานที่สำคัญแบบเรียลไทม์หรือเป็นช่วง ๆ สม่ำเสมอ เช่น ใช้ Data Analytics ตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้างทั้งหมดเพื่อหาความสัมพันธ์ที่อาจนำไปสู่การทุจริตหรือตรวจสอบการใช้จ่ายเงินค่าตอบแทน ไม่ทำเวชปฏิบัติครอบครัวที่ผิดปกติกับสัญญาที่ทำไว้กับหน่วยงาน เป็นต้น

3. การพัฒนาเครื่องมือการตรวจสอบด้วยปัญญาประดิษฐ์ (AI) ที่สามารถประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบบจาก Data Center ส่วนกลางเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามข้อเสนอแนะในข้อที่ 2 ร่วมด้วย โดยมีจุดเด่นของโครงการดังนี้

3.1 เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรภาครัฐ กล่าวคือ ปัญญาประดิษฐ์ (AI) สามารถ ประมวลผลข้อมูลปริมาณมากจากหลายหน่วยบริการพร้อมกัน ลดความ

จำเป็นในการลงตรวจสอบ ที่หน่วยงานทำให้การใช้ทรัพยากร ทั้งงบประมาณและบุคลากรตรวจสอบเกิดประโยชน์สูงสุด

3.2 การตรวจสอบเชิงรุก (Proactive Audit) จากข้อมูลส่วนกลางที่เป็น Data Center กลางนั้น ปัญญาประดิษฐ์ (AI) สามารถวิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยง ค้นหารูปแบบผิดปกติ (anomaly detection) และแจ้งเตือนล่วงหน้า เพื่อให้การตรวจสอบไม่จำกัดเพียงการแก้ปัญหาภายหลัง แต่เป็นการป้องกันความเสี่ยงก่อนที่จะเกิดผลเสียหาย

3.3 การจัดลำดับความเสี่ยงเพื่อกำหนดพื้นที่ตรวจสอบเชิงลึก ปัญญาประดิษฐ์ (AI) จะช่วย ระบุหน่วยงานหรือกระบวนการที่มี “ความเสี่ยงสูง” จากข้อมูลเชิงประจักษ์ ทำให้ผู้ตรวจสอบ สามารถเลือกลงตรวจสอบที่หน่วยงาน เฉพาะหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงแทนการสุ่ม ลดต้นทุนและ เพิ่มความคุ้มค่าได้เป็นอย่างดี

3.4 สร้างองค์ความรู้และการเรียนรู้ของระบบ (Learning System) เมื่อใช้ ปัญญาประดิษฐ์ (AI) อย่างต่อเนื่อง ข้อมูลที่ได้จะสะสมและช่วยให้ระบบฉลาดขึ้น สามารถพัฒนาความแม่นยำ ของการคาดการณ์ความเสี่ยง และปรับตัวให้เข้ากับพฤติกรรมใหม่ ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.Janahi, L., Griffiths, M., & Al-Ammal, H. (2015). A conceptual model for IT Governance: A case study Research. Paper presented at International Conference on Computer Vision & Image Analysis Applications, Sousse, Tunisia.

2. Dunleavy, Patrick, and others, 'New Public Management Is Dead—Long Live Digital-Era Government', Digital Era Governance: IT Corporations, the State, and e-Government (Oxford, 2006; online edn, Oxford Academic, 3 Oct. 2011), https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199296194.003.0009, accessed 24 Nov. 2025.

3. ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2555). การวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ: บิสอาร์แอนด์ดี

4. Friedman, B. D., & Allen, K. M. (2014). Systems Theory (1 ed.). (J. R. Brandell, Ed.) Sage. doi:DOI:10.13140/2.1.1132.9281

5. ทิศนา แขมมณี. (2556). ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มี. ประสิทธิภาพ. (พิมพ์ครั้งที่16). กรุงเทพฯ: สานักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.

6. สุชาดา กีระนันทท์. (2544). เทคโนโลยีสารสนเทศสถิติ: ข้อมูลในระบบสารสนเทศ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

7. วิกรม บุญนุ่น. (2568, 30 มกราคม). ทฤษฎีระบบ System Theory: ความรู้ความเข้าใจเบื้องต้น. https://kmnec.crurds.com/archives/293

8. ธริศร เทียบปาน. (2562). การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการเพื่อยกระดับคุณภาพผู้เรียน โรงเรียนการกุศลของวัดในพระพุทธศาสนาในเขตจังหวัดภาคใต้. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.

9. B. Hofmann-Wellenhof, H. Lichtenegger and J. Collins.(2001). “GPS Theory and Practice,” 5th Edition, Springer, New York.

10. สมาคมผู้ตรวจสอบภายในสากล (IIA). สินทรัพย์ดิจิทัล คริปโตเคอเรนซี และเทคโนโลยี Blockchain : ความรู้เบื้องต้นสำหรับผู้ตรวจสอบภายใน" วันเสาร์ที่ 29 กรกฎาคม 2566. เอกสารประกอบการเสวนา

11. Kokina, Julia & Davenport, Thomas. (2017). The Emergence of Artificial Intelligence: How Automation is Changing Auditing. Journal of Emerging Technologies in Accounting. 14. 10.2308/jeta-51730.

12. นันทนา วงศ์สุวรรณ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ตรวจสอบภายในกับความพึงพอใจของผู้บริหารหน่วยรับตรวจในหน่วยงานภาครัฐ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 12(2), 45–60.

13. Rogers, E.M. (2003). Diffusion of innovations (5th ed.). New York: Free Press

14. Ramamoorti, S. (2018). Discussant Response to Commentary by Nolder and Palmrose, “Economic Analysis of Proposed PCAOB Standards: Finding a Path Forward” Accounting Horizons 32 (2): 201-209.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง

Effects of a self-management program to change behavior in Pre- DM group groups on blood sugar levels at Ban Phueng Subdistrict Health Promoting Hospital.

(Received: November 20,2025 ; Revised: December 21,2025 ; Accepted: December 22,2025)

อุทัยวรรณ อาจจำนง[1] อรอุมา แก้วเกิด[2]
Uthaiwan Artjhomnong[1] Onuma Kaewkerd[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มเสี่ยงสูง (Pre-DM) ต่อการเกิดโรคเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาล DTX อย่างน้อย 100-125 mg% โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง จำนวน 45 คน จับสลากแบบสุ่มอย่างง่ายโดยไม่คืนกลับ (Sampling random without replacement) เพศชายและเพศหญิง อายุ 35-59 ปี เปรียบเทียบก่อน หลัง จัดทำโปรแกรม เครื่องมือประกอบด้วย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบสอบถามความรู้แบบสอบถามความรู้โรคเบาหวาน 3) แบบสอบถาม พฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสอบถาม พฤติกรรมการจัดการตนเอง ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนนำเสนอด้วย ค่าPaired t-test

ผลการวิจัย ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นก่อนเข้าโปรแกรมที่ $p < .0001$ พฤติกรรมการจัดการตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ $p < .0001$ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of a self-management program on behavior modification and blood sugar levels among individuals at risk for diabetes at the Ban Phueng Subdistrict Health Promoting Hospital. The sample group consisted of 45 participants aged 35–59 years, identified as high-risk (Pre-Diabetes) with DTX blood sugar levels ranging from 100–125 mg%, selected through simple random sampling without replacement. The research compared pre- and post-intervention outcomes using a self-management behavior modification program. Data collection tools comprising three parts—personal information questionnaire, diabetes knowledge questionnaire and self-management behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and inferential statistics with paired t-tests.

Results showed that post-program diabetes knowledge significantly increased ($p < .0001$), self-management behaviors significantly improved ($p < .0001$), and blood sugar levels significantly decreased after the intervention ($p < .001$).

Keywords: Self-management, Health behavior, Diabetes risk group

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง จังหวัดนครพนม

[2] วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีนครพนม จังหวัดนครพนม Corresponding Author: อรอุมา แก้วเกิด * E-mail: nsokk@npu.ac.th

บทนำ

จากถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุกๆ 5 วินาที ส่วนคนไทยพบผู้ป่วยเบาหวานแล้ว 3.3 ล้านคน และมีแนวโน้มผู้ป่วยใหม่ปีละ 3 แสนคน (เวิร์คพอยท์ ทูเดย์, 2566) จากรายงานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยพบว่า สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) ความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทยปีพ.ศ. 2557 เท่ากับร้อยละ 8.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับปีพ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 8.2 แสนคน โดยเพศหญิงมีความชุก และอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศชาย ภายหลังจากปีพ.ศ. 2558 ในปีพ.ศ.2561ผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 36.5 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย [1] จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี 2557 พบคนไทยเป็นเบาหวานมากขึ้นทุกช่วงอายุ จากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 ที่น่าเป็นห่วงคือช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน[2] แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ (5A's behavior change model adapted for self-management support) เป็นการเพิ่มทักษะและมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยแนวคิดแสดงถึงการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา รวามถึงการให้การสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพในระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[3]

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่าการศึกษาของอานนท์ วัฒนกรกุล[4] ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ภายหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวทาง 3อ.2ส. ส่วนใหญ่ มีระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรคดีขึ้นกว่าก่อนเข้า ร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังโครงการ พบว่า ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม หลังเข้าร่วมโครงการดีขึ้น (P-value 0.17,0.00 และ 0.00 ตามลำดับ)[5] ได้ศึกษาแนวทางการจัดการตนเองของผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานตำบลบ้านลำนาว จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ต่ำกว่าสัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ที่ 4 และก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)จากระบบข้อมูลสารสนเทศ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม[6] ได้ผลการคัดกรอง

โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปี 2564 ถึง 2566 พบว่า มีประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 3,088 ราย 3,450 ราย และ 3,130 ราย พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 443 ราย, 587 ราย , 659 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.65 , 17.01 และ 19.32 ตามลำดับ จากการดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง[7] ปี 2564 ถึง 2566 พบว่าประชาชน

กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จำนวน 56 ราย , 61 ราย และ 74 ราย จำนวน 1 ราย, 4 ราย , 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.79 , 6.56 และ 8.45 ตามลำดับ จากสถิติพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เพิ่มขึ้นเกิดจาก แนวโน้มในการพบกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี จะเห็นได้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแล ส่วนการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วย ในกลุ่มเสี่ยงสูงยังมีการศึกษาเล็กน้อย โดยเฉพาะในจังหวัดนครพนมยังไม่พบการศึกษา และจากการทบทวนวรรณกรรมวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าส่วนใหญ่ ศึกษาเกี่ยวกับโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานใน ส่วนใหญ่ปรับพฤติกรรมโดยให้ความรู้ยังไม่มีการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตาม และศึกษาในจังหวัดอื่นๆ ในการศึกษาในนครพนมยังพบได้น้อย ส่วนใหญ่ทำผู้วิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยชนิดที่2 มากกว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวาน[8,9] แต่การศึกษาในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ยังน้อย และผู้วิจัยได้ทำงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบปัญหาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับกลุ่มแกนนำสุขภาพชุมชน กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จำนวน 10 คน ด้วยวิธีการสนทนา กลุ่ม (focus group) เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น เพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน มุ่งให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง เพื่อป้องกันให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีการจัดการตนเองไม่มีภาวการณ์เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือควบคุมน้ำตาลได้ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง

2. ศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมผล คะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยลดลงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) หนึ่งกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลัง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง ประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอของ Glasgow3 ขั้นที่ 1 การประเมิน (Assess) ขั้นที่ 2 การให้คำแนะนำ (Advise) ขั้นที่ 3 การยอมรับ (Agree) ขั้นที่ 4 การช่วยเหลือ (Assist) ขั้นที่ 5 การติดตาม (Arrange)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาล DTX อย่างน้อย 100-125 mg% โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง จำนวน 48 คน กลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) คือ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จาก G * power[10] ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง จำนวน 48 คน การเก็บกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Stratified Random sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จาก G * power (Faul, et.al., 2007) โดยใช้สถิติ Independent t-test ค่า effect size จากค่ามาตรฐานกลาง ได้เท่ากับ 0.8 Power .95 ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้ 35 คน เพิ่ม 25% ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน เกณฑ์คัดเข้า1) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเพศชายและเพศหญิง อายุ 35-59 ปี อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 2) คัดกรองครั้งแรก DTX อย่างน้อย 101-125 mg% อย่างน้อย 1 ครั้ง 3) ยินยอมให้ความร่วมมือในงานวิจัย เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) ป่วย ตาย หรือ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้จากการป่วยร้ายแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ **โปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง** เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วนดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2)ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนามาจากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานของ มุกดา สอนประเทศ (2558) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เป็นแบบวัดความรู้ใน ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด มี สามตัวเลือก คือ ใช่ หมายถึง 1 คะแนน, ไม่ใช่ หมายถึง 0 คะแนน การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 8.33 คะแนน หมายถึง ความรู้ของกลุ่มเสี่ยงเบาวานอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 8.34 – 16.67 คะแนน หมายถึง ความรู้ของกลุ่มเสี่ยงเบาวานอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย16.68 – 25.00คะแนน หมายถึง ความรู้ของกลุ่มเสี่ยงเบาวานอยู่ในระดับดีมาก 3) แบบสอบถาม พฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารตำราและทบทวนงานวิจัยของ แบ่งคำถามเป็น 20 ข้อ พฤติกรรม ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติการจัดการตนเอง 7 วันต่อสัปดาห์เป็น 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติการจัดการตนเอง 5-6 วันต่อสัปดาห์เป็น 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติการจัดการตนเอง 3-4 วันต่อสัปดาห์เป็น 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติการจัดการตนเอง 1-2 วันต่อสัปดาห์เป็น 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติการจัดการตนเอง เลยในช่วง 1 สัปดาห์ เป็น 1 คะแนน คะแนนคิดระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ท่าน อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน ผู้วิจัยนำแบบวัดมาหาค่าความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ (interrater agreement) และหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) พบค่า IOC แบบสอบถามความรู้โรคเบาหวาน เท่ากับ 0.50-1.00 และ พฤติกรรมการจัดการตนเอง.76 ตามลำดับ

IOC ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาแบบสอบถามความรู้โรคเบาหวานเท่ากับ .74 แบบสอบถาม พฤติกรรมการจัดการตนเอง.76 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สสจ. นครพนมถึง ผู้นำชุมชนในพื้นที่วิจัย

2) ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างที่สนใจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล เพื่อใช้ในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

3) กลุ่มตัวอย่างรายใดที่ให้ความยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ตอนทำโปรแกรม ซึ่งทำจำนวน 10 ครั้ง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที ในการทำกิจกรรมอาศัย ทีมวิจัยบางท่าน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ประจำพื้นที่วิจัย ในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการวิจัย รายละเอียดกิจกรรมตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิ

ตารางที่ 1 กิจกรรมรายครั้งของกลุ่มทดลอง จำนวน 5 ครั้ง ภายใน 12 สัปดาห์

สัปดาห์	กิจกรรม	แบบประเมิน
1	**ทดสอบก่อนเรียน** ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้หาปัญหาร่วมกัน ประกอบด้วยการวางเป้าหมายชีวิต การมีเพื่อนร่วมทีม การร่วมสร้างข้อตกลงสัญญา ประเมิน (Assess) ความรู้ พฤติกรรม การจัดการตนเอง	ทำแบบสอบถามความรู้ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง
2,3	แนะนำ (Advise) ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยยึดหลัก 3 อ. 2 ส. ของแนวทางกระทรวงสาธารณสุข	แบบประเมิน ความรู้ แผนการให้ความรู้ การนำออกกำลังกาย การบันทึกผลการให้ความรู้การออกกกลังกาย แบบบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด สมุดบันทึกน้ำตาล และสมุดบันทึกกิจกรรม บันทึกการทำกิจกรรม แบบประเมิน ความรู้
4	ทบทวนเนื้อหาครั้งที่ 1 ให้ความรู้ซ้ำ พาออกกำลังกาย	
5-6	ติดตาม (Arang) ติดตามผลน้ำตาลในเลือดครั้งที่ 1 มีการเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ตามและ ยอมรับกิจกรรมการจัดการตนเองที่กำหนดเป้าหมายไว้ (Agree) และสร้างความมั่นใจในการปรับพฤติกรรมโดยมีสมุดบันทึกน้ำตาล และสมุดบันทึกกิจกรรม	
7	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และให้การช่วยเหลือ (Assist) กรณีทำตามโปรแกรมพบปัญหาอุปสรรค	
8-10	ให้ความรู้ซ้ำ พาออกกำลังกายซ้ำ	
11-12	ทำกลุ่มให้ความรู้	แบบประเมิน ความรู้

4) หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จทั้งก่อนและหลังโปรแกรมผู้วิจัย จะเก็บข้อมูลการวิจัยทุกครั้งในสถานที่เป็นความลับ เข้าถึงข้อมูลได้เฉพาะนักวิจัย เมื่อข้อมูลครบจะทำการวิเคราะห์ข้อมูล หลังทำการตีพิมพ์งานวิจัย 1 ปี จะทำลายข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล[11]

การวิเคราะห์ข้อมูล มีดังต่อไปนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive

statistics) โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงวิเคราะห์ อนุมาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรม ระดับน้ำตาลในเลือดใช้ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม รหัสโครงการวิจัยเลขที่ REC 114/67 เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 44.40 เพศหญิงร้อยละ 55.60 อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่เป็นคู่ ร้อยละ 73.30 ประกอบอาชีพ ทำนา/ทำสวน /ทำไร่/เลี้ยงสัตว์/ประมง ร้อยละ 95.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.13 ระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 102 – 222 mg% เฉลี่ย 121.5 mg% ไม่มีพันธุกรรมโรคเบาหวาน ร้อยละ 73.3 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 80.0

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง (n= 45 คน)

ประเด็น	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	df	p-value
ความรู้						
ก่อนการทดลอง	0.47	0.12				
หลังการทดลอง	0.87	0.06	0.40	19.92	44	0.000
พฤติกรรม						
ก่อนการทดลอง	2.35	0.29				
หลังการทดลอง	3.61	0.47	1.26	16.70	44	0.000
ระดับน้ำตาล						
ก่อนการทดลอง (mg%)	126.87	24.75				
หลังการทดลอง	97.69	11.59	29.18	9.84	44	0.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการเข้าร่วมโโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้งพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 0.47 (SD. = 0.12) หลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 0.87 (SD. = 0.06) ทดสอบสถิติที เท่ากับ 19.92, P-value <.0001 สรุปได้ว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวานหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 2.35 (SD. = 0.29) หลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 3.61 (SD. = 0.47) ทดสอบสถิติที เท่ากับ 16.70, P-value < .0001 สรุปได้ว่า

พฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 126.87 (SD. = 24.75) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 97.69 (SD. = 11.59) ทดสอบสถิติทีเท่ากับ 9.84, P-value <.0001 สรุปได้ว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 44.40 เพศหญิงร้อยละ 55.60 อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่เป็นคู่ ร้อยละ 73.30 ประกอบอาชีพ ทำนา/ทำสวน /ทำไร่/เลี้ยงสัตว์/ประมง ร้อยละ 95.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.13 ระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 102 – 222 mg% เฉลี่ย 121.5 mg% ไม่มีพันธุกรรมโรคเบาหวาน ร้อยละ 73.3 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 80.0 สอดคล้องกับงานวิจัย ณัติยาพรหมสาขา ณ สกลนครและคณะ [12] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดิ้ว ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่าง 33 คน ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.80 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานและผู้ป่วยเบาหวานในเขตชนบทและกึ่งเมือง จังนครนพม จะมีลักษณะคล้ายกันคือสถานภาพสมรสคู่ และจบระดับประถมศึกษา ด้วยกลุ่มเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ได้เดินทางไปทำงานต่างถิ่นสามารถเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับอัตราความชุกของเวชระเบียนโรงพบาลบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม[7]ที่ส่วนใหญ่กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยเบาหวานมีสถานภาพสมรสคู่และ จบระดับประถมศึกษา

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง

อภิปรายสมมุติฐานข้อที่ 1 หลังเข้าร่วมโปรแกรมผล คะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง

1.ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 0.47 (SD. = 0.12) หลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 0.87 (SD. = 0.06) ทดสอบสถิติทีเท่ากับ 19.92, P-value <.0001 สรุปได้ว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวานหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 2.35 (SD. = 0.29) หลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 3.61 (SD. = 0.47) ทดสอบสถิติทีเท่ากับ 16.70, P-value < .0001 การศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มารับบริการ ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุมากกว่า 30 ปี แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คนให้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง จำนวน 5 เดือน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เฉลี่ยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จาก (M=6.80, SD = 1.45) เป็น (M= 9.07, SD = 1.08) อย่างมีนัยสำคัญที่ p<.05 พฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 126.87 (SD. = 24.75) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 97.69 (SD. = 11.59) ทดสอบสถิติทีเท่ากับ 9.84, P-value <.0001[13]

สอดคล้องกับงานวิจัยของ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งจังหวัดนครพนม พบว่าค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=19.87, p<.001)[12] อภิปรายได้ว่า ทฤษฎีของ Glasgow[3] เป็นการจัดการตนเองที่มีเป้าหมาย และมีการกำกับติดตามมีระบบบันทึก พฤติการมการรับประทานอาหาร พฤติกรรการออกกำลังกาย ทำให้มีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองจึงทำให้คะแนนความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นภายใน 12 สัปดาห์

อภิปรายสมมุติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดหลังให้โปรแกรมระดับน้ำตาลในเลือดลดลง พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด 126.87 mg% (SD = 24.75) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลหลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 97.69 mg% (SD = 11.59) ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 126.87 (SD. = 24.75) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 97.69 (SD. = 11.59) ทดสอบสถิติทีเท่ากับ 9.84, P-value <.0001 สรุปได้ว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ งานวิจัยของกฤษณี สุวรรณัตน์[14] ที่พบว่าเมื่อใช้ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow ที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะฝากครรภ์ พบว่ากลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (t= -1.92, p<.001) อภิปรายได้ว่า อภิปรายได้ว่า ทฤษฎีของ Glasgow[3] เป็นการจัดการตนเองที่มีเป้าหมายและในช่วงเวลา 12 สัปดาห์มีกิจกรรมเคร่งครัดสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานทำให้น้ำตาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด 126.87 mg% (SD = 24.75) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลหลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 97.69 mg% และกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีความรู้เริ่มไม่อยากป่วยเป็นเบาหวาน ภายใน 12 สัปดาห์จึงปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองตามโปรแกรมทำให้ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดลดลง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ด้านนโยบาย ควรมีการส่งเสริมการนำผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้งให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีความรู้ และพฤติกรรการจัดการตนเอง เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดและเป็นการควบคุมให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานไม่พัฒนากลายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับพฤติกรรมการบริโภคในครัวเรือนในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องความคิดเห็น ประสบการณ์ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่น้ำหนักตัวเกิน

เอกสารอ้างอิง

1.อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และ สุธิดา แก้วทา.(2563). รายงานสถาณการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

2. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2560). แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2560. ร่มเย็น มีเดีย.

3. Glasgow R E, Funnel MM, Bonomi A E, Davis C, Beckham V & Wagner EH.(2002). Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine2002; 24(2):80–87. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2402_04
4. อานนท์ วัฒนกรกุล.(2563). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบล สันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ 2563; 1(2): 17-31. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MDHJ/article/view/241925
5.ศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ์, และ รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์.(2566). แนวทางการจัดการตนเองของผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานตำบลบ้านลำนาว จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสุขภาพและการศึกษา 2566; 3(3): 1-17. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/article/view/262638/1-17
6. ข้อมูลสารสนเทศ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; Database; 2567
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ้ง; Database; 2567
8. ดิสพล แจ่มจันทร์.(2565). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชอนสมบูรณ์ อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2565; 18(3): 47-58. https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/12881
9. พงษ์ พงศ์เลิศโกศล. (2566). การประเมินผลลัพธ์โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยใช้แนวคิดการวิจัยประเมินผลเชิงปฏิบัติการ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ 2566; 9(1): 28-43. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/261089
10. 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. Behavior research methods 2007; 39(2): 175–191. https://doi.org/10.3758/bf03193146
11. Hair Jr., J.F., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.F.(2010) Multivariate Data Analysis: A Global Perspective (7th ed.). Pearson Prentice Hall;2010.
12. ณัติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร, อรอุมา แก้วเกิด, นรากร พลหาญ,(2567). พิพัฒษ์พงศ์ เข็มปัญญา, และ เจริญชัยหมื่นห่อ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงติ้ว. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2567; 40(2): 25-34.
13. วนิดา วงษ์ตา, อุไรพรรณ์ ทิดจันทึก , นุสกร เนืองษา, ชวนพิศ เสิกนาค, & ประภัสสร เกตุศรี (2024). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มารับบริการ ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2024; 5(2): 359–369. สืบค้น จาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/272642
14. กฤษณี สุวรรณรัตน์. (2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะฝากครรภ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา;2561.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025

Part III

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025
Part 3

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 482
สุมลรัตน์ อัศวภูมิ ,วรกร วิชัยโย ,ธีรนาถ สุวรรณเรือง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ 493
ภัคพล ปัญจจิตติ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day surgery) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึง เข้าใจ ปลอดภัย และประทับใจบริการ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 502
นภัสนันท์ ทาสะโก

การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 516
สมบูรณ์ สิงห์พรม

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลทารกแรกเกิดติดเชื้อไวรัส RSV (Respiratory Syncytial Virus) มีโรคร่วมปอดอักเสบ (Pneumonia) 529
พัชรณัฏฐ์ ฤทธิรณกันต์

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชน กรณีศึกษาอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย 539
หยกฟ้า เพ็งเลีย ,ธนัญญา ยงทอง ,สุขเสริม ทิพย์ปัญญา ,ภูวนัย แสวงบุญ

ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายก 549
นพภัสสร วิเศษ ,ณัฐพร รัตนาจารย์

การพัฒนาแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้น ในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค จังหวัดสุโขทัย 562
ภัทราพร เมฆพัฒน์ ,กิตติพันธ์ ธิช่างทอง ,อรปรียา พ่วงจันทร์ ,ทิพวรรณ ชมภูเครือ

การพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย: บริบทครอบครัว และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 577
ศิริขวัญ แซ่เฮ่า ,ศิริพรรณ กุลดี

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล Telemedicine และ Nursing care โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 588
วราภรณ์ พรมแสน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ ด้วยระบบการแพทย์วิธีใหม่แบบดิจิตอลไร้รอยต่อ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี..... 603
มุทิตา เรืองเศรษฐี

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร 616
นภาภัช จุลนีย์

ผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 625
ณัฐวุฒิ จูงศิริ ,ปณิธาน กระสังข์

ผลของโปรแกรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 635
นริศรา คงเพชร และปณิธาน กระสังข์

บทบาทและประสบการณ์ผู้ดูแลไม่เป็นทางการในครอบครัวและชุมชนชนบทไทย: การสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพ 645
ดลรวี สิมคำ ,รชยา ยิกุสังข์ ,อรอุมา แก้วเกิด ,จินตพักตร์ จันทะโคตร ,ปนัดดา นครังสุ

ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในตำบลเก่าจิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น 654
ลลิตา เพชรภา ,ชนะพล ศรีฤาชา ,วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา

อิทธิพลของความเอียงของฟันหน้าตัดด้านข้างส่งผลต่อการรับรู้ความสวยงามของรอยยิ้ม 663
ดวงฤดี พลนิวัตน์วงศ์

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน 673
มณีรัตน์ โสมศรีแพง

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 683
ณิชา บุตตะหึงษ์

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025
Part 3

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลกระทบของอุปสรรคเชิงโครงสร้างต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า: การวิเคราะห์ทุติยภูมิเชิงตัวแปรปรับ 696
จิตราภรณ์ สุทธิพงศ์ ,วิภาดา ศรีมันทยามาศ ,พิมพ์รัตน์ บุณยะภักดิ์

ภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี 710
ดนุพล จันทร์โพธิ์ ,พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ ,ปริญญา จิตอร่าม

ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง 718
นาตยา สอนประสิทธิ์ ,เรณุการ์ ทองคำรอด ,เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย

ผลของการออกกำลังกายแบบหนักสลับเบาที่ส่งผลต่อดัชนีมวลกายของกลุ่มคนวัยเรียนระดับอุดมศึกษา 727
ธัญญารัศมิ์ ศิริกลิ่นแคฆ์ ,ชัยชนะ นิ่มสุวรรณ ,พิจิตรา ยืนยั่ง

ประสิทธิภาพของยาแอสไพรินในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การศึกษาแบบย้อนหลัง 733
นิพาดา โพษิตลิมปกุล

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายก่อนกลับบ้าน 743
เสริมศิริ วิจิตรกุล

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 40 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ตุลาคม – ธันวาคม 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อุบัติการณ์ของมะเร็งแฝงในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน สมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาล การปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย การปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลยุทธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบาก พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน การรับรู้ภาวะและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การให้สุขศึกษาต่อความรู้ความเครียด และการปฏิบัติตัวหลังคลอด การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน การพัฒนาต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชนและชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และคุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โปรแกรม i-CARE ในการวางแผนดูแลก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด การพัฒนารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ความเครียด และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทย ประสิทธิผลของน้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนเพิ่มคุณภาพนอนหลับ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาล การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไทรอยด์ การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis นวัตกรรมเจลพอกเข่าด้วยสมุนไพร รูปแบบการระบาดและการแพร่กระจายของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ การสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงอภิมานว่าด้วยปัจจัยเชิงวัฒนธรรมและกลยุทธ์การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล การพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาการใช้สารเมทแอฟเฟตามิน การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล Telemedicine และ Nursing care เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Factors Affecting Health Promotion Behavior of the Elderly in Nong Bua Subdistrict, Nong Kung Si District, Kalasin Province.

(Received: November 25,2025 ; Revised: November 30,2025 ; Accepted: December 2,2025)

สุมลรัตน์ อัศวภูมิ[1] วรกร วิชัยโย[2] ธีรนาถ สุวรรณเรือง[2]
Sumonrat Assawaphum[1] Woragon Wichaiyo[2] Theeranat Suwanaruang[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 221 คน ผ่านการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ค่า Odds Ratio และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา : ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีดังต่อไปนี้ 1) ด้านความพอเพียงของรายได้ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็น 0.20 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (OR = 0.20, 95% CI = 0.054–0.760, p = 0.01*), 2) ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมเป็นครั้งคราว มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็น 0.10 เท่า ของผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นประจำ (OR = 0.10, 95% CI = 0.028–0.397, p < 0.001**), 3) ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้ระดับสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่า ผู้ที่มีความรู้ต่ำ 12.32 เท่า (OR = 12.315, 95% CI = 3.736–40.591, p < 0.001**) และ 4) ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติระดับสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็น 0.02 เท่า ของผู้ที่มีทัศนคติต่ำ (OR = 0.020, 95% CI = 0.003–0.162, p < 0.001**)

คำสำคัญ : พฤติกรรม, การส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

This study aimed to identify factors influencing health-promoting behaviors among older adults in Nong Bua Subdistrict, Nong Kung Si District, Kalasin Province. A cross-sectional survey was conducted among 221 older adults. Data were collected through face-to-face interviews using validated questionnaires consisting of personal information, determinants of health behaviors, and health-promoting behaviors. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics, including Chi-square tests, Odds Ratios (OR), and 95% Confidence Intervals (95% CI), were employed for data analysis. The significance level was set at $p < 0.05$.

Results : Several factors were significantly associated with health-promoting behaviors among older adults. Older adults with sufficient income were 0.20 times as likely to practice health-promoting behaviors compared to those with insufficient income (OR = 0.20, 95% CI = 0.054–0.760, p = 0.01). Those who occasionally

[1] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

participated in elderly club activities demonstrated health-promoting behaviors at 0.10 times the rate of those who regularly participated (OR = 0.10, 95% CI = 0.028–0.397, p < 0.001). Older adults with higher levels of knowledge were 12.32 times more likely to engage in health-promoting behaviors (OR = 12.315, 95% CI = 3.736–40.591, p < 0.001). Additionally, older adults with positive attitudes exhibited health-promoting behaviors at 0.02 times the rate of those with negative attitudes (OR = 0.020, 95% CI = 0.003–0.162, p < 0.001).

Keywords : behavior, health promotion, elderly

บทนำ

ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยสหประชาชาติคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2593 จะมีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 1.3 พันล้านคน หรือประมาณหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด[1] ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คาดว่าจะมีผู้สูงอายุมากกว่า 170 ล้านคน หรือร้อยละ 22 ของประชากรในภูมิภาค[2] ประเทศสิงคโปร์มีการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ในปี 2553 เป็น 18.4% ในปี 2565 และคาดว่าจะสูงกว่า 900,000 คนภายในไม่กี่ปี (DOS Singapore, 2023)[3] ขณะเดียวกัน มาเลเซียมีผู้สูงอายุคิดเป็น 7.4% หรือประมาณ 2.5 ล้านคน (Government of Malaysia, 2023)[4]. และสำหรับประเทศไทย ธนาคารโลกคาดการณ์ว่า ภายใน 20 ปี จะมีประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปมากกว่า 2.5 ล้านคน ซึ่งชี้ถึงความท้าทายสำคัญด้านระบบสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว[5]

จากรายงานการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบ Health Data Center (HDC) พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุติดสังคมคิดเป็น ร้อยละ 96.83 ขณะที่ผู้สูงอายุติดบ้านมี ร้อยละ 2.61 และ ผู้สูงอายุติดเตียงมีเพียง ร้อยละ 0.56 ของผู้สูงอายุทั้งหมด[6] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่า ส่วนใหญ่ยังสามารถ ใช้ชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ยังมีสัดส่วนหนึ่งที่ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับโรคและภาวะเสี่ยงสำคัญของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.7, โรคอ้วน ร้อยละ 38.4, เบาหวาน ร้อยละ 20.4, และภาวะหกล้ม ร้อยละ 3.12 ตามลำดับ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นการเกิดโรคเรื้อรังและความพิการในระยะยาว [6] ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของผู้สูงอายุทั้ง 8 ด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพียง ร้อยละ 37.8 ในปี 2563 และ ร้อยละ 30.8 ในปี 2564 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการลดลงของพฤติกรรม สุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง[7]

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดจากทั้งความเสื่อมของร่างกายตามอายุและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีผลต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม หากมีพฤติกรรม สุขภาพที่ดีจะช่วยชะลอความเสื่อมและลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง แต่หากมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่ไม่เหมาะสม ย่อมนำไปสู่ปัญหาสุขภาพและความทุพพลภาพ ในอนาคต[8] จากข้อมูลการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา พบว่า ทั้งผู้สูงอายุชายและหญิงมีแนวโน้มภาวะทุพพลภาพเพิ่มสูง ขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความต้องการบริการดูแล ระยะกลางและระยะยาวเพิ่มขึ้น รวมถึงความซับซ้อน ของโรค เช่น โรคอัลไซเมอร์ และกลุ่มโรคการเคลื่อนไหว ผิดปกติ ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่มีความรู้เฉพาะด้าน และทักษะระดับสูง[3]

จากข้อมูลประชากรผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2565 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 12 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 18.5 ของประชากร ทั้งหมด ขณะที่เขตสุขภาพที่ 7 มี

ผู้สูงอายุมากกว่า 900,000 คน หรือ ร้อยละ 18.6 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ เล็กน้อย[9] สัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสะท้อน ถึงภาระด้านสุขภาพและสังคมที่ต้องได้รับการดูแลมากขึ้นในระยะยาว

การจำแนกผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 ตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) พบว่า ร้อยละ 96.4 เป็นผู้สูงอายุ ติดสังคม และ ร้อยละ 3.6 เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน–ติดเตียง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลใกล้ชิดเพิ่มขึ้น[9] . ผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 พบว่ามีความเสี่ยงสูงสุด ได้แก่ ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 13.7, ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.6, เบาหวาน ร้อยละ 12.8, รวมถึงปัญหาพลัดตก–หกล้ม เข่าเสื่อม โรคอ้วน สุขภาพช่องปาก ภาวะสมองเสื่อม ภาวะเครียด และภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบในระดับ ร้อยละ 7.1, 6.7, 5.4, 4.7, 1.4, 1.4 และ 0.2 ตามลำดับ[9] ด้านสุขภาพจิต จากแบบรายงานสุขภาพใจผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2565 จำนวน 15,838 คน พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนมากที่สุด ร้อยละ 22, พฤติกรรมซ้ำ ๆ ร้อยละ 12.6, ความวิตกกังวล ร้อยละ 12.3, ปัญหาการรับประทานอาหาร ร้อยละ 11.9, และ ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.7[10] การคัดกรองความเสื่อม ถอยด้านสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7 มีความเสื่อมด้านการเคลื่อนไหวมากที่สุด ร้อยละ 7.16, รองลงมาคือ สุขภาพช่องปาก ร้อยละ 4.68, สายตาระยะไกล ร้อยละ 4.21, สายตาระยะใกล้ ร้อยละ 3.01, และการได้ยิน ร้อยละ 1.71[9] จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ ของผู้สูงอายุในเขต สุขภาพที่ 7 พบว่า ร้อยละ 80.6 มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ครบทั้ง 8 ข้อ โดย พฤติกรรมที่พบว่าน้อยที่สุด ได้แก่ (1) กิจกรรมทางกาย (2) การบริโภคผักผลไม้ และ (3) การดื่มน้ำ สะอาดอย่างน้อย 8 แก้วต่อวัน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ต้องส่งเสริมเพิ่มเติม [10] และ ผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7 ได้รับการดูแลตาม Care Plan สูงถึง ร้อยละ 96.2 สะท้อนถึงการทำงานร่วมกัน ของหน่วยงานภาครัฐ สถาบันการศึกษา องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และชุมชนที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังคงเป็นพลังสำคัญของสังคม [9,10]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็น ปัจจัยด้าน ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยส่งเสริม ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ทำให้พฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ เกิดปัญหาจากหลายปัจจัยเพื่อเป็นการทราบ ถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาส่งเสริมในด้านงานสาธารณสุข และใช้ข้อมูลจัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ หรือ องค์กรอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีเหมาะสมและอายุยืนยาวอย่างมี คุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross -sectional analysis study) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นการกำหนดแบบเจาะจง ระยะเวลาในการการศึกษา ระหว่างวันที่ 21 มกราคม 2568 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ขึ้นทะเบียนรับ เบี้ยผู้สูงอายุในตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 221 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามกำหนดเนื้อหาตามกรอบแนวคิดในการศึกษาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ผู้วิจัย ได้แบ่งแบบสอบถาม ออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมที่ส่งผล ต่อพฤติกรรมสุขภาพและการได้รับ การสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ

วิธีเก็บรวมรวมข้อมูล

1 ขอหนังสือราชการจากคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์เพื่อขอความ อนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

2 ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่จะลงพื้นที่ ในการเก็บข้อมูล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ประธาน อสม. หมู่บ้านต่าง ๆ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ แจ้งถึงวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานวิจัย ระยะเวลาที่ดำเนินการเข้าเก็บข้อมูล ขั้นตอนต่าง ๆ เกี่ยวกับการเก็บรวบรวบข้อมูลและเครื่องมือใน การดำเนินงาน

3 เก็บรวบรวมข้อมูล ให้ครบทุกส่วนตามเครื่องมือ โดยวิธีลงแจกและเก็บข้อมูลทุกส่วนอย่างครบถ้วน พร้อมทั้ง ตรวจสอบความสมบูรณ์ ของคำตอบทุกฉบับเพื่อให้ได้ข้อมูล ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลใช้สถิติในพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำมานำมา แจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ Chi-square test , Odd Ratio (OR) 95%CI โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมทางการวิจัย

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตจากคณะกรรการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC 90/2568

ผลการศึกษา

สรุปข้อมูลทั่วไปดังต่อไปนี้

1 ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 51.50, ส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อย 59.70, ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 56.60, มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษา จำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 99.10 อาชีพเกษตรกรรม จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 31.20, ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำ

กว่า 5,000 บาท จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 65.60, แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ มาจากเบี้ยยังชีพ เงินบำนาญ 116 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50, ความเพียงพอของรายได้ พอเพียง จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 42.50 รายได้, ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 67.00 และมีโรคประจำตัว 221 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคอื่น ๆ จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 28.80 โรคเบาหวาน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 6.30 ตามลำดับ ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติพี่น้อง จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 68.80 ส่วนใหญ่มีลักษณะที่พักอาศัย บ้านสองชั้น จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 54.80 ส่วนใหญ่ลักษณะของห้องสุขาเป็นโถชักโครก(แบบนั่งราบ) จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ มีผู้ที่ให้การช่วยเหลือยามเจ็บป่วย จำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 94.10 ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 66.10 โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุนาน ๆ ครั้ง จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 71.00 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ ทำอาหารรับประทานเอง จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 64.30 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 82.80 และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 85.50 ตามลำดับ

2. ปัจจัยนำที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ความรู้ เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ที่มีความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขของผู้สูงอายุ ที่มีความรู้สูงที่สุด 3 อันดับได้แก่ ผู้สูงอายุควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียด และควรกินอาหาร ที่อ่อนย่อยง่ายทำให้ลดอาการท้องอืด แน่นท้อง และท้องผูกได้ พื้นรองเท้าที่เหมาะกับผู้สูงอายุ ควรเลือกพื้นรองเท้าที่มีลักษณะแบนราบกับพื้น เพราะจะทำให้เดินสะดวก ปลอดภัยและป้องกัน การสะดุดเท้าตัวเอง การชะลอการเกิดต้อกระจก และจอประสาทตาเสื่อม ควรกินอาหาร ประเภทผัก เช่อน ตำลึง ฟักทอง กะหล่ำดอก ผักบุ้ง บร็อคโคลี่ แครอท ข้าวโพด เป็นต้น จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 91.70 ($\underline{\bar{x}}$=4.28) รองลงมา ผู้สูงอายุไม่ควรขับรถ เพราะความ สมารถในการมองเห็นลดลง และการแยกสีไม่ชัดเจน เช่น สีส้ม สีแดง สีเหลืองได้ดีกว่าสีน้ำเงิน สีม่วง สีเขียว อาจทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ได้ง่าย ผู้สูงอายุที่มีอาการหน้ามืดและเป็นลมบ่อย ๆ เกิดจากเลือด หนืดไหลเวียนไม่สะดวก สามารถป้องกันได้โดย การดื่มน้ำมากขึ้น ผู้สูงอายุควรกินเท้า ทุกวัน จำนวน 218 คน คิดเป็นร้อย 90.80 ตามลำดับอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม น้ำเต้าหู้ ปลาเล็กปลาน้อย และผักสีเขียว เพื่อเสริมสร้างให้กระดูกแข็งแรง จำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 90.30 $\underline{\bar{x}}$= และ ผู้สูงอายุ ท่านบริหารกล้ามเนื้อด้วย การแกว่งแขน แกว่งขา เกร็งข้อมือ เกร็งข้อ

3 ปัจจัยนำที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ทัศนคติ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกรรมจำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 60.40 รวม ($\underline{\bar{x}}$ = 4.52) รองลงมา คือ ทัศนคติข้อที่ 7 การได้ปรึกษา พูดระบายความรู้สึกกับ เพื่อนหรือคนไว้วางใจ จะช่วยให้คลายความเครียดได้จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 37.90 รวม ($\underline{\bar{x}}$ = 4.06) และทัศนคติ ข้อที่ 15 ทางเดินภายในที่พักอาศัยมีแสงสว่างที่ เพียงพอช่วยป้องกันภาวะเสี่ยง จากการเกิดอุบัติได้

จำนวน จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 รวม ($\underline{\boldsymbol{x}}$ = 4.24) ผู้สูงอายุ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ๓ อันดับ ที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้แก่ ทัศนคติข้อที่ 2

4 ปัจจัยนำที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ด้านการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ท่านเตือนตนเอง ให้สวมหมวก/คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับขี่ รถจักรยานยนต์หรือรถยนต์ จำนวน 201 คนคิดเป็นร้อยละ 83.80 ($\underline{\boldsymbol{x}}$ = 4.88) ท่านไม่ขับขี่รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ จำนวน 201 คนคิดเป็นร้อยละ 83.80 ($\underline{\boldsymbol{x}}$ = 4.88) รองลงมา พื้นห้องน้ำในที่อยู่อาศัยของ ท่านไม่ควรใช้วัสดุที่ลื่น และควรมีราวจับกันหกล้ม เมื่อดื่มสุรา จำนวน 189 คนคิดเป็นร้อยละ 78.80 ($\underline{\boldsymbol{x}}$ = 4.82) และ ท่านไม่ควรจะปีนป่ายขึ้นที่สูง เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงจากอุบัติเหตุ จำนวน 188 คนคิดเป็นร้อยละ 78.30 ($\underline{\boldsymbol{x}}$ = 4.83) ตามลำดับ

5 ทักษะและแหล่งทรัพยากรของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ทักษะและแหล่งทรัพยากร ของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบล หนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ปัจจัยเอื้อ ด้านทักษะและแหล่งทรัพยากรของ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ท่านได้รับการปฏิบัติในการมารับบริการ จสุขภาพจากจ้าหน้าที่เท่าเทียมกับผู้อื่น จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 57.10 ($\underline{\boldsymbol{x}}$ =4.56) รองลงมา การที่มีโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ทาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้จัดทำขึ้นถือว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 ($\underline{\boldsymbol{x}}$ = 4.22) และ สถานบริการด้านสุขภาพ มีอุปกรณ์ด้านการแพทย์ เพียงพอต่อความต้องการสุขภาพจะดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องของแต่ละ บุคคล มิได้ขึ้นอยู่กับโชคชะตาหรือเคราะห์

ของท่าน จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 61.70 ($\underline{\boldsymbol{x}}$ = 4.21) หลังจากได้รับการตรวจสุขภาพท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่าธารณสุขเป็น อย่างดี จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 61.70 ($\underline{\boldsymbol{x}}$ = 4.21) สถานบริการสุขภาพ ให้ความสะดวกแก่ท่านเพียงใดในการติดต่อขอรับบริการ เช่น การทำบัตร การตรวจรักษา รับยากลับบ้านเป็นต้น จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 61.70 ($\underline{\boldsymbol{x}}$ = 4.21) ตามลำดับ

6 ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านปัจจัยเสริมการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน บ้าน และบุคลากรด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยเสริมการได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้านและบุคลากร ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ปัจจัยเสริมการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้านและบุคลากรด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ เมื่อท่านกินอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัดหรืออาหารที่จำพวกผัด ทอด สมาชิกในครอบครัวของท่านควรเป็นห่วงและกำชับเสมอว่าควรลดลง จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 71.70 ($\underline{\boldsymbol{x}}$ = 4.74) รองลงมา คือ เมื่อเจ็บป่วยท่านควรได้รับการดูแล เอาใจใส่จากครอบครัว จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 63.70 $\underline{\boldsymbol{x}}$ = 4.67) และเมื่อท่านกินอาหารที่มีประโยชน์ หรือครบ 5 หมู่ สมาชิกครอบครัวของท่านควรกล่า วคำชื่นชม จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ($\underline{\boldsymbol{x}}$ = 4.61) ตามลำดับ

7 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกรายข้อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับ

ได้แก่ ท่านสวมรองเท้าที่นุ่มและปลายรองเท้าลักษณะเชิดขึ้น พื้นรองเท้ามีดอกยางเกาะพื้นได้ดี จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 45.50 ($\underline{\bar{x}}$4.42) รองลองมา คือ ท่านสวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดทุกครั้งเมื่อนั่งรถจักรยานยนต์หรือรถยนต์จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 50.80 ($\underline{\bar{x}}$= 4.41) ท่านเดินขึ้น-ลงบันได หรือพื้นต่างระดับ ท่านจับราวกันล้ม เพื่อป้องกันการล้ม จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 46.30 ($\underline{\bar{x}}$ = 4.41) และ ท่านพักผ่อนโดยการนอนหลับสนิท วันละ6 - 8 ชั่วโมง จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 ($\underline{\bar{x}}$=3.86) ตามลำดับ

8 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลหนองบัว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลหนองบัว อำเภอ หนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้านความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูง อายุในตำบลหนองบัว พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

1. ความพอเพียงของรายได้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ มีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพเป็น **0.20 เท่า** ของผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (OR = 0.20, 95% CI = 0.054–0.760, p = 0.01)

2. การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมเป็นครั้งคราว มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็น **0.10 เท่า** ของผู้ที่เข้าร่วม กิจกรรมเป็นประจำ (OR = 0.10, 95% CI = 0.028–0.397, p < 0.001)

3. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีความรู้ระดับสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่า ผู้ที่มีความรู้ต่ำ **12.32 เท่า** (OR = 12.315, 95% CI = 3.736–40.591, p < 0.001)

4. ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติระดับสูง มีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพเป็น **0.02 เท่า** ของผู้ที่มีทัศนคติต่ำ (OR = 0.020, 95% CI = 0.003–0.162, p < 0.001)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=221)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		χ^2	OR	95%CI Lower-Upper	p-value
	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)				
ความพอเพียงของรายได้						
พอเพียง	84 (40.40)	10 (76.90)	6.683	0.20	0.054 ถึง 0.760	0.01*
ไม่พอเพียง	124 (59.60)	3 (23.10)				
เข้าร่วมกิจกรรมชมรม						
บางครั้ง	54 (26.00)	10 (76.90)	15.446	0.10	0.028 ถึง 0.397	<0.001**
นานๆครั้ง	154 (74.00)	3 (23.10)				
การรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						
สูง	190 (91.3%)	6 (46.2%)	24.908	12.315	3.736 ถึง 40.591	<0.001**
ต่ำ	18 (8.7%)	7 .(53.8%)				
ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						
สูง	41 (19.70)	12 (92.30)	35.370	.020	0.003 ถึง 0.162	<0.001**
สูง	167 (80.30	1 (7.70)	24.908	12.315	3.736 ถึง 40.591	<0.001**

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถนำมาอภปรายผลดังต่อไปนี้

1. ความพอเพียงของรายได้ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุ ที่มีรายได้เพียงพอ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็น 0.20 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (OR = 0.20, 95% CI = 0.054–0.760, p = 0.01) ซึ่งเป็นผลที่สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุรายได้น้อยกลับมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้แตกต่างจากแนวคิด ทั่วไปที่มักมองว่ารายได้สูงจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น แต่ในบริบทพื้นที่ชนบท ปัจจัยด้านรายได้อาจไม่ใช่ ตัวกำหนดหลักของพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมจิตต์ และคณะ[11] ซึ่งระบุว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกลับเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนบ่อยครั้ง เช่น กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การออกกำลังกายในวัด และการรับการดูแล เชิงรุกจากอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้เกิดพฤติกรรม สุขภาพที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มรายได้เพียงพอที่มีแนวโน้มเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า นอกจากนี้ รายงานของกรมอนามัยผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข[12] พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมักอาศัยระบบสนับสนุน จากชุมชน เช่น การรับบริการสุขภาพเชิงรุกจาก รพ.สต. กิจกรรมสาธารณ ประโยชน์ และการดูแลด้านสุขภาพจากเครือข่ายชุมชน ทำให้มีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มรายได้สูงที่มีวิถีชีวิตแบบพึ่งตนเองมากกว่า และในเชิงทฤษฎี ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิด Social Support Model[13] ซึ่งชี้ว่าการสนับสนุนจากชุมชน ครอบครัว และระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีบทบาทสำคัญ ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มากกว่าปัจจัยเศรษฐกิจ เพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มี “ทุนทางสังคม” สูง การสนับสนุนทางสังคมสามารถ ทดแทนข้อจำกัดด้านรายได้ได้เป็นอย่างดี

2. การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมเป็นครั้งคราว มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็น 0.10 เท่า ของผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นประจำ (OR = 0.10, 95% CI = 0.028–0.397, p < 0.001) แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรม ในชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ วรางคณา เตชะมณีรัตน์ และคณะ[14] ที่รายงานว่าการ เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย การเรียนรู้ด้านโภชนาการ การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมพัฒนาจิตใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เกิดแรงจูงใจ และทำให้ปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพได้สม่ำเสมอมากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมหรือเข้าร่วมเป็นครั้งคราว นอกจากนี้ คิม ซู-ฮยอน, พัก ซองฮี และลี ฮเยมี[15] พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรม ชุมชนอย่างต่อเนื่องมีผลต่อการเพิ่ม self-efficacy ทางสุขภาพ ลดความโดดเดี่ยวทางสังคม และเพิ่มแรงจูงใจ ด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งพฤติกรรม สุขภาพในระยะยาว และการค้นพบนี้ยังสอดคล้อง กับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) [16] ผ่านกรอบแนวคิด *Active Ageing Framework* ที่ระบุว่า “การมีส่วนร่วมทางสังคม” (social participation) เป็นหนึ่งในสามเสาหลักของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุช่วยเสริมสร้างความผูกพันทางสังคม สุขภาพจิตที่ดี และกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ ทำให้พฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า *ผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำถึง 12.32 เท่า* (OR =

12.315, 95% CI = 3.736–40.591, p < 0.001) แสดงให้เห็นว่าความรู้เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในแนวทางที่เหมาะสม และเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่มีอิทธิพลมากที่สุดเมื่อเทียบกับปัจจัยอื่นในงานวิจัยนี้ ผลลัพธ์นี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรีย์พร ศรีสังข์ และคณะ[17] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับความรู้ ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องจาก รพ.สต., อสม., และชมรมผู้สูงอายุ จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการป้องกันโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ อัญชลี วัฒนวรางกูร และสิริกานต์ แสงทอง[18] รายงานว่าระดับความรู้ ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้ สูงจะสามารถเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมีความสามารถในการดูแลโรคประจำตัวมากกว่ากลุ่มที่มีความรู้น้อย ในระดับสากล งานวิจัยของ Anderson, Smith และ Brown[19] พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นปัจจัยหลักที่ทำนาย พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในหลายประเทศ ทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การควบคุมโรคเรื้อรัง และการใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยผู้สูงอายุที่มี health literacy สูงมักมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า และมีการเกิดโรคแทรกซ้อนน้อยกว่า

4. ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า *ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติระดับสูง มีพฤติกรรม ส่งเสริม สุขภาพเป็น 0.02 เท่า ของผู้ที่มีทัศนคติต่ำ* (OR = 0.020, 95% CI = 0.003–0.162, p < 0.001) แสดงว่าทัศนคติเป็น ปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่มีผล โดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกลุ่ม ที่มีทัศนคติเชิงบวกมีแนวโน้ม ที่จะปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพอย่างเหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับ งานวิจัยของ สุภาวดี ทองมาก และคณะ [20] ที่พบว่าทัศนคติ เชิงบวก ด้านสุขภาพ เช่น การมองว่า การออกกำลังกาย การกินอาหารดีต่อสุขภาพ หรือ การป้องกัน โรคเป็นเรื่องจำเป็น มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญ กับความตั้งใจและการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชน ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีมักมี ความมุ่งมั่น ในการดูแลตนเองมากกว่า และไม่มองว่า การดูแลสุขภาพ เป็นภาระสอดคล้องกับ งานวิจัยของ ปวีณา บำรุงรักษ์ และศศิธร จันทะทัง[21] ซึ่งระบุว่าทัศนคติ ด้านสุขภาพมีผลต่อ “ความเชื่อใน ความสามารถ ของตนเอง” (self-efficacy) และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ ผู้สูงอายุเลือกทำพฤติกรรม สุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพของชุมชน ในระดับสากล งานของ Miller,Johnson และ Carter[22] พบว่าทัศนคติด้านสุขภาพ เป็นตัวทำนายสำคัญของ พฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีทัศนคติด้านบวก จะมีอัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำทางสุขภาพสูงกว่า ลดพฤติกรรมเสี่ยง และมีการใช้บริการ สุขภาพเชิงป้องกัน มากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติเชิงลบ และผลการศึกษานี้ ยังสนับสนุนทฤษฎี Theory of Planned Behavior (TPB) ซึ่งระบุว่า “ทัศนคติ” เป็นองค์ประกอบหลักที่กำหนด เจตคติและพฤติกรรม ถ้าผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อ การดูแลสุขภาพ จะมีแนวโน้ม ลงมือปฏิบัติเพื่อให้ สุขภาพดีขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1 หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงาน ในพื้นที่ เขตรับผิดชอบ จัดสรรงบประมาณทั้งและบุคลากรด้าน สุขภาพ /สาธารณสุขฯ เพื่อส่งเสริมความ สามารถผู้สูงอายุ ที่ยังมีศักยภาพที่จะดำเนินชีวิตด้วยตนเอง เพื่อให้ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่า

มีศักดิ์ศรีในการดำเนินชีวิต ร่วมทั้งหน่วยงานควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน สังคม ให้มีบทบาทและมีสนับสนุนให้ความ เอาใจใส่ให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพราะการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่ควรมอง เพียงการดูแลตัวผู้สูงอายุ อาจจะต้องดูแลไป ถึงผู้ดูแลใกล้ชิดและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุด้วย

2 ด้านบริการภาครัฐและเอกชน ควรมีการประสานงานกับเครือข่าย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมงานหรือผลัดเปลี่ยนกันมาให้ความรู้ คำแนะนำ ปรึกษาด้านสุขภาพหรือการดูแลตนเองในด้านอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความหลากหลาย และเป็นการโน้มน้าวให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองที่ดีเพิ่มขึ้น รวมทั้งเกิดคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง ที่ตัวผู้สูงอายุเองสามารถนำศักยภาพของตนเองออกมา

3 ให้ความตระหนักถึงการอยู่ร่วมกันในครอบครัว คอยเกื้อหนุนคนในครอบครัว ให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติกันและกันจะทำให้เกิดครอบครัวอบอุ่น ผู้สูงอายุก็จะสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

4. ควรศึกษาแนวทางการจัดกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ ได้เกิดการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่องและ สม่ำเสมอ เพื่อการพัฒนาระดับความรู้ และทัศนคติ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถดำเนินงานให้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเกิดจาการสนับสนุนของคณาจารย์บุคลากรประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และ สุขภาพชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ และได้รับความช่วยเหลืออย่างดี ยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรกร วิชัยโย อาจารย์ ที่ปรึกษาหลักในการทำวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนาถ สุวรรณเรือง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ คอยให้กำลังใจและ ความช่วยเหลือตลอดมา ร่วมทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ตลอดกลุ่มเป้าหมายทุกท่านที่ ได้เล็งเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการตลอดจนข้อเสนอแนะของหน่วยงานที่ได้เสนอแนะในการที่จะดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป จึงขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี

เอกสารอ้างอิง

1.United Nations Population Fund (UNFPA).(2023) Ageing Population in Asia and the Pacific: Trends and Implications. UNFPA Asia-Pacific Regional Office.

2.Association of Southeast Asian Nations (ASEAN).(2024). Old Age Poverty and Active Ageing in ASEAN: Trends and Opportunities. ASEAN Secretariat.

3.Singapore Department of Statistics.(2023). Population in Brief 2023. Government of Singapore; 2023.

4.Government of Malaysia.(2023). Malaysian Population Ageing Report 2023. Putrajaya: Ministry of Women, Family and Community Development.

5.World Bank.(2023). Live Long and Prosper: Aging in East Asia and Pacific. Washington, DC: World Bank.

6.Ministry of Public Health.(2023). Health Data Center (HDC) Annual Report on Elderly Health Screening 2023. Nonthaburi: MOPH.

7.Department of Health.(2022). Health Behavior Survey of Thai Elderly 2022. Nonthaburi: Ministry of Public Health.

8.National Committee on the Elderly.(2021). National Assessment Report on the Implementation of the Elderly Plan (2007–2021). Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security.

9.Office of the 7th Health Region.(2023). Elderly Population and Functional Assessment Report 2022–2023. Khon Kaen: Ministry of Public Health.

10.Mental Health Region 7 Office.(2023). Annual Mental Health Situation Report of Older Adults 2022–2023. Khon Kaen: Department of Mental Health.

11.S, Rattanaporn P, Kotrudee K.(2021). Health Promotion Behaviors among Low-income Older Adults in Northeastern Thailand. J Public Health Res. 2021;15(2):45–53.

12.Department of Older Persons.(2021). Older Adult Health Behavior and Situation Report 2020–2021. Bangkok: Ministry of Public Health.

13.House JS, Landis KR, Umberson D.(1988). Social relationships and health. Science. 1988;241(4865):540–545.

14.Warangkana T, Sooksiri S, Rattanaporn A.(2020). Community Elderly Club Participation and Health Promotion Behaviors among Thai Older Adults. J Gerontol Nurs. 2020;46(12):35–42.

15.Kim SH, Park S, Lee H.(2021). Effects of community program participation on health behaviors and self-efficacy in older adults: A longitudinal study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(7):3550.

16.World Health Organization.(2020). Global Age-friendly Cities: A Guide. Geneva: WHO; 2020.

17.Sureeporn Srisang, Prapaipan Jindarat, Kanjana Wisetsri. Health knowledge and health-promoting behaviors among older adults in rural communities. Journal of Aging Research. 2019;12(3):112–120.

18.Anchalee Wattanawarangkura, Sirikan Saengthong.(2021). Factors influencing self-care behaviors among Thai older adults with chronic diseases. Thai Journal of Public Health. 2021;51(2):89–101.

19.Anderson R, Smith J, Brown L.(2020). Health literacy and health-promoting behaviors among older adults: A cross-national study. Journal of Health Promotion. 2020;34(5):455–463.

20.Supawadee Thongmak, Naruemon Phatharathumrong, Kanokwan Rattana.(2021). Relationship between attitude towards health and health-promoting behaviors among older adults in rural Thailand. Thai Journal of Gerontology. 2021;27(3):101–112.

21.Paweena Bumrungkrak, Sasithorn Chantathung.(2020). Factors influencing self-efficacy and health behaviors among elderly in Northeastern Thailand. Journal of Behavioral Science. 2020;15(2):65–78.

22.Miller A, Johnson P, Carter L.(2020). The influence of health attitudes on preventive health behaviors among older adults: A cross-sectional study. Journal of Aging and Health. 2020;32(7–8):560–575.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

The development of a promoting self-management model among diabetes patients with complications at Satuek hospital, Buriram province.

(Received: November 25,2025 ; Revised: November 30,2025 ; Accepted: December 2,2025)

ภัคพล ปัญจจิตติ[1]
Phukapol Punjajitti[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ 1) ภาคีเครือข่าย 22 คน และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน 178 คน สุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แบบบันทึกผลการปฏิบัติตามแผนของตนเอง แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนกันยายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน มี 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการแบบมีส่วนร่วม 2) การวางแผนการจัดการตนเองร่วมกัน 3) กิจกรรมส่งเสริมการ 4) ระบบติดตามและสนับสนุนต่อเนื่อง และ 5) การประเมินความก้าวหน้าและปรับแผน ผลการประเมินผลรูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้โรคเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=7.96 S.D.=1.32 และ $\bar{X}$=2.32 S.D.=0.17 ตามลำดับ) และหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

คำสำคัญ : การส่งเสริมการจัดการตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน

Abstract

This action research was aimed to development of a promoting self-management model among diabetes patients with complications at Satuek hospital, Buriram province. There were 2 groups of samples: 1) Network partner of 22 samples and 2) Diabetic patients with complications 178 samples, selected according to predefined criteria. The research was conducted between October 2024 - September 2025. Data were collected from questionnaires, self-management record forms, in-depth interview guidelines and focus group guidelines. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and comparing the mean differences using paired t-test and qualitative data were analyzed by content analysis with a significance level at 0.05.

The results showed that the developed of a promoting self-management model for diabetes patients with complications consisted of 5 key components: 1) Participatory assessment of problems and needs, 2) Individualized self-management plan, 3) Participatory self-care activities 4) Community–family support system and 5) Self-evaluation & iterative improvement. The evaluation results showed that most participants had a moderate level of knowledge about of diabetes and self-management behaviors ($\bar{X}$=7.96 S.D.=1.32 and $\bar{X}$=2.32 S.D.=0.17 respectively). A comparison of pre and post development of a promoting self-management model found the mean score difference of knowledge and self-management were significantly higher than pre-development (p-value<0.001)

Keyword : a promoting self-management, diabetes patients with complications

---

[1] โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรโลกมีอายุยืนยาวขึ้น มีสภาพร่างกายที่เสื่อมตามวัยร่วมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้โรคเรื้อรังกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่ทั่วโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน ในปี 2565 ประชากรโลกมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 41 ล้านคน ร้อยละ 74.0 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด โดยโรคที่เสียชีวิตมากที่สุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง[1] ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตคนไทยที่ก่อให้เกิดภาระโรคจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ภาวะเจ็บป่วยและทุพพลภาพที่ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงหรือสูญเสียไปที่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ พบคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.5 โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และร้อยละ 40 ที่ไม่ทราบว่าตัวเองป่วย ปี 2564 – 2566 มีความชุกโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 6,995.94, 7,339.78, และ 7,634.02 ตามลำดับ[2] ในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่รวม 43,539 ราย อัตราป่วย 654.26 ต่อแสนประชากร โดยจังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่มากที่สุด คือ นครราชสีมา รองลงมา คือ บุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิตามลำดับ[3]

ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและควบคุมระดับน้ำตาลที่เหมาะสม รวมถึงการให้สุขศึกษาและการสนับสนุนการดูแลที่ต่อเนื่องจะมีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง นำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคและครอบครัว และประเทศชาติ[4] สถานบริการสาธารณสุขมีการดำเนินงานจัดการโรคเบาหวานสู่ระยะสงบ สร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นรูปธรรมโดยใช้ Lifestyle modification สร้างการรับรู้ให้ประชาชนให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างยั่งยืน ขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บริการสาธารณสุข ดังนี้ 1) สนับสนุนแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ 2) พัฒนาศักยภาพด้านการจัดการโรคเบาหวานสู่เบาหวานระยะสงบ 3) จัดทำสื่อวีดีทัศน์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และ 4) สนับสนุนสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบ[5] มีรูปแบบโรงเรียนเบาหวานวิทยา ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ในการลดป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักสูตรการเรียนรู้ที่จัดทำขึ้นในแต่ละพื้นที่

จังหวัดบุรีรัมย์พัฒนาคุณภาพบริการ ผ่าน NCD Clinic Plus โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล สนับสนุนการจัดการตนเอง ส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจสุขภาพผ่านสถานีสุขภาพ ในปี 2565 - 2567 มีอัตราป่วยโรคเบาหวาน 625.0, 662.4 และ 689.71 ต่อประชากรแสนคน ในอำเภอสตึกมีอัตราป่วยรายใหม่ 754.97, 753.77 และ 705.00 ต่อประชากรแสนคน พบประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานร้อยละ 2.96 ซึ่งผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร[2] มีประวัติโรคครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน และมีประวัติหรือเคยมีประวัติน้ำตาลในเลือดสูง แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานโดยแพทย์[6] การดำเนินงานที่ผ่านมา เน้นให้ความรู้แบบบรรยาย ไม่เน้นทักษะการปฏิบัติจริงจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้นำความรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผู้ป่วยขาดแรงจูงใจหรือความตระหนักต่อการดูแลตนเอง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ สร้างเสริมพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม และพัฒนาการเรียนรู้ให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1 เพื่อศึกษาบริบท และสถานการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาต[7] มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 326 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน 2) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล 3) แพทย์ 4) เภสัชกร 5) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 6) นักกายภาพบำบัด และ 7) นักโภชนาการ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นักกายภาพบำบัด และ นักโภชนาการ โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม จำนวน 22 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง[8] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 178 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบล

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3) มีสติสัมปชัญญะดี 4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย และ5) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) โรคประจำตัวอื่นๆ และ 7) จำนวนยาที่รับประทานต่อวัน โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้โรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[9] ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มี

ภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[10] ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1.67 - 2.33 คะแนน) ปฏิบัติทุกครั้ง (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Guidelines) ใช้แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยประเด็นคำถามเป็นประเด็นเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ รายละเอียดด้านความคิด (Exploring Opinions)[11,12] คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

ชุดที่ 4 บันทึกผลการปฏิบัติตามแผนของตนเอง เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ด้านความรู้โรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน เท่ากับ 0.88 และ 2) ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เท่ากับ 0.95 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนกันยายน 2568 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย วิเคราะห์บริบทชุมชน ศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคเบาหวาน เตรียมชุมชน เตรียมแกนนำชุมชน และชี้แจงวัตถุประสงค์กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

1.1 ศึกษาชุมชนเพื่อให้ผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชนและเป็นการยืนยันว่าชุมชนที่เลือกศึกษามีปัญหาเรื่องโรคเบาหวานในชุมชนจริง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยได้พูดคุยปรึกษาหารือ และชี้แจงกระบวนการวิจัย แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานโรคติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ทราบและชี้แจ้งให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่ร่วมวิจัยทราบ

1.3 ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตึก เพื่อติดต่อขอความอนุเคราะห์สถานที่ บุคลากร ข้อมูลการวิจัย และนัดหมายการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

1.4 ติดประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญงานด้านโรคติดต่อเรื้อรัง จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อปรึกษาหารือและขอข้อเสนอแนะในเนื้อหาวิชาการ และการดำเนินการวิจัย ตามความจำเป็น

1.5 ประสานงานกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัยทั้งในส่วนภาครัฐ ท้องถิ่น ท้องที่ และภาคประชาชน

2) ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัยและประเมินผล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) กิจกรรมที่ดำเนินการในขั้นตอนวางแผน ใช้ระยะเวลา 2 เดือน โดยมีรายละเอียดมีดังนี้

2.1 การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) โดยการศึกษาสภาพปัญหาโรคเบาหวานในพื้นที่ จากข้อมูลบริบทชุมชน เอกสารข้อมูลของชุมชน การสังเกต การสอบถามและการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อสม. ผู้นำชุมชน ในประเด็นแบบเดิมของการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ว่ามีการดำเนินการอย่างไรบ้าง และสังเคราะห์ปัญหาด้านเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ซึ่งจะเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่เริ่มขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา และการวางแผน

2.2 สรุปข้อมูลจากการศึกษาบริบท และการประเมินสถานการณ์ปัญหาการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา และเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ที่เป็นตามแนวทางการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน กระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับบริบทชุมชน

2.3 ผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ และนำความรู้ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โดยในการสนทนากลุ่มและการถกปัญหาจะเป็นช่องทางพิจารณาเลือกวิธีการที่ดีที่สุด และวางแผนดำเนินการต่างๆตามรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน

2.4 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) เป็นแผนปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้ จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การพัฒนากระบวนการสร้างรูปแบบ (Model development) โดยใช้องค์ประกอบพื้นฐานจากความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยผู้วิจัยได้จัดเวทีกลุ่มย่อย (Focus group) แสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ตัวแทนภาคีเครือข่ายร่วมกันพัฒนาให้เกิดขึ้น วางแผนร่วมกับชุมชนในการนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาจากขั้นตอนที่ 1 ไปใช้จริง โดยประชาสัมพันธ์ในชุมชน พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล ระบบติดตาม การจัดระบบการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 4 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริง (Implementation) ในชุมชนโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ติดตามให้คำแนะนำแก่ชุมชน ตรวจสอบ รวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้การสังเกตและจดบันทึกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดในแผน

แผนปฏิบัติการ ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย แบบสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ และแบบบันทึกข้อมูลการวิจัยตามแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น วัดผลความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบพัฒนาขึ้น สรุปผลการดำเนินการใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เป็นกิจกรรมประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ (Evaluation) รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลต่างๆให้ชุมชน เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือการขยายผลในชุมชนอื่นๆต่อไป ในขั้นตอนนี้ ได้ร่วมพิจารณาข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วมกัน และเป็นแนวทางใน การปรับแผนใหม่ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับการดูแล ระดับการมีส่วนร่วม และคุณภาพชีวิต ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2567 เลขที่ BRO 2024-207 รับรองระหว่าง วันที่ 24 กันยายน 2567 ถึงวันที่ วันที่ 23 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน

จากการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ PAOR 2 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเอง 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการแบบมีส่วนร่วม โดยการประเมินระดับความรู้ ทักษะการจัดการตนเอง และพฤติกรรมเสี่ยง 2) การวางแผนการจัดการตนเองร่วมกัน โดยกำหนดเป้าหมายสุขภาพรายบุคคลเช่น ควบคุมระดับน้ำตาล ลดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาหารแบบเหมาะสมตามภาวะแทรกซ้อน การใช้ยาถูกต้อง การออกกำลังกายที่ปลอดภัย มีการ สร้างแผนติดตามผลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3) กิจกรรมส่งเสริมการ จัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม เช่น กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อสม.ร่วมติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เสี่ยงสูงโดยใช้สื่อสาธิต เช่น ประเมินเท้าด้วยตนเอง บันทึกน้ำตาล ออกกำลังกาย ควบคุมอาหารใน ครัวเรือน 4) ระบบติดตามและสนับสนุนต่อเนื่อง อสม.เยี่ยมบ้านพร้อมประเมินพฤติกรรมและอาการผิดปกติ ใช้ไลน์กลุ่มเพื่อส่งข้อมูลเตือนนัด ส่งคลิปวีดีโอความรู้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำปรึกษารายบุคคล และ 5) การประเมินความก้าวหน้าและปรับแผน โดยติดตามระดับน้ำตาล ประเมินภาวะแทรกซ้อน ประเมินความรู้ ทักษะ ความร่วมมือหลังจากติดตาม เพื่อใช้ข้อมูลปรับแผนต่อไป

การผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=7.96 S.D.=1.32) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการพัฒนา (n=178)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
โรคเบาหวาน	5.70	2.03	ต่ำ	7.96	1.32	ปานกลาง	1.89-2.68	12.511	<0.001*

*p-value<.05

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.32 S.D.=0.17) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการพัฒนา (n=178)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
การจัดการระดับน้ำตาลและการรับประทานยา	1.56	0.31	ต่ำ	2.53	0.36	มาก	0.90-0.99	27.573	<0.001*
การควบคุมการรับประทานอาหาร	1.48	0.35	ต่ำ	2.21	0.21	ปานกลาง	0.66-0.78	23.762	<0.001*
การออกกำลังกาย	1.44	0.25	ต่ำ	2.16	0.18	ปานกลาง	0.67-0.76	33.263	<0.001*
การจัดการความเครียด	1.51	0.33	ต่ำ	2.38	0.33	มาก	0.81-0.93	27.274	<0.001*
ภาพรวม	**1.50**	**0.16**	ต่ำ	**2.32**	**0.17**	**ปานกลาง**	**0.79-0.85**	**54.893**	<0.001*

*p-value<.05

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการแบบมีส่วนร่วม 2) การวางแผนการจัดการตนเองร่วมกัน 3) กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม 4) ระบบติดตามและสนับสนุนต่อเนื่อง และ 5) การประเมินความก้าวหน้าและการปรับแผน ช่วยให้เข้าใจปัญหาเชิงลึกมากขึ้น และนำไปสู่การวางแผนที่เหมาะสมกับสภาพจริงของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)[13] ที่เน้นให้ทีมสุขภาพร่วมประเมินความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกำหนดแผนการดูแล นอกจากนี้การมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินยังช่วยสร้างความตระหนักรู้และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง

ผู้ป่วยทำให้เกิดพลังกลุ่ม เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของปัญหา ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชาดา จิฐาวรานนท และคณะ[14] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว พบว่า รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยพัฒนาศักยภาพของชุมชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง เน้นการดูแลอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียม 2) มีการออกแบบระบบบริการในทุกระดับของสถานบริการอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ระบบสนับสนุนการรักษาในกลุ่มที่มีอาการแทรกซ้อนมีคุณภาพ 4) มีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญที่สหวิชาชีพสามารถใช้ร่วมกันในการดูแลเป้าหมายอย่างเพียงพอ 5) มีกลไก กระบวนงาน และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูง และ 6) การร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการเกิดโรคเบาหวาน มากขึ้นหลังใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิยา มาตรา[15]ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าการสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นแกนกลางของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาวและเหมาะสมกับภาวะแทรกซ้อนของตนเอง การสร้างความตระหนักรู้ การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ช่วยเพิ่มความเข้าใจและความพร้อมของผู้ป่วยในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรมีการกำหนดนโยบายสนับสนุนให้สถานบริการสุขภาพทุกระดับให้มีการจัดระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ เภสัชกร นักกายภาพ และ รพ.สต.) โดยมุ่งเน้นการวางแผนการดูแลร่วมกัน (care plan) และการติดตามคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ต่อเนื่องและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

2) ควรมีการพัฒนานโยบายสนับสนุนโปรแกรมอบรมผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นเนื้อหาเรื่องการดูแลตนเอง การปรับพฤติกรรม การใช้ยาอย่างถูกต้อง การอ่านผลตรวจ และการสังเกตอาการผิดปกติ รวมถึงสนับสนุนให้มีสื่อความรู้หลากหลาย เช่น แอปพลิเคชัน คู่มือ วิดีโอ เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) สามารถนำผลการวิจัยมากำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนในสถานบริการ เช่น การกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพ การจัดระบบติดตามผู้ป่วย การนัดหมายเชิงรุก หรือการเชื่อมต่อบริการกับชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระบบและมีความต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

2) หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น รพ.สต. หรือคลินิกเบาหวาน สามารถนำรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองที่ได้จากงานวิจัยไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น การทำแผนการดูแลรายบุคคล การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และการให้คำปรึกษาเชิงลึก

ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น สนับสนุนของครอบครัว เศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงเทคโนโลยีที่ใช้ในการติดตามสุขภาพ เพื่อพัฒนารูปแบบที่ตอบโจทย์ชีวิตจริงของผู้ป่วยมากที่สุด

2) ควรศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น ปัจจัยทางจิตใจ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ทัศนคติ ความรู้สุขภาพ และความสามารถในการเข้าถึงบริการ เพื่อช่วยออกแบบรูปแบบการส่งเสริมที่ตอบโจทย์ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค.(2566). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 – 2570). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

2.กรมการแพทย์.(2567). รายงาน DMS NCD ปี 2567. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. เข้าถึงได้จากhttps://medinfo.dms.go.th/public-health/ncd.php?kpi_year=2567. 2567.

3.กรมควบคุมโรค.(2566). สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องในวันเบาหวานโลก ปี 2566 [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จากhttps://ddc.moph.go.th/odpc/newsphp?deptcode=odpc9& news=38417&news_views=2407&utm_source=chatgpt.com.

4.สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.(2566). สถานการณ์โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก http://www.dms.moph.go.th /imrta/images/data/doc_dm_ht.pdf.

5.กรมควบคุมโรค.(2567). รายงานประจำปี 2567. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

6.ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์.(2567). อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์].[เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://hdc.moph.go.th/brm/ public/standardsubcatalog /6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.

7.Kemmis, S., & McTaggart, R.(1988). The action research planner (3rd ed.). Geelong,Victoria: Deakin University Press.

8.Daniel, W. W.(2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (9th ed.). Wiley; 2010.

9.Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay.

10. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

11 สุภัททา ปิณฑะแพทย์.(2564). การสัมภาษณ์เพื่อการวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารพัฒนาธุรกิจและอุตสาหกรรม 2564; 1(3): 1-3.

12. Alamri, W. A.(2019). Effectiveness of qualitative research methods: interviews and diaries . International journal of English and cultural studies 2019; 2(1): 65-70.

13. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก.(2560). บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2560; 37(2): 154-159.

14. ณิชาดา จิฐาวรานนท, นภาพล วสนาท, ปัณฑิตา หัวดอนนัก และอนุสรา บัวพา.(2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2568; 10(3): 44-50.

15. นันทิยา มาตรา.(2567). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 9(4): 17-26.S

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day surgery) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึง เข้าใจ ปลอดภัย และประทับใจบริการ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

Development of a Care Model for Pterygium Patients Undergoing One Day Surgery to Enhance Accessibility, Understanding, Safety, and Service Satisfaction at Khumphawapi Hospital, Udonthani Province.

(Received: December 10,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

นภัสนันท์ ทาสะโก[1]
Napatsanan Thasako[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนารูปแบบการดูแล และศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เชิงคุณภาพ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 15 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคต้อเนื้อ จำนวน 48 คน ระยะเวลา 12 เดือน ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2568 ดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการ DALI ร่วมกับหลักการ LEAN เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการดูแลผู้ป่วย แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบเก็บข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนาด้วย Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ความเข้าใจ ความปลอดภัย ความประทับใจ และการทำงานเป็นทีม ผลลัพธ์ตาม EI3O พบว่า อัตราการยกเลิกผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 2.50 เป็นร้อยละ 0.00 อัตราภาวะแทรกซ้อนลดลงจากร้อยละ 3.20 เป็นร้อยละ 0.00 ระยะเวลารอคอยลดลงจาก 2.68 ชั่วโมงเป็น 1.15 ชั่วโมง ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 2.98 ± 0.85 เป็น 4.35 ± 0.68 และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจาก 3.08 ± 0.96 เป็น 4.68 ± 0.58 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 8.42, 9.15 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ, โรคต้อเนื้อ, การพัฒนารูปแบบการดูแล, ความปลอดภัยของผู้ป่วย

Abstract

This action research aimed to study the situation and problems, develop a care model, and evaluate the outcomes of care for pterygium patients undergoing one day surgery. The sample consisted of qualitative participants including a multidisciplinary team of 15 members, and quantitative participants comprising 48 pterygium patients. The study was conducted over 12 months from October 2024 to October 2025, employing the DALI process integrated with LEAN principles. Mixed-methods data collection was utilized, incorporating both quantitative and qualitative data. Research instruments included focus group discussion guidelines, patient care guidelines, general information forms, clinical data forms, knowledge assessment questionnaires, and satisfaction evaluation forms. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests for pre-post comparison, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings revealed that the developed care model comprised five essential components: accessibility, understanding, safety, satisfaction, and teamwork. Based on the EI3O framework, outcomes demonstrated that surgery cancellation rates decreased from 2.50% to 0.00%, complication rates decreased from 3.20% to 0.00%, waiting time reduced from 2.68 hours to 1.15 hours, patient knowledge improved from 2.98 ± 0.85 to 4.35 ± 0.68,

[1] โรงพยาบาลกุมภาวาปี จังหวัดอุดรธานี

and satisfaction increased from 3.08 ± 0.96 to 4.68 ± 0.58, all statistically significant at the .05 level (t = 8.42, 9.15 respectively).

Keywords: One day surgery, Pterygium, Care model development, Patient safety

บทนำ

โรคต้อเนื้อเป็นโรคตาที่มีความชุกสูงในระดับโลก โดยเฉพาะในพื้นที่ที่อยู่ระหว่างเส้นรุ้งที่ 37 องศาเหนือและใต้ของเส้นศูนย์สูตร ซึ่งเรียกว่า "pterygium belt" ความชุกของโรคต้อเนื้อในระดับโลกมีความหลากหลายตั้งแต่ร้อยละ 0.30 ถึงร้อยละ 29.00 ขึ้นอยู่กับทำเลที่ตั้งทางภูมิศาสตร์และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (Liu, Wu, Geng, Yuan & Huang, 2013) ในประเทศแถบเขตร้อนพบความชุกสูงถึงร้อยละ 22.00 ขณะที่ในพื้นที่ละติจูดสูงกว่า 40 องศาพบความชุกน้อยกว่าร้อยละ 2.00 สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคต้อเนื้อคือการได้รับรังสีอัลตราไวโอเลตจากแสงแดดเป็นเวลานาน รวมถึงการสัมผัสกับฝุ่น ลม และควัน ผู้ป่วยมักมีอาการระคายเคืองตา ตาแดง น้ำตาไหล และหากต้อเนื้อลุกลามเข้ากระจกตามากอาจส่งผลต่อการมองเห็น[1,2]

ประเทศไทยซึ่งตั้งอยู่ในเขตร้อนมีอัตราการเกิดโรคต้อเนื้อสูง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่ประกอบอาชีพกลางแจ้งเช่น เกษตรกร ชาวนา ชาวสวน และคนงานก่อสร้าง ซึ่งต้องสัมผัสกับแสงแดดเป็นประจำ การรักษาโรคต้อเนื้อที่มีขนาดใหญ่หรือส่งผลต่อการมองเห็นต้องใช้การผ่าตัดลอกต้อเนื้อออก ซึ่งเป็นหัตถการที่ดำเนินการได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง[3] การผ่าตัดต้อเนื้อเป็นหนึ่งในหัตถการทางจักษุวิทยาที่นิยมดำเนินการในรูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เนื่องจากเป็นหัตถการที่ใช้เวลาไม่นาน มีความเสี่ยงต่ำ และผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายในวันเดียว การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับหรือ One Day Surgery (ODS) เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดมาจากที่บ้านและมารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาล หลังพักฟื้นจากการผ่าตัดไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและกลับบ้านได้ภายในวันเดียว ข้อดีของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีมากมาย ได้แก่ ลดระยะเวลานอนในโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ ลดความแออัดในโรงพยาบาล เพิ่มประสิทธิภาพการใช้เตียง และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย[4] การศึกษาในต่างประเทศพบว่าการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ประมาณร้อยละ 50.00 เมื่อเปรียบเทียบกับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยใน โดยความแตกต่างหลักมาจากค่าสถานที่และค่าบริการ[5] กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 โดยเริ่มจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมแล้วขยายไปอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในทุกเขตสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายให้มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับร้อยละ 15.00 ในปี พ.ศ. 2561 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.00 ในปี พ.ศ. 2564 ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ดำเนินการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับทั่วประเทศประมาณ[3] 150 แห่ง ครอบคลุมการผ่าตัด 62 รายการ รวมถึงการผ่าตัดต้อเนื้อ การผ่าตัดไส้เลื่อน การผ่าตัดริดสีดวง และการผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม[6]

จังหวัดอุดรธานี เป็นจังหวัดขนาดใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีประชากรแน่นหนา ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบสูง มีภูมิอากาศร้อนและแห้งแล้ง ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งต้องทำงานกลางแจ้งและสัมผัสกับแสงแดดเป็นประจำ ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคต้อเนื้อ จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานีประมาณการว่ามีผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการรักษาประมาณ 800-1,000 รายต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยรับบริการประมาณ 850 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 920 ราย ในปี พ.ศ. 2566 และ 980 ราย ในปี พ.ศ. 2567 แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

อำเภอกุมภวาปีเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดอุดรธานีที่มีประชากรประมาณ 83,000 คน ส่วนใหญ่

ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จากสถิติโรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่ามีผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยรับบริการประมาณ 110 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 125 ราย ในปี พ.ศ. 2566 และ 150 ราย ในปี พ.ศ. 2567 การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยสะท้อนถึงความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นและความตระหนักของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกุมภวาปี มีหน้าที่ให้บริการประชาชนในอำเภอกุมภวาปีและอำเภอใกล้เคียง มีหอผู้ป่วยพิเศษจักษุที่ให้บริการตรวจรักษาโรคตาและดำเนินการผ่าตัดทางจักษุวิทยา ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โรงพยาบาลได้เริ่มดำเนินการตามโครงการพัฒนาระบบบริการแบบวันเดียวกลับตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยเริ่มจากการผ่าตัดต้อเนื้อซึ่งเป็นหัตถการที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เนื่องจากเป็นหัตถการที่ใช้เวลาไม่นาน มีความเสี่ยงต่ำ และผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้รวดเร็ว ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 และได้กำหนดให้วันที่ 17 กันยายนของทุกปีเป็นวันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก (World Patient Safety Day) ประเทศไทยได้บูรณาการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้ากับกระบวนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เรียกว่า SIMPLE ซึ่งประกอบด้วย การผ่าตัดที่ปลอดภัย (Safe Surgery) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control) การให้ยาและเลือดที่ปลอดภัย (Medication and Blood Safety) กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย (Patient Care Process) การดูแลอุปกรณ์สายและท่อต่างๆ (Line, Tube and Catheter and Laboratory) และการตอบสนองภาวะฉุกเฉิน (Emergency Response)[7]

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญยิ่งเนื่องจากผู้ป่วยจะกลับบ้านภายในวันเดียว จึงต้องมีระบบการดูแลที่ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลระหว่างผ่าตัด การพักฟื้นหลังผ่าตัด และการติดตามดูแลหลังจำหน่าย การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน การใช้ Safe Surgery Checklist การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วย[8]

แนวคิดเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Accessibility) เป็นหลักการสำคัญที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว การพัฒนาระบบบริการแบบ One Stop Service ที่หอผู้ป่วยจักษุช่วยลดระยะเวลารอคอยและความยุ่งยากในการเดินทางไปยังหน่วยงานต่างๆ การมีความเข้าใจ (Understanding) ในกระบวนการรักษาและการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลที่มีคุณภาพ ความประทับใจในบริการ (Satisfaction) สะท้อนถึงคุณภาพการบริการโดยรวม การสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นเครื่องมือสำคัญในการประเมินและปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานผ่าตัดแบบวันเดียวกลับยังพบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ การขาดรูปแบบการจัดบริการที่ชัดเจน ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าเกณฑ์การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับทำให้มีปัญหาในการเบิกจ่าย ผู้ป่วยขาดความรู้ในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดทำให้ต้องงดหรือเลื่อนการผ่าตัด การสื่อสารความเข้าใจนโยบายในระดับผู้ปฏิบัติยังไม่ทั่วถึง และการขาดทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน[9] ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการและความพึงพอใจของผู้ป่วย

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับให้มีความครอบคลุม เป็นระบบ และมีมาตรฐาน โดยเน้นให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เข้าใจ

กระบวนการรักษาและการดูแลตนเอง ได้รับการดูแลที่ปลอดภัย และมีความประทับใจในบริการ การพัฒนารูปแบบการดูแลดังกล่าวจะช่วยลดอัตราการยกเลิกหรือเลื่อนการผ่าตัด ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ปลอดภัย และประชาชนสามารถเข้าถึงได้ การวิจัยครั้งนี้จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึง เข้าใจ ปลอดภัย และประทับใจบริการ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 12 เดือน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับแนวคิด DALI (Design-Action-Learning-Improvement) และหลักการ LEAN เพื่อลดความสูญเปล่า และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย จักษุแพทย์ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยจักษุ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพห้องพักฟื้น พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยนอก เภสัชกร วิสัญญีแพทย์ และผู้บริหารโรงพยาบาล เชิงปริมาณในการประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 150 คน

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยจักษุ จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพห้องพักฟื้น จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยนอก จำนวน 3 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน วิสัญญี พยาบาล จำนวน 1 คน และผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 2 คน รวม 15 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เชิงปริมาณในการประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 48 คน โดยคำนวณจากสูตรการเปรียบเทียบก่อนหลังสำหรับ t - test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับที่โรงพยาบาลกุมภวาปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยการจัดกระบวนการกลุ่ม การรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา

การกำหนดมาตรการ กำหนดบทบาทที่มสหวิชาชีพ ถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข การปรับปรุงมาตรการให้สอดคล้องกับแนวทางใหม่ที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

1.2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 1) แนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ การใช้ Safe Surgery Checklist การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 2) แนวคิดการเข้าถึงบริการ (Accessibility) การพัฒนาระบบบริการแบบ One Stop Service ที่หอผู้ป่วยจักษุ การลดขั้นตอนที่ซับซ้อน การลดระยะเวลารอคอย และการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติ 3) แนวคิดการให้ความรู้และความเข้าใจ (Health Literacy) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อเนื้อและการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การดูแลตนเองหลังผ่าตัด และการสังเกตอาการแทรกซ้อน 4) หลักการ LEAN การลดความสูญเปล่าในกระบวนการให้บริการ การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษา

2.2) แบบเก็บข้อมูลทางคลินิก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ตำแหน่งต้อเนื้อ ขนาดต้อเนื้อ ระยะเวลาการเป็นโรค ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา อาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2.3) แบบประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อเนื้อและการรักษา ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการแทรกซ้อน และความรู้เกี่ยวกับการติดตามผลการรักษา รวมจำนวน 20 ข้อ

2.4) แบบประเมินความพึงพอใจ โดยกำหนดเป็นแบบประเมิน 5 ระดับ แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ กระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ เจ้าหน้าที่และบุคลากรผู้ให้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวก ผลลัพธ์และคุณภาพการบริการ และการให้ข้อมูลและคำแนะนำ รวมจำนวน 15 ข้อ

2.5) แบบบันทึกข้อมูลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแล ได้แก่ อัตราการยกเลิกหรือเลื่อนการผ่าตัด อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ ระยะเวลาการพักฟื้น และอัตราการส่งเบิกจ่ายได้

2.6) แบบติดตามอาการหลังจำหน่ายภายใน 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย การประเมินอาการปวด อาการตาแดง อาการบวม การมองเห็น และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำเครื่องมือที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.5 ขึ้นไป หลังจากนั้นทำการปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์และแบบเก็บข้อมูลมาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และความพึงพอใจ ด้วยความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติเชิง

อนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย และระดับความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบโดยใช้สถิติ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและการถอดบทเรียน วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอในรูปแบบพรรณนาวิเคราะห์

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1) จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ขาดความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด มีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดและการกลับบ้านภายในวันเดียว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่เข้าเกณฑ์การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ทำให้มีปัญหาในการเบิกจ่ายค่ารักษา การสื่อสารความเข้าใจนโยบายการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในระดับผู้ปฏิบัติยังไม่ทั่วถึง ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ขาดทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีระบบ One Stop Service ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางไปหลายหน่วยงาน เกิดความล่าช้าและไม่สะดวก การวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ และวางแผนการแก้ไขปัญหา โดยใช้กระบวนการร่วมกับคณะผู้บริหารโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนจนเกิดความซับซ้อนในการดำเนินงาน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบปัญหาอุปสรรคในการถ่ายทอดเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติซึ่งดำเนินการยาก ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล ความซับซ้อนในด้านการบริหารจัดการทีมดูแลผู้ป่วย การบริหารงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการ และการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 48 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 26 คน ร้อยละ 54.17 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 22 คน ร้อยละ 45.83 ตามลำดับ ช่วงอายุส่วนมากอยู่ในช่วง 51-60 ปี จำนวน 15 คน ร้อยละ 31.25 รองลงมาช่วงอายุ 61-70 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 25.00 ช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 20.83 และช่วงอายุ 71-80 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 14.58 ตามลำดับ 31-40 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 8.33 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 57.42 ± 11.28 ปี อาชีพส่วนมากทำไร่ทำนา จำนวน 32 คน ร้อยละ 66.67 รองลงมารับจ้างทั่วไป จำนวน 8 คน ร้อยละ 16.67 ค้าขาย จำนวน 4 คน ร้อยละ 8.33 รับราชการ จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.17 และว่างงาน 2 คน ร้อยละ 4.17 ตามลำดับ ศาสนาทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 48 คน ร้อยละ 100.00 สถานภาพสมรสส่วนมากสมรส จำนวน 35 คน ร้อยละ 72.92 รองลงมาหม้าย จำนวน 9 คน ร้อยละ 18.75 และโสด 4 คน ร้อยละ 8.33 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 28 คน ร้อยละ 58.33 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 12 คน ร้อยละ 25.00 มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 6 คน ร้อยละ 12.50 และปริญญาตรี 2 คน ร้อยละ 4.17 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนมากน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 22 คน ร้อยละ 45.83 รองลงมา 5,001-10,000 บาท จำนวน 18 คน ร้อยละ 37.50 และมากกว่า 10,000 บาท จำนวน 8 คน ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ สิทธิการรักษาส่วนมากใช้สิทธิหประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 38 คน ร้อยละ 79.17 รองลงมาสิทธิประกันสังคม จำนวน 6 คน ร้อยละ 12.50 และสิทธิข้าราชการ 4 คน ร้อยละ 8.33 ตามลำดับ ข้อมูลทางคลินิก ตำแหน่งต้อเนื้อส่วนมากเป็นด้านหัวตา จำนวน 42 คน ร้อยละ 87.50 รองลงมาเป็นด้านหางตา จำนวน 6 คน ร้อยละ 12.50 ขนาดต้อเนื้อส่วนมากขนาด 3-4 มิลลิเมตร จำนวน 28 คน ร้อยละ 58.33 รองลงมาขนาดมากกว่า 4 มิลลิเมตร จำนวน 15 คน ร้อยละ 31.25 และน้อยกว่า 3 มิลลิเมตร

จำนวน 5 คน ร้อยละ 10.42 ตามลำดับ ระยะเวลาการเป็นโรคส่วนมาก 1-3 ปี จำนวน 20 คน ร้อยละ 41.67 รองลงมามากกว่า 3 ปี จำนวน 18 คน ร้อยละ 37.50 และน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 20.83 ตามลำดับ โรคประจำตัวส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 25 คน ร้อยละ 52.08 รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 12 คน ร้อยละ 25.00 เบาหวาน จำนวน 8 คน ร้อยละ 16.67 และโรคไตเรื้อรัง จำนวน 3 คน ร้อยละ 6.25 ตามลำดับ อาการแสดงส่วนมากมีอาการระคายเคืองตา จำนวน 35 คน ร้อยละ 72.92 รองลงมาตาแดง จำนวน 28 คน ร้อยละ 58.33 น้ำตาไหล จำนวน 18 คน ร้อยละ 37.50 และมองเห็นไม่ชัดเจน จำนวน 12 คน ร้อยละ 25.00 ตามลำดับ ผลการประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัดทุกรายผ่านเกณฑ์ความพร้อม จำนวน 48 คน ร้อยละ 100.00 ระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ย 18.56 ± 4.23 นาที

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับแนวคิด DALI และหลักการ LEAN ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การออกแบบ (Design) ทีมวิจัยร่วมกับทีมสหวิชาชีพดำเนินการวิเคราะห์ปัญหาและออกแบบรูปแบบการดูแลโดยใช้เครื่องมือ Fishbone Diagram และ Process Mapping เพื่อระบุปัญหาและจุดที่ต้องปรับปรุง จัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 3 ครั้ง เพื่อระดมความคิดเห็นและออกแบบแนวทางการดูแลที่เหมาะสม ทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) จากโรงพยาบาลอื่นที่ประสบความสำเร็จในการจัดบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) นำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ โดยแบ่งเป็น 6 กิจกรรมหลัก ดังนี้ พัฒนาระบบการคัดกรองและประเมินผู้ป่วย จัดทำเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ พัฒนาแบบฟอร์ม Checklist การประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ กำหนดเกณฑ์การคัดออกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง พัฒนาระบบบริการแบบ One Stop Service จัดพื้นที่ที่หอผู้ป่วยจักษุให้เป็นศูนย์กลางในการให้บริการ ผู้ป่วยสามารถลงทะเบียน รับการตรวจประเมิน รับยา และเข้ารับการผ่าตัดได้ในพื้นที่เดียว ลดขั้นตอนการเดินทางไปยังหน่วยงานต่างๆ ประสานงานกับแพทย์ให้ส่ง Doctor Order ล่วงหน้า พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลตามมาตรฐาน จัดทำ Clinical Practice Guideline สำหรับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อเนื้อแบบวันเดียวกลับ พัฒนา Flow Chart กระบวนการให้บริการตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด และจำหน่าย จัดทำ Safe Surgery Checklist สำหรับใช้ในห้องผ่าตัด พัฒนาระบบการให้ความรู้และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย จัดทำสื่อความรู้เกี่ยวกับโรคต้อเนื้อและการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ทั้งในรูปแบบเอกสาร วิดีโอ และแอปพลิเคชัน จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลและแพทย์ จัดทำคู่มือการดูแลตนเองหลังผ่าตัดและแนวทางการสังเกตอาการแทรกซ้อน พัฒนาระบบการติดตามดูแลหลังจำหน่าย จัดทำระบบติดตามอาการผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่าย โดยใช้ช่องทางโทรศัพท์และ Line Application พัฒนาแบบฟอร์มติดตามอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อน กำหนดแนวทางการให้คำแนะนำและการรับผู้ป่วยกลับมาตรวจติดตามตามกำหนด พัฒนาระบบการประสานงานทีมสหวิชาชีพ จัดตั้งทีมสหวิชาชีพรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และวิสัญญีพยาบาล จัดประชุมทีมเป็นประจำทุกสัปดาห์เพื่อติดตามผลการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา จัดกิจกรรม Morning Talk เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานงานในแต่ละวันจากการทำงาน

ขั้นตอนที่ 3 การเรียนรู้ (Learning) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จัดเก็บ

ข้อมูลตัวชี้วัดต่างๆ วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น จัดประชุมถอดบทเรียน (After Action Review) เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติงาน สรุปจุดแข็ง จุดอ่อน และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุง (Improvement) นำข้อมูลจากการเรียนรู้มาปรับปรุงรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ใช้หลักการ PDCA Cycle ในการพัฒนาคุณภาพ ปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความสูญเปล่าตามหลักการ LEAN เช่น ลดเวลารอคอย ลดการเคลื่อนย้ายที่ไม่จำเป็น และลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ระบบบริการแบบ One Stop Service ที่หอผู้ป่วยจักษุ การประสานงานล่วงหน้าระหว่างหน่วยงาน การลดขั้นตอนและระยะเวลารอคอย การอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติ องค์ประกอบที่ 2 ความเข้าใจ (Understanding) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การสื่อสารที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย

การใช้สื่อความรู้หลากหลายรูปแบบ องค์ประกอบที่ 3 ความปลอดภัย (Safety) การคัดกรองและประเมินความพร้อมอย่างเข้มงวด การใช้ Safe Surgery Checklist การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด องค์ประกอบที่ 4 ความประทับใจ (Satisfaction) การให้บริการด้วยความเอาใจใส่ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย สิ่งอำนวยความสะดวกที่เพียงพอ การสร้างประสบการณ์ที่ดีตลอดการรับบริการ องค์ประกอบที่ 5 การทำงานเป็นทีม (Teamwork) การประสานงานทีมสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสารภายในทีมที่ชัดเจน การมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน การสนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน บทเรียนจากการพัฒนารูปแบบ บทเรียนด้านการบริหารจัดการ การสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการ การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนช่วยลดความสับสนในการปฏิบัติงาน การจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินงาน การประชุมติดตามผลอย่างสม่ำเสมอช่วยให้แก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที การถอดบทเรียนมีดังนี้ 1) บทเรียนด้านการปฏิบัติงาน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยล่วงหน้าช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือ ระบบ One Stop Service ช่วยลดความยุ่งยากและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย การใช้ Checklist ช่วยป้องกันข้อผิดพลาดและเพิ่มความปลอดภัย การติดตามผลหลังจำหน่ายช่วยให้ตรวจพบภาวะแทรกซ้อนได้เร็ว 2) บทเรียนด้านการทำงานเป็นทีม การสื่อสารที่ดีระหว่างทีมเป็นกุญแจสำคัญของความสำเร็จ การประชุม Morning Talk ช่วยให้ทีมมีข้อมูลเดียวกันและประสานงานได้ดี การถอดบทเรียนร่วมกันช่วยให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การให้กำลังใจและชื่นชมซึ่งกันและกันช่วยเสริมสร้างขวัญกำลังใจ

3. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3)

3.1 ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบว่า พยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพิ่มขึ้น เดิมในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.15 ภายหลังการพัฒนารูปแบบ ความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.72 ระดับความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลดีขึ้น อัตราการยกเลิกหรือเลื่อนการผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม ก่อนพัฒนา ร้อยละ 2.50 หลังพัฒนาลดลงเป็น ร้อยละ 0.00 อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ก่อนพัฒนา ร้อยละ 3.20 หลังพัฒนาลดลงเป็น ร้อยละ 0.00 อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง เดิม ร้อยละ 1.60 หลังพัฒนาลดลงเป็น ร้อยละ 0.00 ระยะเวลาเฉลี่ยการพักฟื้นหลังผ่าตัด ก่อนพัฒนา 3.85 ชั่วโมง หลังพัฒนาลดลงเป็น 2.42

ชั่วโมง อัตราการส่งเบิกจ่ายได้ ก่อนพัฒนา ร้อยละ 97.50 หลังพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100.00 ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยก่อนเข้าผ่าตัด ก่อนพัฒนา 2.68 ชั่วโมง หลังพัฒนาลดลงเป็น 1.15 ชั่วโมง

3.2 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.98 ± 0.85 ภายหลังการพัฒนารูปแบบความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.35 ± 0.68 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 8.42, p < .001) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อเนื้อและการรักษา ก่อนพัฒนา 3.12 ± 0.92 หลังพัฒนา 4.48 ± 0.65 (t = 7.85, p < .001) ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ก่อนพัฒนา 2.85 ± 0.88 หลังพัฒนา 4.32 ± 0.71 (t = 8.12, p < .001) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ก่อนพัฒนา 2.92 ± 0.79 หลังพัฒนา 4.28 ± 0.73 (t = 7.94, p < .001) ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการแทรกซ้อน ก่อนพัฒนา 3.08 ± 0.91 หลังพัฒนา 4.38 ± 0.69 (t = 7.68, p < .001) และความรู้เกี่ยวกับการติดตามผลการรักษา ก่อนพัฒนา 2.95 ± 0.84 หลังพัฒนา 4.29 ± 0.72 (t = 7.76, p < .001) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (n=48)

รายการ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	p-value
	Mean ± SD	ระดับ	Mean ± SD	ระดับ		
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อเนื้อและการรักษา	3.12 ± 0.92	ปานกลาง	4.48 ± 0.65	มาก	7.85	<.001*
2. ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด	2.85 ± 0.88	ปานกลาง	4.32 ± 0.71	มาก	8.12	<.001*
3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด	2.92 ± 0.79	ปานกลาง	4.28 ± 0.73	มาก	7.94	<.001*
4. ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการแทรกซ้อน	3.08 ± 0.91	ปานกลาง	4.38 ± 0.69	มาก	7.68	<.001*
5. ความรู้เกี่ยวกับการติดตามผลการรักษา	2.95 ± 0.84	ปานกลาง	4.29 ± 0.72	มาก	7.76	<.001*
รวม	2.98 ± 0.85	ปานกลาง	4.35 ± 0.68	มาก	8.42	<.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.08 ± 0.96 ภายหลังการพัฒนารูปแบบความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.68 ± 0.58 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 9.15, p < .001) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ ก่อนพัฒนา 3.05 ± 1.02 หลังพัฒนา 4.72 ± 0.56 (t = 9.28, p < .001) เจ้าหน้าที่และบุคลากรผู้ให้บริการ ก่อนพัฒนา 3.25 ± 0.88 หลังพัฒนา 4.75 ± 0.52 (t = 8.86, p < .001) สิ่งอำนวยความสะดวก ก่อนพัฒนา 2.98 ± 1.05 หลังพัฒนา 4.58 ± 0.64 (t = 8.72, p < .001) ผลลัพธ์และคุณภาพการบริการ ก่อนพัฒนา 3.12 ± 0.94 หลังพัฒนา 4.70 ± 0.59 (t = 8.95, p < .001) และการให้ข้อมูลและคำแนะนำ ก่อนพัฒนา 3.02 ± 0.97 หลังพัฒนา 4.65 ± 0.61 (t = 9.08, p < .001) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (n=48)

รายการ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	p-value
	Mean ± SD	ระดับ	Mean ± SD	ระดับ		
1. กระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ	3.05 ± 1.02	ปานกลาง	4.72 ± 0.56	มาก	9.28	<.001*
2. เจ้าหน้าที่และบุคลากรผู้ให้บริการ	3.25 ± 0.88	ปานกลาง	4.75 ± 0.52	มาก	8.86	<.001*
3. สิ่งอำนวยความสะดวก	2.98 ± 1.05	ปานกลาง	4.58 ± 0.64	มาก	8.72	<.001*
4. ผลลัพธ์และคุณภาพการบริการ	3.12 ± 0.94	ปานกลาง	4.70 ± 0.59	มาก	8.95	<.001*
5. การให้ข้อมูลและคำแนะนำ	3.02 ± 0.97	ปานกลาง	4.65 ± 0.61	มาก	9.08	<.001*
รวม	3.08 ± 0.96	ปานกลาง	4.68 ± 0.58	มาก	9.15	<.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจากการศึกษาสถานการณ์และปัญหาพบว่า ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ขาดความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดและการกลับบ้านภายในวันเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของประภา ราชา นพรัตน์ เรืองศรี และจารุภา คงรส[10] ที่พบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ทำให้ต้องงดหรือเลื่อนการผ่าตัด ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการสื่อสารความเข้าใจนโยบายการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในระดับผู้ปฏิบัติยังไม่ทั่วถึง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชญานิศ ธัมธนพัฒน์[8] ที่พบว่า การขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงการขาดทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน เป็นปัญหาสำคัญในการดำเนินงานการขาดระบบ One Stop Service ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางไปหลายหน่วยงาน เกิดความล่าช้าและไม่สะดวก สอดคล้องกับการศึกษาของ Warnakulasuriya และคณะ[9] ที่ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตรต่อผู้ป่วยและลดความซับซ้อนในกระบวนการเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการแก้ไขต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ซึ่งมีความซับซ้อนในการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของอวยพร จงสกุล นารีรัตน์ อยู่สมบูรณ์ และศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์[4] ที่พบว่า ความซับซ้อนในด้านการบริหารจัดการทีมดูแลผู้ป่วยและการบริหารงบประมาณเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาระบบบริการข้อมูลผู้ป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรที่ประกอบอาชีพกลางแจ้งและสัมผัสกับแสงแดดเป็นประจำ ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคต้อเนื้อ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ramalingam และคณะ[11] ที่ระบุว่า การสัมผัสกับรังสีอัลตราไวโอเลตเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคต้อเนื้อ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่ทำงานกลางแจ้ง การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมีรายได้น้อย ทำให้การเข้าถึงข้อมูลและความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีข้อจำกัด สอดคล้องกับแนวคิดของ Joshi และ Ahmad[12] ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสมตามบริบทและระดับการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ประกอบด้วยห้าองค์ประกอบสำคัญ คือ การเข้าถึงบริการ ความเข้าใจ ความปลอดภัย ความประทับใจ และการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา ศรีษะเกษ กุหลาบ พลเยี่ยม

และสกลรัชต์ รัตนแสง[13] ที่พัฒนารูปแบบการบริการประกอบด้วยสื่องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การพัฒนาระบบ One Stop Service การใช้แนวทางปฏิบัติมาตรฐาน และการติดตามผลหลังจำหน่าย การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับแนวคิด DALI และหลักการ LEAN เป็นแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Delpero และคณะ[14] ที่แนะนำให้ใช้หลักการ LEAN เพื่อลดความสูญเปล่าและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการในการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกการพัฒนาระบบ One Stop Service ที่หอผู้ป่วยจักษุช่วยลดระยะเวลารอคอยและความยุ่งยากในการเดินทางไปยังหน่วยงานต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร พืชพิสุทธิ์ และรัชนี หลงสวาสดิ์[15] ที่พบว่า การพัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนผ่าตัดโดยใช้สื่อความรู้หลากหลายรูปแบบเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มความเข้าใจและลดความวิตกกังวล สอดคล้องกับแนวคิดของ Joshi และ Ahmad (2020) ที่เน้นว่าการให้ความรู้และการศึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นหนึ่งในห้าเสาหลักของ Enhanced Recovery After Surgery protocolsการใช้ Safe Surgery Checklist และการพัฒนา Clinical Practice Guideline เป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันข้อผิดพลาดและเพิ่มความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญานิศ ธัมธนพัฒน์[8] ที่พบว่า การใช้แนวทางปฏิบัติมาตรฐานช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การจัดตั้งทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่ชัดเจนและมีการประชุมติดตามผลอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการ สอดคล้องกับการศึกษาของอวยพร จงสกุล นารีรัตน์ อยู่สมบูรณ์ และศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์[4] ที่เน้นความสำคัญของการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพในระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัดการติดตามอาการผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่ายโดยใช้ช่องทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์เป็นนวัตกรรมที่ช่วยให้ตรวจพบภาวะแทรกซ้อนได้เร็ว สอดคล้องกับแนวคิดของ Warnakulasuriya และคณะ[9] ที่แนะนำให้ใช้การประยุกต์ใช้ทางโทรศัพท์หรือบนเว็บสำหรับการติดตามผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอก การถอดบทเรียนและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องโดยใช้หลักการ PDCA Cycle เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของประภา ราชานพรัตน์ เรืองศรี และจารุภา คงรส[9] ที่เน้นความสำคัญของการปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับผลการดำเนินงานพบว่า อัตราการยกเลิกหรือเลื่อนการผ่าตัดลดลงอย่างชัดเจน เนื่องจากการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและการติดตามยืนยันก่อนผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา ศรีษะเกษ กุหลาบ พลเยี่ยม และสกลรัชต์ รัตนแสง[13] ที่พบว่าอัตราการยกเลิกการผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการพัฒนารูปแบบการบริการ อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลงเป็นศูนย์ สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติมาตรฐานและการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญานิศ ธัมธนพัฒน์[8] ที่พบว่า การพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานช่วยลดอัตราภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญระยะเวลารอคอยก่อนเข้าผ่าตัดลดลงอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากระบบ One Stop Service และการประสานงานล่วงหน้า สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร พืชพิสุทธิ์ และรัชนี หลงสวาสดิ์[15] ที่พบว่า การพัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรช่วยลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Delpero และคณะ[14] ที่ระบุว่า การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและการลดความสูญเปล่าในกระบวนการเป็นเป้าหมายสำคัญของการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก อัตราการส่งเบิกจ่ายได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละหนึ่งร้อย เนื่องจากการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อย่างเข้มงวดและการจัดทำเอกสารที่ถูกต้องครบถ้วนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน สะท้อนถึง

ประสิทธิภาพของการให้ความรู้โดยใช้สื่อหลากหลายรูปแบบและการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของประภา ราชา นพรัตน์ เรืองศรี และจารุภา คงรส[9] ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การที่ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Joshi และ Ahmad[12] ที่เน้นว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญของเส้นทางการฟื้นตัวที่เพิ่มประสิทธิภาพความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านเจ้าหน้าที่และบุคลากรผู้ให้บริการ และด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของอวยพร จงสกุล นารีรัตน์ อยู่สมบูรณ์ และศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์[4] ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการในระดับดีหลังการนำรูปแบบการดูแลแบบครบวงจรไปใช้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Gulani และ Gulani[16] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อเนื้อด้วยเทคนิคที่เหมาะสมมีความพึงพอใจสูงต่อผลลัพธ์ด้านความสวยงามและการมองเห็น ความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึงคุณภาพการบริการโดยรวมและเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแล สอดคล้องกับแนวคิดของ Warnakulasuriya และคณะ[9] ที่ระบุว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญของการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากฝ่ายการพยาบาล แพทย์ เภสัชกร วิสัญญีพยาบาล และผู้บริหารโรงพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาในการบริหารจัดการกำลังคน ปัญหาการดำเนินงาน และอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมวิเคราะห์และคืนข้อมูลให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน การประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติร่วมกันทั้งองค์กร ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีมาตรฐานและมีความปลอดภัยมากขึ้น และทีมสหวิชาชีพในองค์กรสามารถปฏิบัติงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การปรับปรุงมาตรฐานทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับสามารถช่วยเพิ่มความครอบคลุมและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรปรับให้ทันสมัยต่อเนื่องควบคู่กับการพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาลและการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในหัตถการอื่นๆ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

3. การมีกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับให้มีประสิทธิภาพผ่านตัวบุคลากรทางการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการจัดประชุมถอดบทเรียนการจัด Morning Talk และการประชุมทีมเป็นประจำช่วยสร้างการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4. ควรศึกษาในโรงพยาบาลอื่นที่มีขนาดใหญ่กว่าหรือมีบริบทแตกต่างกัน เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่อื่น เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในบริบทที่แตกต่างกัน และเพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่สามารถปรับใช้ได้หลากหลายและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในเชิงปริมาณที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้ได้ปัจจัยในการแก้ไข

ปัญหาและพัฒนารูปแบบการดูแลเพิ่มเติมอย่างเป็นระบบ

6. ควรขยายผลรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในหัตถการทางจักษุวิทยาอื่นๆ เช่น การผ่าตัดต้อกระจก การผ่าตัดต้อหิน หรือการผ่าตัดจอประสาทตา เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครอบคลุมและเป็นระบบมากขึ้น

7. ควรพัฒนาระบบติดตามผลและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ตัวชี้วัดที่ชัดเจนและสามารถวัดผลได้ เช่น อัตราการยกเลิกการผ่าตัด อัตราภาวะแทรกซ้อน อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคต้อเนื้อที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในพื้นที่ของโรงพยาบาลกุมภวาปี และบุคลากรในโรงพยาบาลกุมภวาปี ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย จักษุแพทย์ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยจักษุ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพห้องพักฟื้น พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยนอก เภสัชกร และวิสัญญีพยาบาล ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Detels, R., & Dhir, S. P. (1967). Pterygium: A geographical study. Archives of Ophthalmology, 78(4), 485-491.
2. McCarty, C. A., Fu, C. L., & Taylor, H. R. (2000). Epidemiology of pterygium in Victoria, Australia. British Journal of Ophthalmology, 84(3), 289-292.
3. สมศักดิ์ อรรฆศิลป์. (2560). นำร่อง 12 โรคผ่าตัดวันเดียวกลับบ้านได้. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2017/12/15085
4. อวยพร จงสกุล, นารีรัตน์ อยู่สมบูรณ์ และศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วารสารแพทย์เขต 4-5, 39(1), 109-125.
5. Kolisek, F. R., McGrath, M. S., Jessup, N. M., Monesmith, E. A., & Mont, M. A. (2009). Comparison of outpatient versus inpatient total knee arthroplasty. Clinical Orthopaedics and Related Research, 467(6), 1438-1442.
6. ทวีชัย วิษณุโยธิน. (2562). ผ่าตัดวันเดียวกลับ: สิ่งที่จะมา Disrupt ระบบสาธารณสุขไทย. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2020/01/18313
7. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. (2560). SIMPLE หลักความปลอดภัยผู้ป่วย ผ่าตัดปลอดภัย ไม่ติดเชื้อ ใช้ยาเหมาะสม. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2017/09/14598
8. ชญานิศ ธัมธนพัฒน์. (2564). การพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 6(1), 57-63.
9. Warnakulasuriya, S. R., Patel, R. C., Singleton, G. F., & Moonesinghe, S. R. (2020). Patient-reported outcomes for ambulatory surgery. Current Opinion in Anaesthesiology, 33(6), 768-773. https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000921
10. ประภา ราชา, นพรัตน์ เรืองศรี และจารุภา คงรส. (2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลพิจิตร. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 13(3), 1-13.
11. Ramalingam, S., Wang, Y., Zhang, L., Liu, X., & Chen, W. (2024). Risk factors for postoperative pain in pterygium surgery patients. Clinical Ophthalmology, 18, 873-883. https://doi.org/10.2147/OPTH.S454127

12. Joshi, G. P., & Ahmad, S. (2020). Enhanced recovery pathways for ambulatory surgery. Current Opinion in Anaesthesiology, 33(6), 774-780. https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000922
13. กรรณิกา ศรีษะเกษ, กุหลาบ พลเยี่ยม และสกลรัชต์ รัตนแสง. (2567). การพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 5(3), 13-26.
14. Delpero, A. M., Bajwa, S. J. S., Nguyen, A. Q., Mazzeffi, M. A., & Leslie, J. B. (2023). Safety considerations with the current ambulatory trends: More complicated procedures and more complicated patients. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 37(3), 241-254. https://doi.org/10.1016/j.bpa.2023.04.005
15. นันทพร พืชพิสุทธิ์ และรัชนี หลงสวาสดิ์. (2566). ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพัฒนาระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 10(1), 28-42.
16. Gulani, A. C., & Gulani, A. A. (2020). Cosmetic pterygium surgery: Techniques and long-term outcomes. Clinical Ophthalmology, 14, 1587-1597. https://doi.org/10.2147/OPTH.S247346

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Development of internal audit models related to procurement and material management of agencies under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.

(Received: December 10,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

สมบูรณ์ สิงห์พรม[1]
Somboon singprom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในที่มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หน่วยของข้อมูลบางส่วนที่ผู้วิจัยได้เลือกมาเพื่อใช้เป็นตัวแทนของหน่วยข้อมูลทั้งหมดหรือประชากรในการวิจัยที่ต้องการศึกษา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเน้นคัดเลือกผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์โดยตรงในโครงการที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานที่อยู่ในแผนตรวจสอบภายใน จำนวน 10 แห่ง เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) คะแนนสูงสุด(Maximum) คะแนนต่ำสุด (Minimum) สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และ Chi – Square test

ผลการศึกษา พบว่า การตรวจสอบภายใน ในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ระบบบริหารพัสดุของหน่วยงานในส่วนกลางของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังอยู่ในระดับที่สามารถปฏิบัติตามระเบียบได้ แต่ยังไม่ถึงระดับบูรณาการ การใช้แนวทางตรวจสอบเชิงระบบ (System–Risk–Based) ทำให้สามารถมองเห็นจุดอ่อนเชิงโครงสร้างที่เป็นรากของปัญหา ไม่ใช่เพียงความผิดพลาดรายกรณี การประเมินคุณค่าที่ได้รับจากการตรวจสอบภายใน โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็น เห็นด้วยในระดับสูง (x = 4.40, S.D. = 0.52) ความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจสอบ ผลการประเมินความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ ดีมาก (x = 4.52, S.D. = 0.25) วิธีการตรวจสอบเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับตำแหน่งของผู้ตอบอย่างมีนัยสำคัญ (r = 0.677, p = 0.032) 2) โดยรวมแล้ว การตรวจสอบที่สร้างคุณค่าให้กับหน่วยงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับตำแหน่งของผู้ตอบอย่างมีนัยสำคัญ (r = 0.704, p = 0.023) 3) วิธีการตรวจสอบเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตรวจสอบอย่างมีนัยสำคัญ (r = 0.659* p = 0.038) 4) ผลการตรวจสอบสามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบงานพัสดุได้ทั้งระบบงานรวมถึงการเชื่อมโยงกับงานอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนเกี่ยวข้องกับ การตรวจสอบอย่างมีนัยสำคัญ (r = 0.704* p = 0.023) 5) การสื่อสารก่อนและระหว่างการตรวจสอบที่ชัดเจน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบอย่างมีนัยสำคัญ (r = 0.667, p = 0.035) 6) วิธีการตรวจสอบที่เหมาะสมกับบริบทมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจ ต่อกระบวนการตรวจสอบอย่างมีนัยสำคัญ (r = 0.067, p = 0.032)

คำสำคัญ: การตรวจสอบภายใน การจัดซื้อจัดจ้าง การบริหารพัสดุ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Abstract

This survey research aimed to develop an internal audit model appropriate for the context of service units under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. The sample consisted of selected data units that were representative of the entire data unit or the research population. Purposive sampling was used to select individuals with knowledge and direct experience in relevant projects from 10 units within the internal audit plan. Data were collected through questionnaires. Data were analyzed using

[1] กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

content analysis, percentages, means, standard deviations, maximum and minimum scores, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, and Chi-Square tests.

The study results revealed that this internal audit demonstrated that the procurement management system of the central units of the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, remained compliant but had not yet reached the integrated level. The use of a system-risk-based audit approach enabled the identification of structural weaknesses that were the root cause of the problem, not just individual errors. Overall, the sample group assessed the value gained from the internal audit with a high level of agreement (x = 4.40, SD = 0.52). Overall satisfaction with the audit process was rated as very good (x = 4.52, SD = 0.25). Audit methods appropriate to the organization's context were significantly positively correlated with the respondent's position (r = 0.677, p = 0.032). 2) Overall, audits that create value for the organization were significantly positively correlated with the respondent's position (r = 0.704, p = 0.023). 3) Audit methods appropriate to the organization's context were significantly positively correlated with audit participation (r = 0.659* p = 0.038). 4) Audit results can be used to plan the development of the entire procurement system, including linking with other related tasks, and were significantly positively correlated with audit participation (r = 0.704* p = 0.023). 5) Clear communication before and during the audit was significantly positively correlated with audit participation (r = 0.667, p = 0.035). 6) Audit methods appropriate to the context were significantly positively correlated with satisfaction with the audit process (r = 0.067, p = 0.032).

Keywords: Internal audit, procurement, material management, agencies under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

บทนำ

การตรวจสอบภายใน (Internal Audit) เป็นเครื่องมือสำคัญขององค์กรภาครัฐที่มุ่งประเมินและให้ความเชื่อมั่นอย่างเที่ยงธรรมและเป็นอิสระว่าการดำเนินงานของหน่วยงาน เป็นไปอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบ และนโยบายที่กำหนดไว้ รวมทั้งเป็นกระบวนการที่ช่วยเพิ่มคุณค่า (Value-added) และเสริมสร้างการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้แก่องค์กร) โดยเฉพาะในยุคที่ภาครัฐให้ความสำคัญกับหลักธรรมาภิบาล ความโปร่งใส และการบริหารจัดการเชิงประสิทธิภาพ การตรวจสอบภายในจึงมีบทบาททั้งในเชิงควบคุมและพัฒนา เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรของรัฐอย่างคุ้มค่า[1]

ในบริบทของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ซึ่งมีภารกิจครอบคลุมการบริหารจัดการหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ การดำเนินงานตรวจสอบภายในมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากเกี่ยวข้องกับงบประมาณจำนวนมาก การจัดซื้อจัดจ้าง การบริหารพัสดุ และระบบบัญชี ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการควบคุมภายในที่รัดกุมและมีประสิทธิผล เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการดำเนินงานของหน่วยบริการเป็นไปตามกรอบกฎหมาย เช่น พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 และระเบียบกระทรวงการคลังที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม รายงานของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ในช่วงปีงบประมาณ 2563–2566 ระบุว่า สตง.ไม่สามารถแสดงความเห็นต่องบการเงินของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ เนื่องจากไม่สามารถหาหลักฐานการสอบบัญชีที่เพียงพอและเหมาะสม เพื่อเป็นเกณฑ์ในการแสดงความเห็นต่องบการเงินได้ รายการที่มีนัยสำคัญและมีผลกระทบต่อความถูกต้องของงบการเงิน ได้แก่ รายการเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด ลูกหนี้การค้า สินค้าคงเหลือ วัสดุคงเหลือ ที่ดิน อาคารและอุปกรณ์ และเจ้าหนี้การค้า[2] สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงปัญหาเชิงระบบที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในหน่วยงานสังกัด สป.สธ.ปัญหาเหล่านี้มีรากเหง้ามาจากหลายปัจจัย เช่น ระบบควบคุมภายในที่ยัง

ขาดการบูรณาการระหว่างระบบงานการเงิน บัญชี และพัสดุ, การจัดเก็บข้อมูล ที่ไม่เป็นระบบเดียวกัน (Fragmented data), การปฏิบัติงานตามระเบียบที่มุ่งเน้นความถูกต้อง เชิงเอกสารมากกว่าการวิเคราะห์เชิงระบบ, การขาดการติดตามประเมินผลหลังการตรวจสอบอย่างจริงจังและข้อจำกัดด้านบุคลากรผู้ตรวจสอบที่ต้องรับผิดชอบหน่วยงานจำนวนมากในเวลาอันจำกัด

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยในฐานะผู้ตรวจสอบภายใน ซึ่งเคยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพบัญชีในหน่วยบริการ เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการส่วนใหญ่มีลักษณะสอดคล้องกับผลการตรวจสอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน กล่าวคือ ปัญหาที่เกิดในระบบพัสดุมักมีความเชื่อมโยงกับระบบบัญชีและการเงิน เช่น การบันทึกบัญชีไม่สอดคล้องกับข้อมูลพัสดุ การจัดซื้อที่ไม่สอดคล้องกับงบประมาณ หรือการขาด การติดตามวัสดุคงเหลืออย่างมีระบบ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง การขาดมุมมองเชิงระบบ (Systemic View) ในการตรวจสอบและบริหารจัดการ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการ พัฒนารูปแบบ การตรวจสอบภายในเชิงระบบ (System-based Internal Audit Model) ด้านการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุ เพื่อให้การตรวจสอบมิได้เป็นเพียงการตรวจสอบการปฏิบัติตามระเบียบ แต่เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ของระบบงานอย่างเป็นองค์รวม โดยใช้แนวคิด System Thinking ของ Senge[3] ซึ่งมุ่งเน้นการมองภาพรวม (Holistic View) และการวิเคราะห์ ความเชื่อมโยงระหว่างส่วนย่อยของระบบเพื่อให้เห็นรากเหง้าของปัญหา (Root Cause Analysis) อันจะนำไปสู่การแก้ไขอย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ การออกแบบรูปแบบการตรวจสอบภายในเชิงระบบดังกล่าวจะอิงกับกรอบมาตรฐาน COSO Internal Control–Integrated Framework[4] ซึ่งเป็นกรอบการประเมินระบบการควบคุมภายในที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล โดยประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) สภาพแวดล้อมการควบคุม (Control Environment) (2) การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) (3) กิจกรรม การควบคุม (Control Activities) (4) สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication) (5) การติดตามประเมินผล (Monitoring Activities) เพื่อให้รูปแบบการตรวจสอบภายในที่พัฒนาขึ้นสามารถประเมินความเชื่อมโยงของระบบงานทั้งหมดได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยยังประยุกต์ใช้แนวคิด SWOT Analysis เพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของระบบงานจัดซื้อจัดจ้าง และบริหารพัสดุในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดกลยุทธ์เชิงนโยบายและวางแผนพัฒนาได้อย่างมีทิศทาง ร่วมกับแนวคิดห่วงโซ่คุณค่า แนวคิดต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ เพื่อให้ผลลัพธ์ในการตรวจสอบได้ภาพที่ชัดเจนขึ้น

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีความจำเป็น เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในเชิงระบบ ที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมุ่งให้การตรวจสอบภายในเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้หน่วยรับตรวจสามารถปรับปรุงระบบการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดข้อผิดพลาดและความเสี่ยงต่อการทุจริต ตลอดจนสร้างคุณค่าเชิงบวกให้กับบุคลากรในระบบงานพัสดุให้มีความเข้าใจในงาน รู้สึกภาคภูมิใจ และมีความสุขในการทำงาน อันจะนำไปสู่การยกระดับธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขโดยรวม

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลผลการตรวจสอบในในอดีต รูปแบบและวิธีการตรวจสอบที่ผ่านมาเพื่อประเมินและวิเคราะห์สภาพปัญหาจากการตรวจสอบภายในรูปแบบเดิม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในด้านพัสดุเชิงระบบ ที่บูรณาการแนวคิดเชิงระบบมาตรฐานการตรวจสอบภายในสากล และแนวทางการตรวจสอบภายในด้านการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุขององค์การตรวจเงินแผ่นดินระหว่างประเทศ

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในที่เกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข” เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน(Mixed Methods)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ***ไม่รวม*** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 980 แห่ง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 76 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 36 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 98 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 770 แห่ง ไม่รวมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยงานที่ระดับจังหวัดเป็นผู้ดูแลการตรวจสอบภายใน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หน่วยของข้อมูลบางส่วนที่ผู้วิจัยได้เลือกมาเพื่อใช้เป็นตัวแทนของหน่วยข้อมูลทั้งหมดหรือประชากรในการวิจัยที่ต้องการศึกษา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเน้นคัดเลือกผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์โดยตรงในโครงการที่เกี่ยวข้อง จากหน่วยงานที่อยู่ในแผนตรวจสอบภายใน จำนวน 10 แห่ง และเลือกบุคลากรหลักที่รับผิดชอบงานด้านการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุ แห่งละ 1 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทั้งหมด 10 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. หน่วยงานส่วนกลางที่อยู่ภายในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. หน่วยงานส่วนกลางที่อยู่ในแผนการตรวจสอบภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

3. มีบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. หน่วยงานส่วนกลางที่ไม่ได้อยู่ในแผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. หน่วยงานส่วนกลางที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 แนวการตรวจสอบด้านการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ เป็นการศึกษาระบบงานพัสดุทั้งระบบโดยใช้แนวคิดต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ เพื่อนำมาออกแบบแนวการตรวจสอบ (Audit Program) ผลลัพธ์ แนวการสอบบัญชีด้านพัสดุ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้นำแนวการตรวจสอบ (Audit Program) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ได้ตรวจสอบและพิจารณาให้เป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องรวมถึงกฎหมาย

1.2 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก (SWOT Analysis) ผลการตรวจสอบที่ใช้ในการวิเคราะห์ SWOT ได้มาจากการดำเนินการตรวจสอบภายใต้โมเดลใหม่ที่พัฒนาขึ้น System-Risk-based Internal Audit Model การวิเคราะห์จะเป็นการวิเคราะห์ผลในภาพรวมของทุกหน่วยรับตรวจ แล้วนำผลการวิเคราะห์ SWOT มาจัดออกแบบกลยุทธ์หรือแนวทางในการปรับปรุงระบบร่วมกับแนวคิดห่วงโซ่คุณค่าเพื่อให้ได้มาซึ่งกลยุทธ์ที่มีความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ที่เป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ระบุเฉพาะตำแหน่งและการมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตรวจสอบ)

ส่วนที่ 2 การประเมินคุณค่าที่ได้รับจาการตรวจสอบ มี 5 ระดับความเห็นและมี 5 คำถาม

กำหนดเกณฑ์การให้ความหมายค่าเฉลี่ยดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายความว่า อยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายความว่า อยู่ในระดับเห็นด้วย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายความว่า อยู่ในระดับพอเห็นด้วย

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายความว่า อยู่ในระดับไม่เห็นด้วย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายความว่า อยู่ในระดับไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจสอบ มี 5 ระดับความเห็นและมี 5 คำถาม

กำหนดเกณฑ์การให้ความหมายค่าเฉลี่ยดังนี้[5]

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายความว่า อยู่ในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายความว่า อยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายความว่า อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายความว่า อยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายความว่า อยู่ในระดับแย่

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น (ปลายเปิด) ประกอบด้วย 3 ประเด็น ให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นจากมุมมองหรือประสบการณ์ของตนเอง

การตรวจสอบเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่มีการปรับปรุงแก้ไขแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาปรากฏว่าข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์มีค่าดัชนี (IOC) สอดคล้องระหว่าง 0.60 – 1.00 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.50 จึงไม่ต้องทำการตัดข้อคำถามในแบบสอบถามออก นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้บริหาร หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน เจ้าหน้าพัสดุเจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่บัญชี ที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (coefficient- Alpha) ของ Cronbach ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.94

ขั้นตอนการดำเนิน

1. ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาข้อมูลในอดีต ด้วยการศึกษาผลการตรวจสอบภายในที่เกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 ศึกษาข้อมูลรูปแบบและวิธีการตรวจสอบในอดีตรวมถึงข้อจำกัดและทรัพยากรที่มีในขณะนั้น เพื่อนำมาวิเคราะห์สภาพปัญหา การตรวจสอบแบบเดิมรวมถึงวิเคราะห์ข้อจำกัดหรือจุดอ่อนที่มีในอดีตและนำมาวางแผนหาโอกาส ในการพัฒนา

2. ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการตรวจสอบภายในทั้งตามมาตรฐานสากล (IIA) และมาตรฐานการตรวจสอบภายในภาครัฐ แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมภายในของ COSO[6] แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของ COSO 2017[7] แนวคิดการบริหารความเสี่ยงด้านการทุจริตของ COSO-FRM 2023[8] แนวคิดและหลักการของการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุตามที่กฎหมายกำหนดและ ที่กรมบัญชีกลางออกระเบียบมาเพิ่มเติม แนวคิดการตรวจสอบภายในด้วย Risk-Based Audit ที่จำเป็นในการจัดลำดับของสิ่งที่ต้องตรวจสอบ ได้นำแนวคิดการจัดการห่วงโซ่

คุณค่า (Value chian management) และการวิเคราะห์สารธารคุณค่า (Value stream analysis) การพิจารณาระบบ ด้วยแนวคิดต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ รวมถึงทฤษฎีระบบ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และออกแบบรูปแบบที่ต้องการพัฒนาในการตรวจสอบโดยใช้แนวทางการตรวจสอบด้านการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐขององค์การตรวจเงินแผ่นดินระหว่างประเทศ (The International Organization of Supreme Audit Institutions: INTOSAI) มาเป็นมาตรฐานหลักในพัฒนาในครั้งนี้

3. นำแนวการตรวจสอบที่พัฒนาขึ้น พร้อมวิธีการตรวจสอบที่พัฒนาขึ้นใหม่ใช้ในการตรวจสอบภายในด้านการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ กับหน่วยงานในส่วนกลางของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามแผนการตรวจสอบภายในของกลุ่มตรวจสอบภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ทั้งหมด 10 หน่วย

4. นำผลที่ได้จากการตรวจสอบภายในด้านการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุมาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกและภายในด้วยทฤษฎี SWOT แนวคิดห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) ร่วมกับ การใช้มุมมองของหลักต้นน้ำ กลางน้ำและปลายน้ำ เพื่อเป็นข้อมูลนำมาใช้ในการให้ข้อเสนอแนะเชิงระบบที่ครอบคลุมทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนปรับปรุง พัฒนางานในเชิงระบบได้อย่างชัดเจน

5. เพื่อให้เกิดคุณค่า (Value) ของการตรวจสอบภายใน ซึ่งคุณค่าดังกล่าววัดจากหน่วยรับตรวจ ด้วยการสอบถามผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องของหน่วยรับตรวจถึงผลลัพธ์ (Outcome) ที่ได้จากข้อเสนอแนะว่าสามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่หน่วยรับตรวจในการนำไปใช้ในการปรับปรุงระบบงานพัสดุของหน่วยงานให้มีการควบคุมที่เพียงพอ เหมาะสมได้หรือไม่เพียงใด พร้อมกับการเปิดรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องของหน่วยรับตรวจเพื่อการพัฒนาการตรวจสอบภายในด้าน การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุต่อไปด้วยแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ได้แก่ ความถี่ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) คะแนนสูงสุด (Maximum) คะแนนต่ำสุด (Minimum) สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และ Chi – Square test

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาระบบการตรวจสอบภายในในอดีต การตรวจสอบภายในรูปแบบเดิมของหน่วยงานโดยเฉพาะด้านการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุ มีลักษณะเป็นการใช้รายการตรวจสอบ (Checklist-based Auditing) ที่เน้นการตรวจเอกสารและการปฏิบัติตามระเบียบมากกว่าการวิเคราะห์เชิงระบบ ทำให้ขาดมิติการมองเชื่อมโยงของระบบงาน (Systemic Perspective) และไม่สามารถระบุสาเหตุเชิงโครงสร้างของปัญหาได้อย่างแท้จริง ข้อจำกัดที่สำคัญคือ 1) การขาดการวิเคราะห์เชิงบริบทและระบบควบคุมที่บูรณาการ 2) การเน้นปริมาณมากกว่าคุณภาพของงานตรวจสอบ 3) การขาดการประเมินความเสี่ยงที่แท้จริงและการจัดลำดับความสำคัญของแผนตรวจสอบ 4) ระบบสารสนเทศที่ไม่เชื่อมโยงข้อมูลเชิงระบบ 5) การพบข้อผิดพลาดซ้ำเดิมโดยไม่มีการเรียนรู้ขององค์กร สภาพปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน[9] ที่ชี้ให้เห็นว่าหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังมีจุดอ่อนเชิงระบบด้านข้อมูล การบูรณาการ และการควบคุมภายใน

2. การพัฒนารูปแบบใหม่ ได้พัฒนารูปแบบ System-Risk-based Internal Audit Model (SRIA Model) ที่ผสานแนวคิด System Thinking + Risk -based Approach + COSO + INTOSAT โดยมองกระบวนการ ใน 3 ระยะได้แก่

ต้นน้ำ (Planning): วิเคราะห์บริบท ความต้องการจริงของการจัดซื้อจัดจ้าง

กลางน้ำ (Operation): ควบคุมกระบวนการจัดซื้อและบริหารพัสดุให้สอดคล้องกับกฎหมายและหลักธรรมาภิบาล

ปลายน้ำ (Monitoring): การติดตามตรวจสอบ และใช้ข้อมูลป้อนกลับพัฒนาในรอบถัดไป

3. ผลการนำพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในด้านพัสดุเชิงระบบ ที่บูรณาการแนวคิดเชิงระบบมาตรฐานการตรวจสอบภายในสากล และแนวทางการตรวจสอบภายในด้านการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุขององค์การตรวจเงินแผ่นดินระหว่างประเทศ

3.1 ไปใช้ในหน่วยงาน

1. ภาพรวมผลการตรวจสอบในระดับระบบจากการตรวจสอบภายในหน่วยงานส่วนกลาง ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 หน่วยงาน ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ทุกหน่วยมีการดำเนินงานด้านพัสดุตามที่ระเบียบกำหนดได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีความแตกต่างด้านความเข้มแข็งของระบบควบคุมภายใน โดยเฉพาะในส่วนของการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงานย่อย และ กลไกการติดตามผลหลังการดำเนินงาน ซึ่งสะท้อนถึงการมีระบบควบคุมภายในที่ยังไม่เชื่อมโยงในเชิงโครงสร้าง และหน่วยงานส่วนใหญ่มีการจัดทำคำสั่งต่าง ๆ และแผนจัดซื้อจัดจ้างครบถ้วน แต่ที่มาของแผนจัดซื้อจัดจ้างยังขาดการสำรวจความต้องการใช้จาก ผู้ใช้จริงหรือการใช้ข้อมูลการปฏิบัติงานเพื่อสนับสนุนการวางแผน ซึ่งส่งผลให้ระบบต้นน้ำยังเป็นการเน้น เชิงงบประมาณมากกว่าเชิงยุทธศาสตร์

2. การวิเคราะห์ภาพรวมตามวงจรระบบ (ต้นน้ำ – กลางน้ำ - ปลายน้ำ)

<u>ต้นน้ำ (Planning)</u> ลักษณะการดำเนินงานที่ตรวจพบ ส่วนใหญ่จัดทำแผนจัดซื้อจัดจ้างโดยใช้ข้อมูลปีก่อน ไม่มีการสำรวจความต้องการใช้จากผู้ใช้งานจริงและไม่ได้เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์หรือแผนปฏิบัติราชการ การวิเคราะห์เชิงระบบพบว่า ขาดข้อมูลจริง (Real Demand Data) และกลไกการมีส่วนร่วมทำให้แผนไม่สะท้อนความต้องการที่แท้จริงขององค์กร

<u>กลางน้ำ (Operation)</u> ลักษณะการดำเนินงานที่ตรวจพบการจัดซื้อจัดจ้างส่วนใหญ่ดำเนินการครบตามเอกสาร แต่ยังพบปัญหา TOR ไม่ครบและไม่ชัดเจน การกำหนดราคากลางไม่ชัดเจน และมีการใช้วิธีเฉพาะเจาะจงในโครงการที่ควรใช้ e-bidding การวิเคราะห์เชิงระบบพบว่าระบบควบคุมเชิงป้องกัน (Preventive Control) ยังไม่เข้มแข็ง การทวนสอบเอกสารและการอนุมัติขาดความเป็นระบบ

<u>ปลายน้ำ (Monitoring)</u> ลักษณะการดำเนินงานที่ตรวจพบมีการตรวจสอบพัสดุประจำปีและการจำหน่ายพัสดุตามระเบียบ แต่ไม่ครบถ้วน 100% และขาดระบบรายงานยอดคงเหลือวัสดุรายเดือน การวิเคราะห์เชิงระบบพบว่า ระบบติดตามผลและ Feedback Loop ยังไม่ทำงานเต็มรูปแบบ ไม่สามารถนำผลการตรวจสอบกลับมาพัฒนากระบวนการในรอบถัดไปได้

3. ประเด็นสำคัญที่ตรวจพบร่วมกันในทุกหน่วย

ตารางที่ 1 ประเด็นสำคัญที่ตรวจพบร่วมกันในทุกหน่วย

ประเด็นหลัก	สภาพที่พบโดยทั่วไป	ผลกระทบต่อระบบควบคุมภายใน
(1) การวางแผนจัดซื้อจัดจ้าง	ไม่มีการสำรวจความต้องการวัสดุจากหน่วยงานย่อย ใช้ข้อมูลปี ที่ผ่านมา	แผนไม่สอดคล้องกับภารกิจจริง เสี่ยงต่อการเบิกจ่ายงบประมาณ ผิดประเภท
(2) การกำหนด TOR และราคากลาง	TOR ไม่ละเอียด ไม่ระบุขอบเขตงานหรือปริมาณงานที่ชัดเจน	เสี่ยงต่อการเลือกผู้รับจ้าง ไม่เหมาะสมและขาดความคุ้มค่า
(3) ระบบควบคุมเอกสาร	เอกสารขอซื้อ–ขอจ้างและใบสั่งซื้อ–สั่งจ้างไม่สอดคล้องกันบางรายการ	ขาดความต่อเนื่องของข้อมูลและตรวจสอบย้อนกลับได้ยาก
(4) การบริหารวัสดุและครุภัณฑ์	ทะเบียนวัสดุไม่ครบถ้วน ไม่ตัดจ่ายหลังเบิก ครุภัณฑ์ไม่คำนวณ ค่าเสื่อมราคา	ข้อมูลคลังวัสดุไม่ถูกต้อง เสี่ยงต่อการสูญหาย
(5) การตรวจสอบพัสดุประจำปี	มีคำสั่งแต่งตั้งครบถ้วน แต่การตรวจสอบไม่ครอบคลุม ทุกรายการ	ระบบควบคุมปลายน้ำไม่สามารถยืนยันความถูกต้องของทรัพย์สินทั้งหมดได้
(6) ระบบ Feedback และการติดตามผล	ไม่มีการสรุปผลการตรวจสอบไปใช้ปรับปรุงแผนหรือกระบวนการในปีถัดไป	ขาดกลไกการเรียนรู้ของระบบ ไม่เกิดการพัฒนาเชิงต่อเนื่อง (Continuous Improvement)

4. การเชื่อมโยงกับมาตรฐานการตรวจสอบภายในภาครัฐและแนวทางที่พัฒนา ผลการตรวจสอบในภาพรวมยืนยันว่า การประยุกต์ใช้แนวทางการตรวจสอบภายใน แบบ System-Risk-Based Internal Audit Model สามารถระบุจุดอ่อนเชิงระบบ (Systemic Weaknesses) ได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะการขาดการเชื่อมโยงของข้อมูลระหว่างกระบวนการย่อย ในระบบพัสดุตั้งแต่การวางแผนจนถึงการตรวจสอบปลายทาง

5. ข้อค้นพบเชิงระบบที่สำคัญ 1) ระบบต้นน้ำยังไม่เชื่อมโยงข้อมูลจริงกับการวางแผนเชิงกลยุทธ์ 2) ระบบกลางน้ำมีการปฏิบัติตามระเบียบแต่ยังไม่ครบวงจรด้านเอกสารและการควบคุมคุณภาพ 3) ระบบปลายน้ำยังไม่มีการใช้ผลการตรวจสอบย้อนกลับเพื่อปรับปรุงระบบ ในรอบถัดไป 4) กลไก Feedback Loop ระหว่างกระบวนการยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้การพัฒนา เป็นเพียงเชิงปฏิบัติ ไม่เกิดการเรียนรู้ของระบบ (Organizational Learning)

6. บทสรุปภาพรวม การตรวจสอบภายในในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ระบบบริหารพัสดุของหน่วยงานในส่วนกลางของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังอยู่ในระดับที่สามารถปฏิบัติตามระเบียบได้ แต่ยังไม่ถึงระดับบูรณาการ การใช้แนวทางตรวจสอบเชิงระบบ (System–Risk–Based) ทำให้สามารถมองเห็นจุดอ่อนเชิงโครงสร้างที่เป็นรากของปัญหา ไม่ใช่เพียงความผิดพลาดรายกรณี

7. สรุปผลภาพรวมของการวิเคราะห์ SWOT จากผลการตรวจสอบทั้ง 10 หน่วยงานแสดงให้เห็นว่า ระบบการจัดซื้อจัดจ้างและ การบริหารพัสดุของส่วนกลางมีฐานระเบียบที่มั่นคงและบุคลากรมีศักยภาพ แต่ยังต้องพัฒนาในมิติ ของข้อมูล ระบบดิจิทัล และกลไกการเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการ เพื่อให้เกิดความคล่องตัว โปร่งใสและยั่งยืน ดังนั้น การปรับปรุงเชิงนโยบายควรมุ่งไปที่ 3 ประเด็นคือ 1) พัฒนาโครงสร้างข้อมูลกลางของกระทรวง (Centralized Procurement Data Platform) ที่เชื่อมโยงทั้งการเงิน บัญชีและพัสดุ 2) เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรด้านเทคโนโลยีและการวิเคราะห์ข้อมูล 3) และจัดตั้งกลไกติดตามผลระดับกระทรวง เพื่อให้ระบบพัสดุสามารถเรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง

3.2 ผลจากแบบสอบถามและความคิดเห็นของผู้บริหาร/ผู้ที่เกี่ยวข้อง

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 10 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่พัสดุ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 90 และหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ไม่มีผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี ซึ่งทุกคน มีส่วน

เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบภายในที่เกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุโดยตรง แสดงว่าข้อมูลที่ได้มามีความตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาและสะท้อนมุมมองของผู้ปฏิบัติงานจริง

2. การประเมินคุณค่าที่ได้รับจากการตรวจสอบภายใน โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็น เห็นด้วย ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.40, S.D. = 0.52) รายการที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ 1) การตรวจสอบมีความชัดเจนและเป็นระบบ ($\bar{x}$ = 4.50) 2) โดยรวมแล้วการตรวจสอบครั้งนี้ สร้างคุณค่าให้กับหน่วยงานของเรา ($\bar{x}$ = 4.50) ผลดังกล่าวสะท้อนว่า การตรวจสอบภายในเชิงระบบช่วยให้หน่วยงานเกิดความเข้าใจ ในโครงสร้างการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุอย่างเป็นองค์รวม สามารถนำผลการตรวจสอบ ไปใช้พัฒนาระบบงานได้จริงและสร้างคุณค่าให้กับองค์กรได้

3. ความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจสอบ ผลการประเมินความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ = 4.52, S.D. = 0.25) รายการ ที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ 1) การประชุมปิดตรวจมีการแลกเปลี่ยนอย่างเปิดเผยและสร้างสรรค์ ($\bar{x}$ = 4.80) 2) ผู้ตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะที่เป็นมิตรและเน้นการพัฒนา ไม่ใช่การตำหนิ ($\bar{x}$ = 4.80) 3) การสื่อสารก่อนและระหว่างการตรวจสอบมีความชัดเจน ($\bar{x}$ = 4.40) 4) การเก็บข้อมูลและการสัมภาษณ์ดำเนินการอย่างไม่รบกวนงานประจำ ($\bar{x}$ = 4.40) ผลดังกล่าวชี้ว่ากระบวนการตรวจสอบภายในมีลักษณะ ตรวจสอบแบบให้คำปรึกษา (Consulting Audit) มากกว่าการจับผิด สร้างบรรยากาศที่ดีและส่งเสริมให้หน่วยงานเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

4. ความสัมพันธ์เชิงสถิติที่สำคัญ จากการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ (Pearson Correlation) พบความสัมพันธ์ดังนี้ 1) วิธีการตรวจสอบเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับตำแหน่งของผู้ตอบอย่างมีนัยสำคัญ (r = 0.677, p = 0.032) 2) โดยรวมแล้วการตรวจสอบที่สร้างคุณค่าให้กับหน่วยงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับตำแหน่งของผู้ตอบอย่างมีนัยสำคัญ (r = 0.704, p = 0.023) 3) วิธีการตรวจสอบเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตรวจสอบอย่างมีนัยสำคัญ (r = 0.659* p = 0.038) 4) ผลการตรวจสอบสามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบงานพัสดุได้ทั้งระบบงาน รวมถึงการเชื่อมโยงกับงานอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตรวจสอบอย่างมีนัยสำคัญ (r = 0.704* p = 0.023) 5) การสื่อสารก่อนและระหว่างการตรวจสอบที่ชัดเจน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบอย่างมีนัยสำคัญ (r = 0.667, p = 0.035) 6) วิธีการตรวจสอบที่เหมาะสมกับบริบทมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจสอบอย่างมีนัยสำคัญ (r = 0.067, p = 0.032)

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยนี้มุ่งเชื่อมโยงผลที่ได้จากการนำ “รูปแบบการตรวจสอบภายใน เชิงระบบบนฐานความเสี่ยง” (System–Risk-based Internal Audit Model: SRIA Model) ไปใช้กับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง อาทิ System Thinking ของ Senge[3] กรอบการควบคุมภายในของ COSO[6,7,8] แนวทางการตรวจสอบภาครัฐของ INTOSAI GUID 5280[10] และ มาตรฐานการตรวจสอบภายในสากลของ The IIA[1] เพื่อแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมต่อการประยุกต์ใช้ในบริบทของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1. การอภิปรายผลเชิงระบบจากการตรวจสอบจริง

(1) การมองระบบทั้งวงจร (Systemic View) ผลการนำ SRIA Model ไปใช้ในการตรวจสอบจริงสะท้อนให้เห็นว่า การตรวจสอบที่มองระบบในสามระยะคือ ต้นน้ำ–กลางน้ำ–ปลายน้ำ สามารถเปิดเผยจุดอ่อนเชิงโครงสร้างได้ลึกกว่า

การตรวจสอบแบบเดิม เช่น การวางแผนที่ไม่เชื่อมโยงกับการปฏิบัติ การขาดระบบรายงานผลสะท้อนกลับ และความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลระหว่างหน่วยงานย่อยในแต่ละกองของหน่วยรับตรวจ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Senge[3] ที่เสนอว่าการพัฒนาระบบใด ๆ ต้องอาศัยการคิดเชิงระบบ เพื่อเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ มิใช่เพียงตรวจสอบแต่ละส่วนแยกกัน ในบริบทนี้ การตรวจสอบตามแนวทาง SRIA Model ช่วยให้เห็น รากเหง้าของปัญหา (Root Cause) แทนที่จะเห็นเพียงอาการของปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งที่งานตรวจสอบแบบเช็กลิสต์ไม่สามารถ ทำได้ เช่น พบว่าการไม่มีการรายงานยอดคงเหลือประจำเดือน หรือการไม่คำนวณค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ ไม่ได้เกิดจากความบกพร่องของเจ้าหน้าที่เพียงรายบุคคล แต่เป็นผลจากระบบติดตามผลที่ขาด Feedback Loop และการประสานงานระหว่างกลุ่มงาน/ฝ่ายที่เกี่ยวข้องกัน เช่น จัดซื้อ–พัสดุ–บัญชี

(2) การสร้างวงจรการเรียนรู้ (Learning Loop) ผลการตรวจสอบแสดงให้เห็นว่าการมีวงจรติดตามผล (Feedback และ Follow-up Audit) เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้การตรวจสอบกลายเป็น กระบวนการเรียนรู้ขององค์กร มากกว่าการประเมินเพียงครั้งเดียว แนวทางนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของ INTOSAI GOV 9100 และ COSO 2013[6] ที่เน้นให้ระบบการควบคุมภายในต้องมีการติดตามและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หน่วยงานพัฒนาอย่างยั่งยืน การสร้างวงจรดังกล่าวใน SRIA Model ช่วยให้ หน่วยรับตรวจเกิดการเรียนรู้ร่วม (Shared Learning) และสามารถเชื่อมโยงผลการตรวจสอบในปีปัจจุบันกับการวางแผนปีถัดไป นับเป็นการยกระดับบทบาทของผู้ตรวจสอบจากผู้ตรวจเอกสารมาเป็น ที่ปรึกษาเชิงกลยุทธ์ (Partner in Governance) ตามมาตรฐานของ The IIA (2024)

2. การอภิปรายผลเชิงมาตรฐานและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

(1) ความสอดคล้องกับกรอบ COSO และหลักการควบคุมภายใน ผลการตรวจสอบถบว่า SRIA Model มีโครงสร้างที่ครอบคลุมองค์ประกอบหลักของกรอบ COSO Internal Control – Integrated Framework (2013) อย่างครบถ้วน ได้แก่

- *Control Environment*: การสร้างบรรยากาศของความโปร่งใส ความรับผิดชอบและธรรมาภิบาลในหน่วยงาน

- *Risk Assessment*: การระบุและประเมินความเสี่ยงในทุกช่วงของกระบวนการจัดซื้อ จัดจ้างและบริหารพัสดุ โดยใช้ข้อมูลเชิงระบบและข้อมูลจากระบบดิจิทัลเป็นฐาน

- *Control Activities*: การออกแบบจุดควบคุมที่เหมาะสมในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการ

- *Information and Communication*: การเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างฝ่ายงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผล

- *Monitoring Activities*: การติดตามและประเมินผลต่อเนื่องเพื่อให้ระบบการควบคุมภายในได้รับการปรับปรุงอย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ COSO Enterprise Risk Management (2017) และแนวทาง การบริหารความเสี่ยงด้านการทุจริตของ COSO-FRM (2023) ซึ่งเน้นให้หน่วยงานของรัฐใช้ข้อมูลความเสี่ยง เป็นศูนย์กลางของการวางแผนและการตัดสินใจด้านการตรวจสอบ โดย SRIA Model ได้ถ่ายทอดหลักการนี้ผ่านกระบวนการวิเคราะห์ระบบเชิงองค์รวม (System Mapping) ที่เชื่อมโยงความเสี่ยง ในทุกระดับของกระบวนการตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ

(2) ความสอดคล้องกับมาตรฐานการตรวจสอบภายในสากล[11]

การพัฒนาSRIA Model ยังสอดคล้องกับมาตรฐานของ The Institute of Internal Auditors[11] ที่กำหนดบทบาทใหม่ของผู้ตรวจสอบ

ภายในให้เป็น *Partner in Governance* ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างคุณค่า (Value Creation) การเสริมประสิทธิผลของกระบวนการบริหารความเสี่ยงและการปรับปรุงการกำกับดูแลขององค์กรให้เกิดผลลัพธ์เชิงกลยุทธ์มากกว่าการตรวจสอบเพื่อหาความถูกต้องเพียงอย่างเดียว

SRIA Model จึงไม่เพียงมุ่งตรวจสอบเชิงเอกสารหรือการปฏิบัติตามระเบียบ (Compliance Audit) เท่านั้นแต่ยังพัฒนาไปสู่การตรวจสอบเชิงกลยุทธ์ (Strategic Audit) และ การตรวจสอบเชิงระบบ (System-Based Audit) โดยใช้ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงและข้อมูลเชิงประจักษ์จากระบบสารสนเทศ (เช่น e-GP, GFMIS, HOSxP) เพื่อระบุรากเหง้าของปัญหาและเสนอแนวทางปรับปรุงระบบงานอย่างเป็นองค์รวม

(3) ความสอดคล้องกับแนวทางของ INTOSAI ผลการวิจัย ยังสอดคล้องกับแนวทางของ INTOSAI GOV 9100 และ INTOSAI GUID 5280[10] ซึ่งเน้นให้ระบบการควบคุมภายในของภาครัฐมีการติดตามและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) เพื่อให้หน่วยงานสามารถพัฒนาอย่างยั่งยืนและเรียนรู้จากผล การตรวจสอบในอดีต การสร้างวงจรป้อนกลับ (Feedback Loop) ภายใน SRIA Model เป็นการนำหลักการของ INTOSAI มาประยุกต์ใช้จริงโดยออกแบบให้ข้อมูลจากการตรวจสอบในปีปัจจุบันสามารถ ใช้วางแผนการตรวจสอบในปีถัดไป ซึ่งช่วยยกระดับบทบาทของผู้ตรวจสอบภายในจากผู้ตรวจเอกสาร มาเป็นที่ปรึกษาเชิงกลยุทธ์ ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาธรรมาภิบาลขององค์กร

(4) การเชื่อมโยงกับแนวคิดทางวิชาการและงานวิจัยสากล ในเชิงวิชาการ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของ Knechel[12] ที่ระบุว่าทิศทางของงานวิจัยด้านการตรวจสอบภายในในศตวรรษที่ 21 ควรมุ่งเน้นไปที่การใช้ข้อมูลเชิงระบบ (Systemic Data) และหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Audit) เพื่อเพิ่มคุณภาพ ความถูกต้อง และความเร็วของกระบวนการตรวจสอบ ซึ่งเป็นแนวทางเดียวกับที่ SRIA Model ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบดิจิทัลและฐานข้อมูลกลางของหน่วยงานเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการประเมินความเสี่ยง

นอกจากนี้ แนวคิดของ Kokina และ Davenport [13] ยังเสนอว่า การตรวจสอบภายในยุคดิจิทัลควรใช้เทคโนโลยีและปัญญาประดิษฐ์ (AI-enabled Auditing) เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงคาดการณ์ (Predictive Analytics) และการวิเคราะห์ความเสี่ยงแบบเรียลไทม์ ซึ่ง SRIA Model มีโครงสร้างที่สามารถพัฒนาไปสู่แนวทางดังกล่าวได้ในอนาคต โดยเฉพาะในขั้นตอนของการติดตามและประเมินผล (Feedback Loop) ที่สามารถบูรณาการระบบข้อมูลเข้ากับการวิเคราะห์ความเสี่ยงอัตโนมัติผ่านการใช้เครื่องมือ AI ช่วย IA ได้

3. การอภิปรายผลเชิงคุณค่าและผลลัพธ์ต่อหน่วยรับตรวจ ผลจากการสอบถามหน่วยรับตรวจสะท้อนให้เห็นคุณค่าใน 3 มิติสำคัญ ได้แก่

(1) มิติการรับรู้คุณค่า (Perceived Value) – ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่เห็นว่าการตรวจสอบ ตาม SRIA Model ช่วยให้เข้าใจระบบพัสดุทั้งวงจร เห็นจุดเชื่อมโยงของข้อมูลและขั้นตอน ทำให้สามารถบริหารและควบคุมภายในได้ชัดเจนขึ้น

(2) มิติการนำไปใช้ประโยชน์ (Utilization) – หน่วยรับตรวจส่วนใหญ่ได้นำข้อเสนอแนะ ไปปรับปรุง เช่น จัดทำรายงานคงเหลือรายเดือน ปรับทะเบียนสินทรัพย์ และออกแบบระบบรายงานผลหลังตรวจสอบ

(3) มิติการพัฒนาเชิงธรรมาภิบาล (Governance Enhancement) – การตรวจสอบเชิงระบบทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และความร่วมมือระหว่างฝ่าย ส่งผลให้เกิดวัฒนธรรมการทำงานที่โปร่งใสและรับผิดชอบร่วมกัน

4. การอภิปรายผลเชิงสังเคราะห์ จากการเปรียบเทียบผลที่ได้กับแนวคิดและกรอบมาตรฐานต่าง ๆ สามารถสรุปได้ว่า

(1) รูปแบบรูปแบบ SRIA Model มีความสอดคล้องกับหลักการของ Senge, COSO, INTOSAI และ IIA อย่างครบถ้วน

(2) การนำโมเดลไปใช้ในทางปฏิบัติทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงระบบ ทั้งต่อผู้ตรวจสอบ (เพิ่มประสิทธิภาพและมุมมองเชิงระบบ) และต่อหน่วยรับตรวจ (เพิ่มความเข้าใจและความสามารถ ในการบริหารความเสี่ยง)

(3) การตรวจสอบภายในในอนาคตควรมุ่งพัฒนาเป็น “System-driven Audit” ที่อาศัยข้อมูลแบบเรียลไทม์ (Real-time Data) และวิเคราะห์เชิงปัญญาประดิษฐ์ เพื่อให้การตรวจสอบเป็นเครื่องมือสร้างคุณค่าอย่างแท้จริงในภาครัฐ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงที่ผู้วิจัย ได้เสนอให้มีการนำ AI มาช่วย IA

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับนโยบาย (กระทรวงสาธารณสุข/สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ควรมีการกำหนดให้การตรวจสอบภายในเป็น นโยบายเดียวกันทั้งระบบ และเน้นคุณค่าตามมาตรฐานสากล (IIA 2024) และ INTOSAI ได้แก่ 1) ประกาศนโยบาย SRIA (System–Risk-based Internal Audit) เป็นมาตรฐานกลาง 2) ตั้งคณะกรรมการกำกับคุณภาพงานตรวจสอบระดับกระทรวง 3) ผลักดัน แนวทางบูรณาการข้อมูลบัญชี การเงินและพัสดุ เป็นนโยบาย

2. ระดับองค์กร (หน่วยงานส่วนกลาง/หน่วยบริหาร/หน่วยบริการ/สำนัก/กอง) หน่วยงานควรจัดระบบควบคุมให้ครบวงจรและเชื่อมโยงกัน โดยการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลัก เช่น หัวหน้าเจ้าหน้าที่ /พัสดุ การเงิน บัญชี งานแผนงาน และตัวแทนของผู้ใช้พัสดุ อยู่ในโครงสร้างการทำงานเพื่อทำหน้าที่ในการตรวจสอบช่องโหว่เชิงระบบ ขับเคลื่อนแผน ปรับปรุงและติดตาม และควรมีทีม Follow up & Learning เพื่อปิดช่องว่างหลังตรวจพบ ทำหน้าที่สื่อสารข้อเสนอแนะ และรวบรวมบทเรียนที่ได้นำไปสู่แผนพัฒนาในปีถัดไป

3. ระดับกระบวนการ (ต้นน้ำ-กลางน้ำ-ปลายน้ำ) ควรมีการ แก้จุดอ่อนที่พบซ้ำด้วยมาตรการควบคุมที่ชัดเจนและตรวจวัดได้ โดยการจัดทำแบบสำรวจความต้องการเป็นข้อบังคับก่อนการจัดทำแผนและต้องมีรายละเอียดที่ครบถ้วนในเนื้อหาสาระสำคัญ มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้รับจ้างพร้อมราคากลาง ที่เป็นมาตรฐานในกรณีที่ไม่มีมาตรฐานกลางให้ใช้พร้อมกำหนดแบบตรวจทานก่อนการอนุมัติ และวางระบบการควบคุมเอกสารและการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ สรุปรายงานการเคลื่อนไหวของรายการวัสดุ/ครุภัณฑ์ ทุกประเภทพร้อมสอบทานกระทบยอดกับบัญชี และการตรวจสอบพัสดุประจำปีต้องปฏิบัติตามที่ระเบียบกำหนดอย่างเคร่งครัดและประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลของทรัพย์สินที่มีการจัดซื้อเข้ามาว่าได้มีการนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ที่ขอหรือไม่อย่างไร สรุปรายงานเสนอหัวหน้าหน่วยงานทุกสิ้นปี

4. ระดับบุคลากรและสมรรถนะผู้ตรวจสอบภายใน ควรมีการยกระดับจากการตรวจสอบแบบเช็คเอกสาร เป็น การคิดเชิงระบบ/ความเสี่ยง/ข้อมูล ตามมาตรฐานการตรวจสอบภายในสากล (IIA 2024) โดยบุคลากรต้อง ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรบังคับ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในหัวข้อ System Thinking & Root Cause, Risk-based Planning & Controls (COSO), Data for Audit (Analytics เบื้องต้น) ทำ Job Aids & Templates ชุดเทมเพลต: แบบสำรวจต้นน้ำ, Pre-approval checklist กลางน้ำ, แบบ Follow-up ปลายน้ำ และมี Coaching แบบ On-the-Job เช่น จับคู่พี่เลี้ยง–น้องเลี้ยงในภารกิจตรวจจริง 2 รอบ/ปี

5. ระดับข้อมูลและเทคโนโลยี ควรทำให้ข้อมูล เชื่อถือได้ เชื่อมโยงได้ ใช้งานได้ ตาม COSO: Information & Communication โดยการ ทำ Data Map ข้ามระบบ นำซอฟต์แวร์เข้ามาเชื่อมระบบการเงิน บัญชีและพัสดุ สร้างระบบ ERP เต็มรูปแบบ

6. การศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาต่อยอดเชื่อมกับยุทธศาสตร์ควรศึกษาในหัวข้อดังนี้

(1) AI/Data Analytics for Audit: สร้างโมเดลตรวจจับความเสี่ยงเชิงธุรกรรมระดับกระทรวง (เริ่มจาก Rule-based ⟶ Analytics)

(2) Continuous Auditing: นำข้อมูลเรียลไทม์มาวิเคราะห์ความเสี่ยงรายเดือน/รายสัปดาห์

(3) Cross-entity Learning: แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันโดยนำมาตรการที่ได้ผลระหว่างเขต/หน่วยบริการ

และควรดำเนินการในระยะติดตามผล (Follow-up Phase) เพื่อศึกษาความต่อเนื่อง ของผลลัพธ์จากการใช้ SRIA Model และประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงระบบ รวมถึงการศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการนำรูปแบบไปใช้จริงในหน่วยงานระดับต่าง ๆ เพื่อยืนยันความยั่งยืนของรูปแบบในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Institute of Internal Auditors. (2024). The global internal audit standards. Lake Mary, FL: The Institute of Internal Auditors.
2. สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน. (2566). รายงานการตรวจสอบรายงานการเงินของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563–2566. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน.
3. Senge, P. M. (2006). The fifth discipline: The art and practice of the learning organization (Rev. ed.). Doubleday.
4. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO). (2013). Internal control—Integrated framework. COSO.
5. Bloom, B. M. (1968). Learning for Mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs, 1, 1-12.
6. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. (2013). Internal control—Integrated framework. Durham, NC: American Institute of Certified Public Accountants (AICPA).
7. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. (2017). Enterprise risk management—Integrating with strategy and performance. Durham, NC: AICPA.
8. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. (2023). Fraud risk management guide (FRM 2023). Durham, NC: AICPA.
9. สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน. (2566). มาตรฐานการตรวจสอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน.
10. INTOSAI (International Organization of Supreme Audit Institutions). (2022). INTOSAI GUID 5280: Guidance for audits of public procurement. Vienna, Austria: INTOSAI General Secretariat.
11. Institute of Internal Auditors. (2024). The global internal audit standards. Lake Mary, FL: The Institute of Internal Auditors.
12. Knechel, W. R. (2016). Audit research: Opportunities and strategies. Auditing: A Journal of Practice & Theory, 35(3), 1–24. https://doi.org/10.2308/ajpt-51300
13. Kokina, J., & Davenport, T. H. (2021). The emergence of artificial intelligence in auditing: How AI and data analytics are transforming the audit profession. Journal of Emerging Technologies in Accounting, 18(1), 43–61.

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลทารกแรกเกิดติดเชื้อไวรัส RSV (Respiratory Syncytial Virus) มีโรคร่วมปอดอักเสบ (Pneumonia)

A Comparative Case Study of Nursing Management for Neonates with Respiratory Syncytial Virus (RSV) Infection and Comorbid Pneumonia.

(Received: December 10,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 23,2025)

พัชรณัฏฐ์ ฤทธิรณกันต์[1]
Patcharanat Ritthiranakant[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอาร์เอสวีร่วมกับปอดอักเสบเปรียบเทียบ 2 ราย (Cases Study) โดยศึกษาข้อมูลจากประวัติผู้ป่วยแล้วนำมาเปรียบเทียบตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และกระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาทั้งสองราย เป็นผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากชื่อไวรัสอาร์เอสวี ที่มีอายุใกล้เคียงกันคือ อายุ 14 วัน กับอายุ 18 วัน มาด้วยอาการไข้ หายใจหอบเหนื่อย และมีประวัติการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้บุคคลที่ป่วยอยู่บ้านเดียวกัน ได้แก่ ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ให้ประวัติมีหลานชายเป็น RSV อยู่บ้านเดียวกัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีพี่สาวเป็นหวัดแต่ไม่ได้รับการตรวจยืนยันว่าเกิดจากเชื้อตัวใด สิ่งที่มีความแตกต่างคือ ในผู้ป่วยผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะขาดสารน้ำสารอาหารระดับเล็กน้อยร่วมด้วย โดยทั้ง 2 รายได้รับ การรักษาด้วยออกซิเจน HFNC และ O_2 Box ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมได้รับสารน้ำสารอาหารทดแทนเพื่อป้องกันภาวะขาดสารน้ำสารอาหาร โดยผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่า ผู้ป่วยมาด้วยหายใจหอบเหนื่อย และมีไข้สูงร่วมด้วย กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงชนิด Non-invasive คือ HFNC ด้านความปลอดภัยทางเดินหายใจ มีเสมหะมากต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผู้ป่วยมีปัญหาการมีไข้ภายหลังได้รับยาฆ่าเชื้อครบ 7 วัน จึงต้องมีการเปลี่ยนชนิดยาฆ่าเชื้อ มารดามีความวิตกกังวลแต่ให้ความร่วมมือตลอดการรักษา กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับออกซิเจนและยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดมารดา และได้รับความร่วมมือตลอดการรักษา ซึ่งภายหลังทั้ง 2 รายสามารถจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้แม้ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะมีความแตกต่างกัน

คำสำคัญ ; อาร์เอสวี ,ปอดอักเสบ ,ทารกแรกเกิด, การพยาบาล, กรณีศึกษา

Abstract

This study was study aimed to study and compare nursing care using the nursing process for caring for two newborn patients diagnosed with RSV and pneumonia (Cases Study). The data from the patient's history was studied and compared according to Gordon's health model and the nursing process in nursing planning.

Results: The results showed that both infants, aged 14 and 18 days, presented with fever, tachypnea, respiratory distress, and a history of close contact with symptomatic household members. Case 1 had documented exposure to a cousin with confirmed RSV infection, while Case 2 had exposure to an older sibling with undiagnosed respiratory symptoms. A notable difference was that Case 1 exhibited mild dehydration and undernutrition. Both infants required hospitalization and received oxygen therapy high-flow nasal cannula (HFNC) and an oxygen box and were provided with fluid and nutritional supplementation to maintain hydration and metabolic stability. Nursing outcomes indicated similar clinical presentations; however, Case 1 required high-concentration non-invasive oxygen support (HFNC), continuous airway

[1] พย.บ สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค

management due to thick secretions, and a change in antibiotic regimen after persistent fever beyond seven days. The mother was anxious but cooperative throughout the treatment. Case 2 adhered well to oxygen and antibiotic therapy as prescribed and maintained close maternal contact. Both infants were ultimately discharged, though their lengths of hospital stay differed.

Keywords: Respiratory Syncytial Virus, RSV, Neonate, Pneumonia, Nursing Care, Case

บทนำ

การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ในเด็กช่วงอายุดังกล่าวทั่วโลก การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก อาจทำให้เกิดโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะขาดออกซิเจน ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิงทางด้านสติปัญญา นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการป่วยของเด็กรวมไปถึงการหยุดงามของผู้ปกครองเพื่อดูแลเด็ก ส่งผลให้ขาดรายได้ประกอบกับการเผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วย การติดเชื้อไวรัสทางเดินหายใจ Respiratory Syncytial Virus (RSV) เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (Lower Respiratory Tract Infection) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มทารก เป็นเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคหลอดลมฝอยอักเสบและปอดอักเสบ องค์การอนามัยโลก (WHO) ประมาณการว่า พบเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั่วโลกติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีถึงปีละ 33 ล้าน เสียชีวิต 66,000 ถึง 199,000 รายต่อปี และเข้าโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 213,000 รายต่อปี ในประเทศไทยจากสถิติของศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยา ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าอุบัติการณ์ของโรค RSV ในเด็กปี พ.ศ. 2563 มีอัตราป่วยเท่ากับปี พ.ศ. 2562 ในเดือนเดียวกัน[1]

การระบาดของไวรัสอาร์เอสวีในประเทศไทยมักพบในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม การติดต่อของโรคเกิดจากการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายโดยผ่านทางตา จมูก ปาก และ การสูดหายใจ อาการเหมือนไข้หวัดธรรมดา แต่อาการเฉพาะของเชื้อนี้มักพบในเด็กเล็ก โดยมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ จนถึงอาการรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น หายใจหอบเหนื่อย อกบุ๋ม ได้ยินเสียงปอดผิดปกติ เสียงหายใจ มีเสียงหวีด รับประทานอาหารได้น้อย และซึมลง[2] หากได้รับการดูแลรักษาล่าช้า อาจก่อให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว ส่งผลให้เด็กต้องได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ต้องใช้เวลา ในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช่จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น[3]

สถาบันบำราศนราดูร หน่วยบริการผู้ป่วยนอกของแผนกกุมารเวชกรรม เป็นแผนกหนึ่งในการดูแลรักษาพยาบาลเด็กโรคทั่วไปและโรคติดต่อ โดยสถิติที่ผ่านมา พบเด็กติดเชื้ออาร์เอสวีเป็นเด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี สถิติปี 2565 และ 2566 ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวน 50 ราย และ 111 ราย ตามลำดับ ในเด็กเล็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี เมื่อติดเชื้ออาร์เอสวีจะมีอาการทางระบบทางเดินหายใจที่รุนแรงจนถึงเสียชีวิตได้ การติดเชื้ออาร์เอสวีครั้งแรกมีอาการรุนแรงมากกว่าเป็นครั้งหลังพบร้อยละ 20-30 จากข้อมูลการเฝ้าระวัง ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่ามีอาการปอดอักเสบรุนแรง 425 ราย มีการติดเชื้ออาร์เอสวีถึง 187 ราย คิดเป็นร้อยละ 44 ทั้งนี้ พบเชื้ออาร์เอสวีมากในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และมีเด็กเสียชีวิต 9 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายประมาณ ร้อยละ 5 การเสียชีวิตของเด็กเล็กพบโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีมีความรุนแรงอย่างมาก จะเห็นได้ว่าเด็กเล็กที่ติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี ก่อให้เกิด

ความรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการติดเชื้ออาร์เอสวีจะมีความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นในเด็กเล็ก รวมถึงการมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ร่วมด้วย การให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงมีความสำคัญไม่ว่าจะเป็นการประเมินอาการ การตอบสนองต่อการรักษา และการวางแผนฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยแนวทางเฉพาะราย ผู้ให้การพยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญและความละเอียดรอบคอบในการประเมินอาการ สังเกตภาวะเสี่ยง และจัดการดูแลอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การศึกษากรณีเปรียบเทียบทารกแรกเกิดที่ติดเชื้ออาร์เอสวี ร่วมกับโรคปอดอักเสบในลักษณะที่ต่างกัน (เช่น เพศ อาการเริ่มต้น ระยะเวลาในการฟื้นตัว หรือการตอบสนองต่อแผนการพยาบาล) จะสามารถชี้ให้เห็นถึงจุดสำคัญที่ควรเน้นในการวางแผนดูแล และอาจช่วยพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น[4]

การเรียนรู้ผ่านกรณีศึกษาเฉพาะราย จะมุ่งวิเคราะห์ลักษณะอาการ การพยาบาลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอาร์เอสวี ร่วมกับปอดอักเสบ เพื่อใช้เป็นกรณีอ้างอิงสำหรับ การดูแลผู้ป่วยรายอื่นที่มีลักษณะคล้ายกันในอนาคต ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิก การวางแผนการพยาบาลและผลลัพธ์ของการดูแลในทารกแรกเกิดที่ติดเชื้ออาร์เอสวี ร่วมกับภาวะปอดอักเสบระหว่างกรณีศึกษาที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ ระยะเวลาการแสดงอาการ การตอบสนองต่อการรักษา และการฟื้นตัว เพื่อหาแนวทางที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อการดูแลในบริบทหอผู้ป่วยเด็กกุมารเวชกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น อาร์เอสวี ร่วมกับปอดอักเสบ

2) เพื่อให้ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอาร์เอสวีร่วมกับปอดอักเสบได้รับการพยาบาลตามมาตราฐานการพยาบาลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3) เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยทารก แรกเกิด ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอาร์เอสวีร่วมกับปอดอักเสบให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

เป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา โดยใช้กระบวนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอาร์เอสวีร่วมกับปอดอักเสบเปรียบเทียบ 2 ราย (Cases Study) เปรียบเทียบตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและกระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาล ดังนี้

1. เลือกเรื่องที่ทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับการรักษา ณ สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 2 ราย เพื่อนำมาเปรียบเทียบ

2. ขอจริยธรรมการวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย

3. รวบรวมข้อมูล ประวัติผู้ป่วย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจพิเศษ ผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัย แผนการรักษาของแพทย์ การรักษาพยาบาล และการประเมินสภาพผู้ป่วย

4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ เว็บไซต์ บทความ งานวิจัย ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิในหน่วยงานทฤษฎีการพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และ ปฏิบัติการพยาบาล

5. รวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์และวางแผนในการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล พร้อมทั้งปรับแผนการพยาบาล ให้เหมาะสมกับปัญหาและครอบครัว วางแผนจำหน่าย และให้การดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสมกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย

7. สรุปผลการดำเนินการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

ผลการศึกษาเปรียบเทียบกรณี ผู้ป่วย 2 ราย

การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ กรณีศึกษาที่ 1

ทารกเพศหญิง อายุ 14 วัน น้ำหนัก 3.51 กก. ส่วนสูง 51 ซม. ค่า BMI 13.49 อายุ 14 วัน ยังกระตุ้นตอบสนองเสียงได้ดี เคลื่อนไหวแขนขาได้ดี แรกรับ มีอาการไข้ ไอ มีเสมหะ มีน้ำมูก หายใจครืดคราด ดูดนมได้น้อยลง ซักประวัติ มารดาปฏิเสธสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโควิด ไม่เคยติดเชื้อโควิด 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ (ไม่ได้วัด) ไม่มีชัก ไอ มีเสมหะเล็กน้อย ครืดคราด แม่หยดน้ำเกลือแล้วดีขึ้น มีน้ำมูกเล็กน้อย ทานนมได้ดี ไม่ซึม ปัสสาวะ อุจจาระปกติ มารับการรักษาได้ยากลับบ้านอาการไม่ดีขึ้นจึงมาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัด มีประวัติหลานชายเป็น RSV อยู่บ้านเดียวกัน ไม่พบการแพ้ยา แพ้อาหาร หรือภูมิแพ้ ได้รับนมมารดาอย่างเดียว ดูดนมลดลงในช่วง 1 วันก่อนมา รพ.แรกรับวัดสัญญาณชีพ V/S :T = 38° C, HR = 132 bpm, RR = 32 bpm, SpO_2 = 95% (RA)

การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ กรณีศึกษาที่ 2

ทารกเพศหญิงอายุ 18 วัน น้ำหนัก 3.2 กก. ส่วนสูง 51 ซม. ค่า BMI 12.3 อายุ 18 วัน ยังกระตุ้นตอบสนองเสียงได้ดี เคลื่อนไหวแขนขาได้ดี ได้รับ BCG, HBV เข็มที่ 1 วัคซีนไข้หวัดใหญ่ยังไม่ได้รับ แรกรับ มีไอมาก มีเสมหะ มีน้ำมูก หายใจครืดคราด หายใจหอบเหนื่อย ไม่ดูดนม มารดาให้ประวัติ 4 วัน ก่อนมา รพ. มีอาการไอ มีเสมหะ มีน้ำมูก หายใจครืดคราด หายใจหอบเหนื่อย ไม่ดูดนมเลย ซึมลง ไม่มีไข้ ก่อนมา รพ. ให้ประวัติพี่สาวเป็นไข้หวัด และเมื่อวันที่ 15 ก.ย. 2566 ผู้ปกครองนำเด็กมา รพ. และในวันที่ 18 กันยายน 2566 มาตรวจซ้ำเนื่องจากอาการไม่ดีขึ้น ไอมากขึ้น มีเสมหะมาก มีน้ำมูก หายใจครืดคราด หายใจหอบเหนื่อย แพทย์มีคำสั่งให้นอนพักรักษาตัวใน รพ. แรกรับวัดสัญญาณชีพ V/S : T = 36.9° C, HR = 160 bpm, RR = 46 bpm, SpO_2 = 96% (RA)

เปรียบเทียบข้อมูลการตรวจร่างกาย การรักษาและผลการรักษา 2 ราย

เปรียบเทียบข้อมูลการตรวจร่างกาย การรักษา และผลการรักษา 2 ราย มีลักษณะทางคลินิกที่คล้ายคลึงกัน คือ มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน ตรวจพบว่าเป็น RSV positive ร่วมกับภาวะปอดอักเสบ ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ มีเสมหะ หายใจเร็วเล็กน้อย โดยกรณีศึกษารายที่ 1 ภาพ X-ray พบ Mild thicken Lung marking in RUL ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ภาพ X-ray พบ Thickened lung marking in both lung. DDx bronchitis, interstitial pneumonia Mild gaseous dilated bowel loops เมื่อฟังเสียงปอดมีเสียง Crepitation both lung และ มีเสียง rhonchi บริเวณปอดส่วนล่างทั้งสองข้างภายหลังบำบัดด้วยออกซิเจน ยาขยายหลอดลม และยาฆ่าเชื้อ อาการดีขึ้น หายใจได้เองและจำหน่ายกลับบ้านได้ แต่เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการรุนแรงมากกว่าเนื่องจากต้องได้รับเมื่อมีการหยุดยาฆ่าเชื้อแล้วกลับมีอาการไข้ ร่วมกับหายใจเหนื่อยหอบต้องกลับมาให้ออกซิเจนใหม่อีกครั้ง สงผลให้นอนรักษาตัวนาน 14 วัน ทั้งนี้ต้องมีการเปลี่ยนยาฆ่าเชื้อ และเพิ่มการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพิ่มเนื่องจากเด็กมีน้ำหนักลดลง ในขณะที่ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รักษาตัวเพียง 5 วัน หลังจากนั้นผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการดีขึ้นตามลำดับจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได

เปรียบเทียบการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพกอร์ดอน

จากการเปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11

แบบแผนของกอร์ดอน[5,6] ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบปัญหาเหมือนกันใน 2 แบบแผน ได้แก่ แบบที่ 4 แผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย และ แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ เนื่องจากผู้ป่วยทารกทั้ง 2 รายต้องได้รับออกซิเจน พ่นยา และดูดเสมหะ ซึ่งเป็นกระบวนการรักษาหลักเพื่อลดความรุนแรงของโรค และทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย จึงนำมากำหนด ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลได้เหมาะสมครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์จิตวิญญาณ และสังคม ประเมินผลและสรุปในกรณีศึกษาแยกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะก่อนการตรวจรักษา ระยะขณะตรวจรักษา ระยะหลังการตรวจรักษา และระยะติดตามเยี่ยม

การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1

ทารกเพศหญิง อายุ 14 วัน น้ำหนัก 3.51 กก. ส่วนสูง 51 ซม. ค่า BMI 13.49 อายุ 14 วัน ยังกระตุ้นตอบสนองเสียงได้ดี เคลื่อนไหวแขนขาได้ดี แรกรับ มีอาการไข้ ไอ มีเสมหะ มีน้ำมูก หายใจครืดคราด ดูดนมได้น้อยลง ซักประวัติ มารดาปฏิเสธสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโควิด ไม่เคยติดเชื้อโควิด 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ (ไม่ได้วัด) ไม่มีชัก ไอ มีเสมหะเล็กน้อย ครืดคราด แม่หยดน้ำเกลือแล้วดีขึ้น มีน้ำมูกเล็กน้อย ทานนมได้ดี ไม่ซึม ปัสสาวะอุจจาระปกติ มารับการรักษาได้ยากลับบ้านอาการไม่ดีขึ้นจึงมาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัด มีประวัติหลานชายเป็น RSV อยู่บ้านเดียวกัน ไม่พบการแพ้ยา แพ้อาหาร หรือภูมิแพ้ ได้รับนมมารดาอย่างเดียว ดูดนมลดลงในช่วง 1 วันก่อนมา รพ. แรกรับวัดสัญญาณชีพ V/S :T = 38° C, HR = 132 bpm, RR = 32 bpm, SpO_2 = 95% (RA) แพทย์มีคำสั่งรับเข้าในโรงพยาบาล ตรวจผลทางห้องปฏิบัติการพบ RSV: positive การตรวจเอกซเรย์ปอด_Mild thicken Lung marking in RUL.DDx bronchitis. DDx early interstitial infiltration. เริ่มให้การรักษา โดยให้ผู้ป่วยได้รับ HFNC ได้แก่ On O2 flow box พร้อมดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลม ได้แก่ Ventolin และ Bero dual ทั้งนี้ดูแลจัดท่าระบายเสมหะ เคาะปอด ติดตามผล chest x-ray เพื่อประเมินการทำงานของปอด และจากการติดเชื้อที่ปอด แพทย์ได้สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ โดยเริ่มจาก Ampicillin Gentamicin แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีไข้ต่อเนื่องจึงได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Cefotaxime Ceftriaxone ตามลำดับ พร้อมติดตามผลทางห้องปฏิบัติการจำนวน 2 ครั้ง พบว่าไม่มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น โดยครั้งที่ 2 มีผลดังนี้ **CBC;** WBC 12.2 10^3 /ul, Hct 36 % , PLT 434 10^3 /ul (H), N 20.0% (L), L 69.0% (H) , Electrolyte; K 5.4 mmol/l (H), **Hemoculture specimen;** No bacterial growth 3,7 day **UA;** SP.GR 1.027, PH 5 , WBC 10-20 cell/HPF (Repeat WBC 2-3 cell/HPF) Color: Dk.yellow Clarity: cloudy ,Bilirubin 1+ ,Protein 1+ , bacteria = Few ทั้งนี้ผู้ป่วยมีแนวโน้มของน้ำหนักลดลง แพทย์ได้กระตุ้นให้ได้รับนมแม่และนมผสมอย่างต่อเนื่อง แพทย์ติดตามอาการครบไม่มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน ตั้งแต่ 11-24 ตุลาคม 2565

สรุปการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้จากการประเมินมารดาตามแบบแผน โดยเรียงลำดับตามระยะของการรักษาดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เฝ้าระวังภาวการณ์ติดเชื้อที่ปอดเพิ่ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหาร

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร

กรณีศึกษารายที่ 2

ทารกเพศหญิงอายุ 18 วัน น้ำหนัก 3.2 กก. ส่วนสูง 51 ซม. ค่า BMI 12.3 อายุ 18 วัน : ยังกระตุ้นตอบสนองเสียงได้ดี เคลื่อนไหวแขนขาได้ดี

ได้รับ BCG, HBV เข็มที่ 1 วัคซีนไข้หวัดใหญ่: ยังไม่ได้รับ แรกรับ มีไอมาก มีเสมหะ มีน้ำมูก หายใจครืดคราด หายใจหอบเหนื่อย ไม่ดูดนม มารดาให้ประวัติ 4 วัน ก่อนมา รพ. มีอาการไอ มีเสมหะ มีน้ำมูก หายใจครืดคราด หายใจหอบเหนื่อย ไม่ดูดนมเลย ซึมลง ไม่มีไข้ ก่อนมา รพ. ให้ประวัติพี่สาวเป็นไข้หวัด และเมื่อวันที่ 15 ก.ย. 2566 ผู้ปกครองนำเด็กมา รพ. และในวันที่ 18 กันยายน 2566 มาตรวจซ้ำเนื่องจากอาการไม่ดีขึ้น ไอมากขึ้น มีเสมหะมาก มีน้ำมูก หายใจครืดคราด หายใจหอบเหนื่อย แพทย์มีคำสั่งให้นอนพักรักษาตัวใน รพ. แรกรับวัดสัญญาณชีพ V/S : T = 36.9° C, HR = 160 bpm, RR = 46 bpm, SpO_2 = 96% (RA) แพทย์มีคำสั่งรับเข้าในโรงพยาบาล ตรวจผลทางห้องปฏิบัติการพบ RSV: positive การตรวจเอกซเรย์ปอด พบ Thickened lung marking in both lungs. DDx bronchitis, interstitial pneumonia. Mild gaseous dilated bowel loops เริ่มให้การรักษา โดยให้ผู้ป่วยได้รับ O_2 Box 5 - 10 LPM พร้อมดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลม ได้แก่ Ventolin และ Bero dual ทั้งนี้ดูแลจัดท่าระบายเสมหะ เคาะปอด ติดตามผล chest x-ray เพื่อประเมินการทำงานของปอด และจากการติดเชื้อที่ปอด แพทย์ได้สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ ได้แก่ Azithromycin พร้อมติดตามผลทางห้องปฏิบัติการพบว่าไม่มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น **CBC;** WBC 12.8 103 /ul , Hct 42 % , - PLT 253 103 /ul , N 35.0% , L 48.0 % , M 9.0% , E 2.0 % **Electrolyte ;** K 5.7 mmol/l (H), **Hemoculture specimen;** No bacterial growth 3,7 days UA ; SP.GR 1.001, PH 6.0, WBC 0-1 cell/HPF, **CRP** = 1.46 ug/ml, **RSV :** positive แพทย์ติดตามอาการครบไม่มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน ตั้งแต่ 18-22 กันยายน 2566

สรุปการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้จากการประเมินมารดาตามแบบแผน โดยเรียงลำดับตามระยะของการรักษาดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เฝ้าระวังภาวการณ์ติดเชื้อที่ปอดเพิ่ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหาร

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร

สรุปเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผลการศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี ทั้ง 2 ราย ดังนี้

1. กรณีศึกษาทั้งสองราย เป็นผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากชื่อไวรัสอาร์เอสวี ที่มีอายุใกล้เคียงกัน คืออายุ 14 วัน กับอายุ 18 วัน มาด้วยอาการไข้ หายใจหอบเหนื่อย และมีประวัติการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้บุคคลที่ป่วยอยู่บ้านเดียวกัน ได้แก่ ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ให้ประวัติมีหลานชายเป็น RSV อยู่บ้านเดียวกัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีพี่สาวเป็นหวัดแต่ไม่ได้รับการตรวจยืนยันว่าเกิดจากเชื้อตัวใด สิ่งที่มีความแตกต่างคือ ในผู้ป่วยผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะขาดสารน้ำสารอาหารระดับเล็กน้อยร่วมด้วย โดยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน HFNC ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมได้รับสารน้ำสารอาหารทดแทน เพื่อป้องกันภาวะขาดสารน้ำสารอาหาร เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษา

2. ข้อวินิจฉัยและการพยาบาลทั้ง 2 กรณีศึกษา ได้รับการพยาบาลโดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะวิกฤตตามกรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนทั้งหมด 11 ข้อ เรียงตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

2.1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลดลงจากปอดติดเชื้อ

2.2 เฝ้าระวังภาวการณ์ติดเชื้อที่ปอดเพิ่ม

2.3 เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจ

โดยทั้ง 3 ข้อให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คือมีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่เพียงพอ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกาย ขาดออกซิเจน ผลลัพธ์ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 ได้รับการดูแลให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ มีการช่วยเคาะปอดและดูดเสมหะบ่อยๆ จัดท่าการนอนให้เหมาะสม และเฝ้าระวังภาวการณ์ติดเชื้อที่ปอดเพิ่มโดยการติดตามอุณหภูมิ เช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ตามแผนตามแผนการรักษา

2.4 เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ เนื่องจากกรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารน้ำสารอาหารระดับเล็กน้อย เมื่อดูดนมจะมีอาหารเหนื่อยง่าย ต้องคอยกระตุ้นให้ได้รับทั้งนมแม่และนมผงเสริมเพิ่มเติม และเมื่อติดตามน้ำหนักระหว่างการรักษาพบว่ามีน้ำหนักลดลง

2.5 มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร เมื่อได้รับคำอธิบายจากแพทย์และพยาบาล และได้อยู่ดูแลบุตรลอดการรักษา ทำให้มีข้อมูลความรู้เพิ่มขึ้นมีความมั่นใจในการดูแลบุตรขณะอยู่ที่โรงพยาบาล และเมื่อกลับบ้าน

ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ดำเนินชีวิตต่อที่บ้านได้

แนวทางการพยาบาลทารกแรกเกิดติดเชื้อไวรัส RSV (Respiratory Syncytial Virus) มีโรคร่วมปอดอักเสบ (Pneumonia)

1. ระยะก่อนการตรวจรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจากอาการและอาการแสดง การซักประวัติ วัดสัญญาณชีพ และความอิ่มตัวของระดับออกซิเจนในกระแสเลือด (O2 saturation)

2. ซักประวัติผู้ปกครองเด็ก

3. เฝ้าระวังอาการสำคัญของผู้ป่วยก่อนส่งพบแพทย์

2. ระยะขณะตรวจรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารให้ตรงกับผู้ป่วยเช่นเวชระเบียน ผลการตรวจต่างๆ เป็นต้น

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์และจัดให้ตรวจในสถานที่กำหนดและเข้าตรวจตามลำดับ

3. เฝ้าระวังอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในขณะตรวจรักษา

4. เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองของผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจรักษาและเรื่องที่เกี่ยวข้อง

3. ระยะหลังการตรวจรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจ

- ดูแลให้ได้รับ HFNC และ O_2Box ตามแผนการรักษา
- ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง
- ติดตาม SpO_2 อย่างสม่ำเสมอ
- ดูแลพ่นยาตามแผนการรักษา

2. เฝ้าระวังภาวการณ์ติดเชื้อที่ปอดเพิ่ม

- เช็ดตัวลดไข้
- ดูแลให้ได้รับยาลดไข้และยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา

3. เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหาร

- เนื่องจากรับประทานนมได้น้อย
- On Iv ตามแผนการรักษา
- ส่งเสริมให้ดูดนมแม่และรับประทานนมผงสำหรับเด็กในปริมาณที่เหมาะสม

4. มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร ให้ข้อมูลแผนการรักษาและสนับสนุนผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลเด็กติดเชื้อ RSV ขณะอยู่โรงพยาบาล

4. ระยะติดตามเยี่ยม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลเด็กติดเชื้อ RSV เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย วางแผนการรักษาพยาบาล เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ การรับประทานยาที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

จากการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เฝ้าระวังภาวการณ์ติดเชื้อที่ปอดเพิ่ม เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจ เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหาร มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร ถือเป็นปัญหาที่เหมือนกันในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จะเห็นได้ว่าจากการประเมินภาวะสุขภาพตามตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนนั้นมีประโยชน์มาก ในการค้นหาปัญหาสำคัญของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม เน้นทั้งการจัดการภาวะฉุกเฉินรุนแรงและการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพลดความเสี่ยง สำหรับผลลัพธ์การดูแล พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายหลุดพ้นจากภาวะวิกฤตและมีอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถหย่าออกจากเครื่องช่วยหายใจและจำหน่ายกลับบ้านได้ในที่สุด โดยญาติผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวแบบมีส่วนร่วมและมีความพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีปัญหามีไข้ต้องเปลี่ยนยาฆ่าเชื้อ รวมถึงมีน้ำหนักลดระหว่างการรักษาจำเป็นต้องได้รับนมแม่และนมทดแทนต่อเนื่องและเหมาะสม ตลอดจนการเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีอาการมาเจ็บป่วยซ้ำและไม่มารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมภายใน 28 วันหลังจำหน่าย

สรุปและอภิปรายผล

โรคปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีที่พบในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เพราะผู้ป่วยเด็กเล็กที่มีอาการหนักมีโอกาสเสียชีวิตเนื่องจากระบบทางเดินหายใจล้มเหลวได้สูง อย่างไรก็ตามการรักษาที่ทันท่วงทีโดยการใช้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และป้องกันอวัยวะล้มเหลวตามมา ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติล่าสุดในการรักษาภาวะหายใจล้มเหลวจากปอดอักเสบในเด็ก[7] รวมทั้งการจัดการภาวะวิกฤตอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่า ผู้ป่วยมาด้วยไอ หายใจหอบเหนื่อย กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงชนิด Non-invasive คือ HFNC ด้านความปลอดภัยทางเดินหายใจ มีเสมหะมากต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผู้ป่วยมีปัญหาการมีไข้ภายหลังได้รับยาฆ่าเชื้อครบ 7 วัน จึงต้องมีการเปลี่ยนชนิดยาฆ่าเชื้อ ทั้งนี้ยังมีน้ำหนักลดระหว่างการรักษาจำเป็นต้องได้รับนมและนมผสมตามแผนการรักษา มารดามีความวิตกกังวลแต่ให้ความร่วมมือตลอดการรักษา กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับออกซิเจนและยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดมารดา และได้รับความร่วมมือตลอดการรักษา ซึ่งภายหลังทั้ง 2 รายสามารถจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี[8] และได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง สามารถป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจและป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และจากการศึกษาการประเมินผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่อยู่ในภาวะวิกฤติอย่างรวดเร็วและการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรง ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้[9,10,11] ดังนั้นพยาบาลต้องเฝ้าระวังและประเมินอาการให้ได้โดยเร็ว สิ่งที่สำคัญคือ การสังเกตติดตามการประเมินอาการผู้ป่วยอย่าง

ใกล้ชิดและรวดเร็วและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำจากการดูแลรักษาและจัดการกับอาการที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยลดความรุนแรงและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ถูกต้องจะช่วยลดการเกิดโรคซ้ำและช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอาการรุนแรง ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด จึงควรจะมีความรู้ความเข้าใจ ในการจัดการกับปัญหาและการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังจำหน่ายได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดที่ติดเชื้ออาร์เอสวี เพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในมิติของผู้ให้บริการ ซึ่งจะเป็นประโยชนต่อการพัฒนาระบบสนับสนุนและเสริมสร้างขวัญกำลังใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

2. ควรนำแผนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ติดเชื้ออาร์เอสวี และนำผลจากการศึกษาไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง เพื่อป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่หรือป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังถอดท่อช่วยหายใจได้

3. ควรมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกันในการส่งเสริมให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี เพื่อลดความวิตกกังวล และเสริมพลังบวกตลอดให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กทั้งในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ป้องกันกลับมาเป็นซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control. Department of Disease Control advises parents to closely observe the symptoms of their children: Be careful of getting sick with RSV-related respiratory infections [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 26]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=15306&deptcode=brc&news_views=457. (in Thai)
2. Neungit N. The harmfulness of respiratory syncytial virus infection in young children. Royal Thai Air Force Medical Gazette. 2018;64(3):96-100. (in Thai)
3. Fine J, Bray-Aschenbrenner A, Williams H, Buchanan P, Werner J. The resource burden of infections with rhinovirus/enterovirus, influenza, and respiratory syncytial virus in children. Clin Pediatr. 2019;58(2):184. doi:10.1177/0009922818809483.
4. หน่วยบริการผู้ป่วยนอกของแผนกกุมารเวชกรรม การดูแลรักษาพยาบาลเด็กโรคทั่วไปและโรคติดต่อ ปี 2565 และ 2566 สถาบันบำราศนราดูร ปี 2566
5. พรศิริ ขันธสี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพการประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 16. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ : สมุทรปราการ.2558
6. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 20. กรุงเทพฯ: พิมพลักษณ์; 2560.
7. Messinger AI, Stankovic C. Pediatric community-acquired pneumonia: Diagnosis and management in the emergency department. Pediatr Emerg Med Pract. 2020;17(7):1-24.
8. วิลาวัณย์ จันโทริ. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี และได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการระบบสุขภาพโรงพยาบาลขอนแก่น. 2566;1(2):กรกฎาคม–ธันวาคม.
9. เพชรรุ่ง อิฐรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562; 16(2): 72-82.

10. ยุวดี คงนก. เปรียบเทียบการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างและมีภาวะหายใจลำบากด้วยการให้ High flow nasal cannula กับการรักษาด้วยออกซิเจนมาตรฐาน.วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564;5(10):เมษายน–กันยายน.
11. อาจรีย์ ยงทิพย์วรากุล. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและมีภาวะการหายใจลำบาก: กรณีศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร. 2566;43(พิเศษ):100-111.

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชน กรณีศึกษาอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

The Effectiveness of Happy Working Age Program in Community : A Case Study of Si Satchanalai District, Sukhothai Province.

(Received: December 10,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

หยกฟ้า เพ็งเลีย[1] ธนัญญา ยงทอง[1] สุขเสริม ทิพย์ปัญญา[1] ภูวนัย แสวงบุญ[1]
Yokfa Penglia[1] Thanunya Yongthong[1] Sukserm Thippunya[1] Puwanai Sawangboon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (two group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชนต่อความสุขและความเข้มแข็งทางใจของประชาชนวัยทำงาน ศึกษาในกลุ่มประชาชนวัยทำงานของอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย จำนวนกลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างสุขวัยทำงานในชุมชนหลักสูตร 1 วัน กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตตามปกติ วัดผลจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 1 เดือนโดยศึกษาในระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน dependent t – test Independent t - test Mann-Whitney U และ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มีสถานะภาพคู่ ศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกรรม การศึกษามัธยมศึกษา รายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน รายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย มีหนี้สินแต่จัดการได้ ไม่มีโรคประจำตัว ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาไม่มีเรื่องทุกข์ใจ ด้านความสุขหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขเท่ากับ 36.84 สูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 33.76 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขหลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยความสุขเท่ากับ 36.84 สูงกว่า กลุ่มควบคุมเท่ากับ 32.25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) ด้านความเข้มแข็งทางใจ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจเท่ากับ 73.41 สูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 70.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจเท่ากับ 73.41 สูงกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 68.57 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01)

คำสำคัญ : โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงาน ความสุข ความเข้มแข็งทางใจ อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

Abstract

This research aims to evaluate the effectiveness of a program for working-age people in enhancing their happiness and psychological resilience at a community level. In detail, a quasi-experimental research with two groups, pretest-posttest, is the study method. The sampling populations in each group consist of 40 working-age individuals in Si Satchanalai District, Sukhothai Province. The experimental group attended a one-day “working-age happiness program,” while the control group received standard mental health care activities.The study was conducted between January and June 2023. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, and standard deviation distribution, dependent t – test, independent t - test, Mann-Whitney U and Wilcoxon signed rank test.

The research results found that the majority of the sample were female, aged between 40 and 49 years, married, Buddhist, agricultural, secondary education, and income not exceeding 5,000 baht per month. and was

[1] ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 กรมสุขภาพจิต E-mail Happymind2551@gmail.com

insufficient to cover expenses; most had manageable debt and no chronic illness. They reported no distress during the previous month. After participating in the program, the experimental group showed a statistically significant increase in happiness scores, rising from 33.76 to 36.84 ($p < .01$). Posttest happiness scores in the experimental group were also significantly higher than those in the control group (36.84 compared with 32.25; $p < .01$). For psychological resilience, the experimental group demonstrated a significant improvement from 70.35 to 73.41 ($p < .05$) and their posttest resilience score was significantly higher than that of the control group (73.41 compared with 68.57; $p < 01$).

Key words : working-age happiness program, Happiness, psychological resilience, Si Satchanalai District, Sukhothai Province

บทนำ

ประชาชนวัยทำงานเป็นวัยที่มีความสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติ โดยมีอายุตั้งแต่ 18–59 ปี[1] และเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับปัญหาและปัจจัยเสี่ยงทั้งในด้านการทำงาน ครอบครัว เศรษฐกิจ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จนส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด ซึ่งส่งผลเสียต่อประสิทธิภาพการทำงาน ความเป็นอยู่ที่ดี และคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ สถานการณ์ปัญหาต่างๆ ทั้งภาวะทางเศรษฐกิจ ปัญหาที่อยู่อาศัย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ยืดเยื้อยังทำให้ปัญหาสุขภาพจิตของคนวัยทำงานแย่ลง ส่งผลต่อความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นรวมทั้งการใช้ชีวิตและการทำงาน บกพร่องไม่สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 2 จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตในระบบ Mental health check - inในปี 2565 ในกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุ 20 – 59 ปี มีผู้ประเมินจำนวน 116,231 ราย พบว่ามีความเครียดสูงร้อยละ 2.5 เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.5 และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 1.5[2] ส่วนข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 2 ในปี2563 – 2565 พบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ10.49 , 10.36 และ 10.06 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไม่ควรเกินอัตรา 6.3 ต่อประชากรแสนคน โดยพบว่ากลุ่มวัยทำงานที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด สาเหตุกระตุ้นมาจากทะเลาะกับคนในครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์ การน้อยใจ การเจ็บป่วยโรคเรื้อรังทางกาย และ โรคจิตเวช สำหรับจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงในเขตสุขภาพที่ 2 ในสามจังหวัดแรกตามลำดับ ได้แก่ จังหวัดสุโขทัย จังหวัดอุตรดิตถ์ และจังหวัดเพชรบูรณ์[3] จากปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยทำงานจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยลดความเสี่ยงและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต วัยทำงานที่สำคัญของกรมสุขภาพจิตในการขับเคลื่อนงาน พบว่ามีโปรแกรมที่เกี่ยวข้องดังนี้ 1) คู่มือบัญญัติสุข 10 ประการ ที่เน้นกิจกรรมเติมสุขด้วยการเพิ่มความรู้สึกที่ดี การลดความรู้สึกไม่ดี การเพิ่มสมรรถภาพจิตใจ การเพิ่มคุณภาพจิตใจ และการเพิ่มการสนับสนุนของครอบครัว[4] 2) โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชน ที่ประกอบด้วย เครื่องมือสร้างสุขวัยทำงานในชุมชน 8 เครื่องมือ ได้แก่ (1) ค้นหาจุดดีของตนเอง (2) ค้นหาจุดดีของผู้อื่น (3) เพิ่ม 3 อ. ขจัดสุรา สารเสพติด บุหรี่ (4) ครอบครัวอบอุ่น (5) มีสมดุลชีวิต ด้วยหลัก 8-8-8 (6) การเป็นจิตอาสาและทำประโยชน์ให้ผู้อื่น (7) การมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ (8) ความพึงพอใจ ในสิ่งที่มี[5] และโปรแกรมที่ 3) หลักสูตร

เสริมสร้างพลังใจ อึด ฮึด สู้ ที่ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ (1) ทำความรู้จักพลังใจ (2) พลังอึด ฉันลุกสู้ได้อีกครั้ง (3) พลังฮึดฉันมีสิ่งล้ำค่าที่เป็นกำลังใจ (4) การจัดการความเครียด (5) ชีวิตคือการปรับตัว (6) ค้นหาหนทางใหม่ในการแก้ปัญหา (เทิดศักดิ์ เดชคง, 2564) และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการใช้ทั้ง 3 โปรแกรม พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจที่ใช้กับประชาชนทั่วไป ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มนักศึกษา งานวิจัยส่วนใหญ่มีผลการศึกษาคือ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตหลังการทดลองและระยะติดตาม 1 และ 3 เดือน มากกว่าก่อน การทดลอง โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับกิจกรรมเสริมสร้างพลังใจตามโปรแกรมตั้งแต่ 12 สัปดาห์ และจำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์[6] เช่นเดียวกับโปรแกรมสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยเข้าร่วมการบำบัดตามโปรแกรมจำนวน 7 ครั้งในระยะเวลา 7 สัปดาห์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขเพิ่มมากขึ้นและมีภาวะซึมเศร้าลดลง[7] จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 1 ครั้ง จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและจากการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตวัยทำงานในพื้นที่โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตวัยทำงาน และการเสริมสร้างพลังใจของกรมสุขภาพจิต พบว่าหากต้องการส่งเสริมสุขภาพจิตประชาชนวัยทำงานให้เกิดความรู้และทักษะในการเสริมสร้างความสุข และเสริมสร้างพลังใจให้ครบถ้วนทั้ง 2 ประเด็นนี้จะต้องดำเนินการจัดกิจกรรมไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง ซึ่งพบว่าประชาชนไม่มีเวลาเพียงพอที่จะเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างครบถ้วนทั้งกิจกรรมการสร้างสุขวัยทำงานและการเสริมสร้างพลังใจ ซึ่งตามเนื้อหาและรูปแบบการจัดกิจกรรมนั้น เช่น โปรแกรม สร้างสุขวัยทำงานในชุมชนกำหนดจัดกิจกรรมครบทั้ง 4 ครั้ง เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ทำให้กลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นวัยทำงานไม่สามารถเรียนรู้ได้ทุกกิจกรรม เนื่องจากติดภารกิจจากการประกอบอาชีพ นำไปสู่การเรียนรู้ที่ไม่มีประสิทธิภาพที่จะก่อให้เกิดความรู้ และทักษะด้านสุขภาพจิตที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน[5]

จากเหตุผลทั้งหมดที่กล่าวมาเพื่อให้มีโปรแกรมการสร้างสุขวัยทำงานในชุมชนมีความสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน สามารถสร้างการเรียนรู้และส่งเสริมสุขภาพจิตประชาชนวัยทำงาน ทั้งประเด็นการสร้างความสุขและการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงสนใจประยุกต์และออกแบบบูรณาการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต คือ คู่มือบัญญัติสุข 10 ประการ โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชน และหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อึด ฮึด สู้ เป็นโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชน หลักสูตร 1 วัน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตวัยทำงานตามบริบทของชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชนต่อความสุขและความเข้มแข็งทางใจประชาชนวัยทำงาน ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสุขและความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสร้างสุข

วิธีการศึกษา

1.การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (two group pretest – posttest design) เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่กำหนดได้แก่ ประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยในพื้นที่ตำบลแม่สิน อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย เป็นกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างสุขวัยทำงานในชุมชนหลักสูตร 1 วัน วัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มควบคุมได้แก่ประชาชนวัยทำงานที่อาศัยในพื้นที่ตำบลแม่สำ อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ได้รับกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตตามปกติ วัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน โดยศึกษาในระหว่างเดือน มกราคม - มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยในพื้นที่ตำบล แม่สินและตำบลแม่สำ อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ที่ใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยการใช้สูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮ็น[7] โดยกำหนดความเชื่อมั่น 95% หรือการให้โอกาสปฏิเสธสมมุติฐานที่ความเชื่อมั่นที่ .05 (α = .05) กำหนดโอกาสที่จะปฏิเสธสมมุติฐานหลักที่ระดับ .80 ค่าอิทธิพล (effect size) ประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากขนาดค่าเฉลี่ย 1 กลุ่ม คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของกลาส[8] ดังนี้

กำหนด d = ขนาดอิทธิพล

$\bar{X}_t$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{X}_C$ = ค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุม

SD_C = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ได้ศึกษาจากงานวิจัยของโฆษิต กัลยาและคณะ[8] ผลของโปรแกรมสร้างสุขในสถานประกอบการ : กรณีศึกษาบริษัท ซีพีเอฟ-ประเทศไทย จำกัด มหาชน (โรงงานผลิตอาหารสัตว์บก พิษณุโลก) วัดก่อนและหลังการทดลอง ได้นำค่าที่เกิดจากการทดลองมากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$\bar{X}_t$ = ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขหลังการทดลอง เท่ากับ 35.43

$\bar{X}_C$ = ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขก่อนการทดลอง เท่ากับ 33.65

SD_C = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.64

$$d = \frac{\bar{X}t-\bar{X}c}{SDc}$$

$$d = \frac{35.43 - 33.65}{3.64}$$

$$= 0.48$$

จากการคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size); d เท่ากับ = 0.48 มาคำนวณสมการหากลุ่มตัวอย่างดังนี้

$N = (\lambda/d)$

N คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

λ คือ ค่าอำนาจการทดสอบระดับ 95% ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05

เมื่อเปิดตาราง โคเฮ็น (Cohen, 1988) ได้ค่า λ เท่ากับ 14.4 แทนค่าในสูตร ดังนี้

$N = (\lambda/ d)$

$$N = \frac{14.4}{0.48}$$

$$N = 30 \text{ คน}$$

จากการแทนค่าในสูตรคำนวณพบว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 30 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มอีกร้อยละ 30 จำนวน 10 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างสุขวัยทำงานในชุมชนหลักสูตร 1 วัน จำนวน 40 คน และ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลสุขภาพจิตตามปกติ จำนวน 40 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) คัดเลือกอำเภอที่มีปัญหาสุขภาพจิตและมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดในช่วงปีงบประมาณ 2563-2565 ในจังหวัดสุโขทัย ได้แก่ อำเภอศรีสัชนาลัย 2) สุ่มตำบลโดยสุ่มตำบลทั้งหมดของอำเภอศรีสัชนาลัย จำนวน 11 ตำบล ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (sample random sampling) โดยการจับสลากเลือกรายชื่อตำบลของอำเภอศรีสัชนาลัย จำนวน 2 ตำบล สุ่มได้ตำบลแม่สินและตำบลแม่สำ 3) จับสลากเลือกกลุ่มทดลองคือตำบลแม่สิน และกลุ่มควบคุมคือตำบลแม่สำ 4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 2 ตำบลโดยการสุ่มหมู่บ้านตำบลละ 2 หมู่บ้าน ตำบลแม่สิน ได้แก่บ้านวังทองและบ้านแม่เทินใต้ ตำบลแม่สำ ได้แก่ บ้านเกาะระเบียงและบ้านท่าโพธิ์ และสุ่มอย่างง่ายกลุ่มตัวอย่างวัยทำงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน หมู่บ้านละ 20 คน จะได้กลุ่มตัวอย่างตำบลแม่สินจำนวน 40 คน ตำบลแม่สำจำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชนหลักสูตร 1 วัน ที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากกิจกรรมบัญญัติสุข 10 ประการ การสร้างสุขวัยทำงานในชุมชน และการเสริมสร้างพลังใจอึด ฮึด สู้ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและลดความรู้สึกไม่ดี (1 ชั่วโมง) กิจกรรมที่ 2 การเสริมสมรรถภาพของจิตใจ (20 นาที) กิจกรรมที่ 3 การเพิ่มคุณค่าสร้างคุณภาพจิตใจ (20 นาที) กิจกรรมที่ 4 การเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (20 นาที) กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความเข้มแข้งทางใจ (อึด ฮึด สู้) (3 ชั่วโมง 30 นาที) ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและประเมินผล ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

2.2 แบบประเมินความสุขคนไทย จำนวน 15 ข้อ กรมสุขภาพจิต

2.3 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ จำนวน 20 ข้อ กรมสุขภาพจิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง หลังจากผู้วิจัยได้รับรองจริยธรรมการวิจัยเรียบร้อยแล้วจึงได้ดำเนินการคัดเลือกและเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยประสานงานหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ในการแจ้ง กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสุขคนไทย แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ

2. ระยะดำเนินการทดลอง ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชนหลักสูตร 1 วัน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทดลองจะได้รับสมุดบันทึกการเสริมสร้างสุขภาพจิตด้วยโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชนสำหรับบันทึกกิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมอบรมนำไปฝึกใช้ในกิจวัตรประจำวัน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการดูแลสุขภาพจิตตามปกติทั่วไป ได้แก่ การคัดกรองภาวะสุขภาพจิต การได้รับคำแนะนำสุขภาพจิตศึกษา และการได้รับการปรึกษาสุขภาพจิตเมื่อเกิดภาวะเครียดเป็นครั้งคราวในช่วงระยะเวลาที่อยู่ในช่วงการศึกษา

3. ระยะประเมินผลหลังทดลอง เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชน ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อทดสอบสมมุติฐานทางสถิติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเพื่ออธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (analytic statistic) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขและความเข้มแข็งทางใจของประชาชนวัยทำงานใน กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชน โดยใช้สถิติ dependent t – test และ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขและความเข้มแข็งทางใจของประชาชน วัยทำงานระหว่างกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชนกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลสุขภาพจิตตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t - test และ Wilcoxon signed rank test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแบบเร่งรัด (expedited review) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย COA No. 46/2022 IRB No. 64/2022 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2565

ผลการศึกษา

หลังดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองอยู่ร่วมกิจกรรมตลอดการศึกษาวิจัยจำนวน 37 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มีสถานะภาพคู่ ศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกรรม การศึกษามัธยมศึกษา มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน รายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย มีหนี้สินแต่จัดการได้ ไม่มีโรคประจำตัว ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาไม่มีเรื่องทุกข์ใจ

2.ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความสุขและความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขเท่ากับ 36.84 สูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 33.76 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ด้านความเข้มแข็งทางใจ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจเท่ากับ 73.41 สูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 70.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขและความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่ม

ภาวะสุขภาพจิตที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=37)			กลุ่มควบคุม (n=40)		
	Mean	S.D.	p-value	Mean	S.D.	p-value
ความสุข						
ก่อน	33.76	5.17	<.001	32.40	5.21	.852
หลัง	36.84	4.74		32.25	4.98	
ความเข้มแข็งทางใจ						
ก่อน	70.35	8.56	.031	67.95	6.88	.605
หลัง	73.41	4.77		68.57	6.46	

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขเท่ากับ 36.84 สูงกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 32.25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจเท่ากับ 73.41 สูงกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 68.57อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขและความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะสุขภาพจิตที่ศึกษา	ก่อน			หลัง		
	Mean	S.D.	p-value	Mean	S.D.	p-value
ความสุข						
กลุ่มทดลอง (n=37)	33.76	5.17	.256	36.84	4.74	<.001
กลุ่มควบคุม (n=40)	32.40	5.21		32.25	4.98	
ความเข้มแข็งทางใจ						
กลุ่มทดลอง (n=37)	70.35	8.56	.042	73.41	4.77	<.001
กลุ่มควบคุม (n=40)	67.95	6.88		68.57	6.46	

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มีสถานะภาพคู่ ศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกรรม การศึกษามัธยมศึกษา มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน รายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย มีหนี้สินแต่จัดการได้ ไม่มีโรคประจำตัว ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาไม่มีเรื่องทุกข์ใจ ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขในชุมชนหลักสูตร 1 วัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขและความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งกิจ ปินใจ และคณะ[9] ที่มีการประยุกต์ใช้โปรแกรมสร้างสุขในวัยทำงาน พบว่าโปรแกรมสร้างสุขสามารถเพิ่มความสุขและพลังสุขภาพจิตได้ ซึ่งจะช่วยให้สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือเป็นเพศหญิงและมี

อาชีพเกษตรกรรม รายได้แม้จะไม่เพียงพอมีหนี้สิน แต่จัดการได้ จากข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นถึงความสุขที่เกิดจากความรู้สึกพอเพียง และยินดีกับชีวิต ที่ตนเป็นอยู่ ในทางจิตวิทยามองว่าเป็นความสุขเชิงอัตวิสัยที่เกิดจากการรู้คิด และอารมณ์ความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตของตนเองถ้ายิ่งมีอารมณ์ทางลบต่ำความพึงพอใจในชีวิตจะสูง ดังนั้นหากบุคคลมีความพึงพอใจในชีวิต และมีอารมณ์ความรู้สึกทางบวกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตก็จะมีความสุขได้เท่ากับคนทั่วๆไป[10] และในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ โดยพบว่ากลุ่มทดลองไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 75.5 กลุ่มควบคุมร้อยละ 55.0 แต่จากข้อมูลจะพบว่ากลุ่มควบคุมอีกส่วนหนึ่งถึงร้อยละ 45.0 มีโรคประจำตัว ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังประจำตัวมักจะก่อให้เกิดความเครียดสูงขึ้น และความสุขลดลงจากภาระโรค[2] จึงสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่าคะแนนความสุขกลุ่มควบคุมหลังการทดลองลดลงเล็กน้อย เนื่องจากกลุ่มควบคุมส่วนหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบด้านปัญหาสุขภาพจิต เช่นความเครียด ความวิตกกังวลจากภาวะการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ซึ่งหากไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต ก็จะกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ สำหรับในกลุ่มทดลองที่ไม่มีโรคและมีโรคประจำตัวได้รับกิจกรรมโปรแกรมสร้างสุขในชุมชนที่เน้นการใช้หลักจิตวิทยาเชิงบวกในการส่งเสริมสุขภาพจิตตนเอง เช่นกิจกรรมการสร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและลดความรู้สึกไม่ดี โดยเน้นการส่งเสริมความมีคุณค่าให้กับตนเอง การมองเห็นคุณค่าของผู้อื่น ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนรู้สึกดีต่อตนเอง และลดอคติในการอยู่ร่วมกับบุคคลที่เรารู้สึกไม่พอใจ รวมถึงการค้นหาสิ่งดีดีในตนเองอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้บุคคลเห็นแง่มุมใหม่ๆ ซึ่งจะช่วยเติมความสุขให้กับชีวิตได้ ดังนั้นประชาชนวัยทำงานที่เข้าร่วมกิจกรรมเมื่อได้ฝึกการใช้มุมมองเชิงบวกกับตนเองอย่างสม่ำเสมอจึงส่งผลให้เกิดความสุข นอกจากนี้กิจกรรมการจัดสมดุลในชีวิตด้วยหลัก 8-8-8 เป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่ผู้เรียนได้ตระหนักถึงความสำคัญ และได้นำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน โดยช่วยส่งเสริมการจัดเวลาการทำงาน การพักผ่อน การใช้เวลากับครอบครัว และการผ่อนคลายสำหรับตนเองได้ดียิ่งขึ้นส่งผลให้สภาพร่างกาย และจิตใจสมดุลรวมถึงมีกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว โดยได้เรียนรู้ทักษะการพูดสื่อสารในเชิงบวก การใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยกันมากขึ้น นอกจากนี้ยังเรียนรู้ถึงการเปิดใจยอมรับบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนที่เคยมีความขัดแย้งกันด้วยการปรับมุมมองยอมรับ และลดอคติช่วยทำให้สบายใจพร้อมให้อภัยได้ง่ายขึ้น กิจกรรมการเรียนรู้ดังกล่าวล้วนส่งผลให้ผู้เรียนเกิดมุมมองใหม่และมีความสุขในการใช้ชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่เกี่ยวกับความสุขที่ระบุไว้ว่าการมองโลกในแง่ดีเป็นวิธีคิดที่สร้างสุข รวมถึงครอบครัวเป็นแหล่งความสุขสำคัญของชีวิต[4] จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่าหากบุคคลได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยสร้างการเรียนรู้ในการปรับความคิดมุมมองในเชิงบวกต่อตนเอง และบุคคลอื่น รวมถึงการดูแลสุขภาพกาย ใจให้สมดุลจะช่วยสร้างให้ชีวิตมีความสุขได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมหาวิทยาลัยฮาวาร์ด[11] ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสุขระยะยาวมากกว่า 75 ปี พบว่าปัจจัยที่ทำให้คนมีความสุขในบั้นปลายของชีวิต มี 3 ประการ ได้แก่1) ความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด 2) คุณภาพของความสัมพันธ์ และ3) การดูแลร่างกายและสมอง[12]

สำหรับประเด็นความเข้มแข็งทางใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้พลังอึด ฮึด สู้ โดยพยายามปรับตัว ปรับใจ ด้วยการทำความเข้าใจกับปัญหาให้มากขึ้น และเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีการที่หลากหลายโดยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้บทเรียนการก้าวผ่านวิกฤตในชีวิตร่วมกับคนอื่น ๆ อย่างไรก็ตามควรมีประเด็นพึงระวังในการใช้โปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยจัดจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ที่ไม่มากเกินไป เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ใช้เวลาน้อย หากมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมมากเกินไปอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมเช่นเดียวกับการศึกษาของ อิสรีย์ ปัญญาวรรณ และอัศวิน นาคพงศ์พันธุ์[13] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในบุคลากรทางการพยาบาล พบว่าระยะเวลาในการอบรมที่น้อยเกินไป และจำนวนผู้เข้าอบรมมีมากทำให้ประสิทธิภาพของโปรแกรมไม่เพียงพอ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้หลักสูตร 1 วัน ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน และจัดให้มีคู่มือบันทึกการเรียนรู้ขณะร่วมกิจกรรม รวมถึงการใช้สมุดบันทึกเพื่อติดตามการนำกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันจึงส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของรุ่งกิจ ปินใจ และคณะ[9] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุขในชุมชนต่อความสุขและพลังใจของประชาชนวัยทำงานโดยดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง 50 คน ในหลักสูตร 1 วัน พบว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มความสุข และเพิ่มพลังใจให้กับคนวัยทำงานได้ ดังนั้นหากจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมสร้างสุขในชุมชนมีจำนวนไม่มากเกินไปหลักสูตรโปรแกรม 1 วัน ก็สามารถมีประสิทธิภาพที่เพียงพอให้เกิดความรู้และทักษะในการส่งเสริมความสุขและความเข้มแข็งทางใจได้

สรุปผลการศึกษา

โปรแกรมสร้างสุขในชุมชนหลักสูตร 1 วัน ช่วยส่งเสริมให้เกิดความสุข และสามารถสร้างความเข้มแข็ง ทางใจแก่ประชาชนวัยทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนตามบริบทวิถีชีวิตประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 2 ที่สามารถส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานเกิดการเรียนรู้ในการสร้างความสุขด้วยตนเอง และสามารถสร้างเข้มแข็งทางใจในการเผชิญกับภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม โปรแกรมนี้จึงเหมาะสมในการนำไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตวัยทำงานที่แตกต่างจากโปรแกรมเดิมที่ต้องจัดกิจกรรมมากกว่า 1 วัน เนื่องจากต้องใช้ทั้งโปรแกรมเสริมสร้างความสุข และโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในการจัดกิจกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. สนับสนุนให้มีการใช้โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชนหลักสูตร 1 วัน ในการส่งเสริมสุขภาพจิต ประชาชนวัยทำงานในพื้นที่ ดำเนินการโดยเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุขในระดับ รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. เพื่อให้ประชาชนวัยทำงานได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยการผลักดันกิจกรรมให้บรรจุในแผนปฏิบัติการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงาน

2. ศูนย์สุขภาพจิตพัฒนาเครือข่ายวิทยากรครู ก. การใช้โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชนแก่บุคลากรเครือข่ายสาธารณสุขทุกแห่งในเขตสุขภาพเพื่อขยายผลการดำเนินงานตามโปรแกรมให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

3. สนับสนุนให้ อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชนอย่างครอบคลุม เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต และเพิ่มทักษะการดูแลสุขภาพจิตแก่ตนเองจนเกิดความรอบรู้สุขภาพจิตที่สามารถบอกต่อถ่ายทอด สร้างการรับรู้และการยอมรับด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป

4. ควรมีการศึกษาผลการใช้โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชนหลักสูตร 1 วัน ในประชาชนวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุง และพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2566). *ข้อมูลพื้นฐานวัยทำงาน ปีงบประมาณ 2566.* https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th/index.php?r=groupdata/index&group=1&id=3
2. กรมสุขภาพจิต. (2565). *ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย.* https://checkin.dmh.go.th/dashboards
3. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2. (2565). *สรุปรายงานประจำปี 2565 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2.* พิษณุโลก: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2.
4. ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2554). *บัญญัติสุข 10 ประการ.* กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อสารสังคม กรมสุขภาพจิต.
5. อรวรรณ ดวงจันทร์, กัลยกร ไชยมงคล, และ ภวมัย กาญจนจิรางกุล. (2560). *โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชน.* กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
6. ณัฐพล พูลวิเชียร และ วุฒิชัย จริยา. (2566). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32*(1), 151–164.https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/13301/10873
7. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
8. โฆษิต กัลยา และคณะ. (2562). *ผลของโปรแกรมสร้างสุขในสถานประกอบการ: กรณีศึกษา บริษัท ซีพีเอฟ–ประเทศไทย จำกัด มหาชน (โรงงานผลิตอาหารสัตว์บก พิษณุโลก).* พิษณุโลก: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2.
9. รุ่งกิจ ปินใจ, ทัศนีย์ บุญอริยเทพ, และ อนุลักษณ์ ใจวงศ์. (2566). ผลของโปรแกรมสร้างสุขในชุมชนต่อความสุขและพลังสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงาน. *จิตเวชวิทยาสาร, 39*(1), 39–50.
10. ธีระพร อุวรรณโณ. (2555). การอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข. สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2566 จาก http://legacy.orst.go.th/wp-content/uploads/2013/05/
11. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2563). การใช้ชีวิตอย่างสมดุลและมีความสุข. *วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา*, *35*(2), 12–21. สืบค้นจาก http://www.hepa.or.th/assets/file/index/
12. จารุมน ลัคนาวิวัฒน์ และ สาโรจน์ นาคจู. (2566). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 8*(1), 162–173.https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/262364
13. อิสรีย์ ปัญญาวรรณ, และ อัศวิน นาคพงศ์พันธุ์. (2563). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาล. *จิตเวชวิทยาสาร, 36*(3), 237–245. https://w2.med.cmu.ac.th/nd/files/2024/08/6.Topic6_63.pdf

ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครนายก

Predictors of Depression Among Lower Secondary School Students at a Secondary School in Nakhon Nayok Province.

(Received: November 28,2025 ; Revised: November 30,2025 ; Accepted: December 4,2025)

นพภัสสร วิเศษ[1] ณัฐพร รัตนาจารย์[2]
Noppussorn Wises[1] Nuttaporn Ratthanajan[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2568 จำนวน 138 คน โดยใช้การออกแบบการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Design) เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 26 พฤษภาคม ถึง 17 มิถุนายน 2568 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) แบบวัดความสัมพันธ์ในครอบครัว แบบวัดความวิตกกังวล และแบบวัดความเครียด (SPST-20) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุ

ผลการวิจัย ผลการวิจัยสามารถเขียนสมการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครนายก ได้ดังนี้ $\hat{Z}$= 0.464 (ความเครียด) โดย**ความเครียด**สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (β = 0.464, t = 5.407, p < .001) ตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 24.8 (R^2 = 0.248)

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ความเครียด วัยรุ่น นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

This survey research aimed to investigate the predictors of depression among lower secondary school students at a secondary school in Nakhon Nayok Province. The sample consisted of 138 lower secondary school students, representing 100% of the target population, selected through total enumeration sampling during the academic year (2025). Data were collected using a cross-sectional descriptive design with 26 questionnaires comprising 17 items administered in May 2568 (2025). The instruments included a personal information form, the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), the Suanprung Stress Test-20 (SPST-20), a family relationship assessment scale developed specifically for this study, and an anxiety assessment tool. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis.

The results revealed that the standardized regression equation for predicting depression among lower secondary school students at a secondary school in Nakhon Nayok Province was as follows:

$\hat{Z}$ = 0.464 (stress). Stress significantly predicted depression at the .001 level (β = 0.464, t = 5.407, p < .001). The predictors explained 24.8% of the variance in depression (R^2 = 0.248).

Keywords: depression, stress, adolescents, lower secondary school students

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ Corresponding Author E-mail: Noppassornwishes@gmail.com
[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ Co - Corresponding Author

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นมีความสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้าและความเครียดที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] องค์การอนามัยโลกรายงานว่าเด็กช่วงอายุ 10-19 ปี พบ 1 ใน 7 คน ทั่วโลกมีความป่วยทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และวัยรุ่นเกือบ 46,000 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ซึ่ง 1 ใน 5 สาเหตุหลักของการเสียชีวิตในช่วงอายุ 11-15 ปี เป็นช่วงที่ต้องเผชิญกับการปรับตัวในด้านต่างๆ ค่อนข้างมากทั้งการปรับตัวตามพัฒนาการตามวัยซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ ส่งผลต่ออารมณ์และสังคม อีกทั้งวัยรุ่นนี้ช่วงต้องการการยอมรับจากเพื่อน และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆและต้องการความเป็นอิสระมากขึ้น สำหรับปัญหาสุขภาพจิตหากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ พฤติกรรม และคุณภาพชีวิตของวัยรุ่น[2]

ในประเทศไทย สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้น[3] ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 10-19 ปี เพิ่มขึ้นจาก 2.9 ต่อแสนประชากร ในปี 2559 เป็น 3.5 ต่อแสนประชากรในปี 2563 โดยสาเหตุสำคัญมาจากภาวะซึมเศร้าและความเครียดที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม การสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ[4] ในปี 2564 พบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาประมาณร้อยละ30-40 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง โดยเฉพาะในช่วงมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งช่วงอายุ 12-15 ปี เป็นช่วงวัยวิกฤติ (Critical Period) มีความอ่อนไหวต่อการเปลี่ยนแปลง และความเครียดในหลายด้าน ทั้งการปรับตัวเข้าสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ ความคาดหวังด้านการเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อน การยอมรับจากกลุ่มเพื่อน รวมถึงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว หากวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัว หรือจัดการกับ

ปัญหาเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ความเครียดเรื้อรัง หรือปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาในด้านต่างๆ[5] เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะแสดงอารมณ์หงุดหงิดเด่นชัดกว่าอารมณ์ซึมเศร้าช่วงแรกๆ จะมีอารมณ์ หงุดหงิด โมโหง่าย[6] ในกลุ่มผู้ชายหากไม่ได้ตามความคาดหวัง จะโกรธ หงุดหงิด ก้าวร้าว เพื่อปกปิดอารมณ์เศร้าที่ซ่อนอยู่[7] มีความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจสิ่งแวดล้อมและอนาคต พฤติกรรมแยกตัวหมกมุ่นอยู่กับตนเอง ขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ[8] ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร อยากอยู่คนเดียว ท้อแท้ อยากทำร้ายตนเอง[7] พฤติกรรมการจัดการกับอารมณ์เศร้าของตนเองที่พบบ่อยในผู้ชาย ได้แก่ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เสพกัญชา เล่นวีดีโอเกม[9] บางรายมีทัศนคติในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึกผิด บางรายมีความคิดอยากตาย[10] เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพทำกับครอบครัวและบุคคลอื่น[3] อาการซึมเศร้าดังกล่าวส่งผลให้เด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้ต้องออกจากการเรียนกลางคัน ดังนั้นภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นเรื่องสำคัญมีความเกี่ยวข้องกับหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นแนวคิดที่อธิบายปัจจัยทางด้านสัมพันธภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในและภายนอก การอบรมเลี้ยงดูและสร้างความผูกพันที่ดีในครอบครัวไม่มีความขัดแย้งทางด้านสัมพันธภาพ และจากการศึกษาของ Wickrama และคณะ[11] พบว่าเด็กวัยรุ่นที่อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายาย หรือ ญาติพี่น้องเนื่องมาจากการหย่าร้างของพ่อแม่ หรือสถานการณ์ครอบครัวที่มีปัญหา ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และมีความเครียดสูงกว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับ

บิดามารดาที่สมบูรณ์ นอกจากนี้รายได้และฐานะทางเศรษฐกิจครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่น[12] โดยครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ พบว่ามีความเครียดจากภาระความรับผิดชอบทางการเงิน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อบรรยากาศ และสัมพันธภาพภายในครอบครัว ต่อสุขภาพจิตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน[7]

จากสภาพปัญหาและแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น การศึกษาปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากวัยนี้เป็นช่วงพัฒนาการสำคัญที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม หากสามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน จะทำให้สามารถคัดกรองนักเรียนกลุ่มเสี่ยงได้ตรงเป้าหมาย และนำไปสู่การวางแผนพัฒนาระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับครู ผู้ปกครอง และบุคลากรด้านสุขภาพ ในการร่วมมือกันส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้นักเรียนมีพัฒนาการที่สมวัย มีความแข็งแกร่งทางจิตใจ และเติบโตเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพของสังคมต่อไปในอนาคต ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเรื่องปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพในครอบครัว ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าของปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้แก่ ทฤษฎี Diathesis-Stress Model ของ Lazarus และ Folkman[13] ที่อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเกินกว่าความสามารถในการรับมือ ซึ่งในวัยรุ่นมักเกิดจากความกดดันด้านการเรียน ปัญหาครอบครัวและความสัมพันธ์กับผู้อื่น และทฤษฎีระบบนิเวศทางสังคมของ Bronfenbrenner[14] เน้นสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ช่วยสร้างความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ เป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้า[14] จากทฤษฎีและแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ของวัยรุ่นที่ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้า 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล และความเครียด เป็นปัจจัยด้านจิตวิทยาที่เกิดจากการประเมินความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ความเครียดที่สูงและต่อเนื่องโดยขาดการจัดการที่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น[15] 3) ประชากรศาสตร์ ได้แก่ อายุ เพศ เป็นปัจจัยทางชีววิทยาที่สำคัญในการพัฒนาทางร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงวัยรุ่นมีผลต่อภาวะทางอารมณ์และความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า[15]

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง

จังหวัดนครนายก เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้การออกแบบการวิจัยเชิงพรรณา ภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง พฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ.2568 ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้แก่ ทฤษฎี Diathesis-Stress Model ของ Lazarus และ Folkman[13] ที่อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเกินกว่าความสามารถในการรับมือ ซึ่งในวัยรุ่นมักเกิดจากความกดดันด้านการเรียน ปัญหาครอบครัวและความสัมพันธ์กับผู้อื่น และทฤษฎีระบบนิเวศทางสังคมของ Bronfenbrenner[14] เน้นสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ช่วยสร้างความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ เป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้า[14] จากทฤษฎีและแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ของวัยรุ่นที่ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้า 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล และความเครียด เป็นปัจจัยด้านจิตวิทยาที่เกิดจากการประเมินความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ความเครียดที่สูงและต่อเนื่องโดยขาดการจัดการที่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น[15] 3) ประชากรศาสตร์ ได้แก่ อายุ เพศ เป็นปัจจัยทางชีววิทยาที่สำคัญในการพัฒนาทางร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงวัยรุ่นมีผลต่อภาวะทางอารมณ์ และความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า[15]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัด นครนายก ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2568 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ที่กำลังเรียน อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวนทั้งสิ้น 138 คน เป็นการสำรวจสำมะโนประชากร (Census Survey) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครนายก ปีการศึกษา 2568 2) มีอายุระหว่าง 12-15 ปี 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) นักเรียนที่มีความความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่รุนแรง จนไม่สามารถทำแบบสอบถามได้ 2) นักเรียนที่ไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวระหว่างการเก็บข้อมูล 3) แบบสอบถามที่กรอกข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือกรอกข้อมูลไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ย สถานภาพสมรสของบิดามารดา สัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง เงินที่นักเรียนได้รับต่อเดือน พฤติกรรมการใช้สารเสพติด ประวัติการได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ

ส่วนที่2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) พัฒนาโดย Kroenke และคณะ[16] ได้รับการแปลและ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของ ภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นมาตรวัดแบบ Likert Scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย 0 คะแนน; มีบางวัน 1 คะแนน; มีมากกว่า 7 วัน 2 คะแนน; มีแทบทุกวัน 3 คะแนน รวมตั้งแต่ 0 – 27 คะแนน เกณฑ์ให้คะแนน และแปลผลดังนี้ 0-4 คะแนน =ไม่มีภาวะซึมเศร้า,5-9 คะแนน = ภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อย (mild depression), 10-14 คะแนน= ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression), 15-19 คะแนน = ภาวะซึมเศร้ามาก, 20-27 คะแนน = ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง severe depression)

ส่วนที่3 แบบวัดความวิตกกังวลใช้แบบวัดภาวะความวิตกกังวลขณะเผชิญเหตุการณ์ของสปิลเบอร์เกอร์ (State-Trait Anxiety Inventory: STAI Form Y-1)[17] ฉบับภาษาไทย โดย ธาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และดาราวรรณ ต๊ะปินตา[18] มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 10 ข้อ และข้อความทางลบ 10 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ท 4 ระดับ (1 = ไม่เลย, 2 = บ้างเล็กน้อย,3 = ปานกลาง ,4 = มาก) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน ข้อคำถามทางบวก ให้ 4 คะแนน (ไม่มีเลย) จนถึง 1 คะแนน (มากที่สุด) และข้อคำถามทางลบ ให้ 1 คะแนน (มากที่สุด) จนถึง 4 คะแนน (ไม่มีเลย) โดยคะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้น คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน การแปลความหมายคะแนน โดยเทียบตามอันตรภาคชั้น ดังนี้ ความวิตกกังวลระดับต่ำ (20-40 คะแนน) ระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) และระดับสูง (61-80 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเครียด (Suanprung Stress Test-20: SPST-20) เป็นแบบวัดความเครียดที่พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล และคณะ[19] เป็นมาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่รู้สึกเครียด, 2 = รู้สึกเครียดเล็กน้อย, 3 = รู้สึกเครียดปานกลาง, 4 =รู้สึกเครียดมาก, 5=รู้สึกเครียดมากที่สุด คำถามมีทั้งหมด 20 ข้อ เกณฑ์การแปลผล 0-23 คะแนน = มีความเครียดระดับน้อย (normal stress), 24-41 คะแนน = มีความเครียดระดับปานกลาง (moderate stress), 42-61 คะแนน = มีความเครียดระดับสูง (high stress), 62 คะแนนขึ้นไป = มีความเครียดในระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้แก่ อาจารย์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ด้านการวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล = 0.80 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 ราย คำนาณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach) ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) แบบวัดความเครียด (Suanprung Stress Test-20: SPST-20) และ แบบวัดความวิตกกังวล เท่ากับ .86, 88 และ .85 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การเตรียมการ ผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นครนายก และทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน และครูประจำชั้น พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย กลุ่มเป้าหมาย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและขอความยินยอม เป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครอง การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบนักเรียนแต่ละห้องเรียน เพื่อแจกแบบสอบถามที่เตรียมไว้ และอยู่คอยให้คำปรึกษาและตอบข้อสงสัยในการทำแบบสอบถามในกรณีมีปัญหาเกี่ยวกับการอ่าน ผู้วิจัยได้อ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง บันทึกสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างตอบลงในแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ใช้เวลา 25-30 นาที ก่อนเก็บแบบสอบถามตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ดังนี้

1.สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา

2.สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) สำหรับศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้า

3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) แบบ Enter method สำหรับศึกษาอำนาจการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระต่อภาวะซึมเศร้า และตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การตรวจสอบ multicollinearity ด้วยค่า Tolerance และ Variance Inflation Factor (VIF) และการตรวจสอบ autocorrelation ด้วยค่า Durbin-Watson

จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นตามเงื่อนไขการวิเคราะห์ความถดถอยพหุเชิงเส้น พบค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.567 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ (1.5 – 2.5) แสดงว่าข้อมูลไม่มีปัญหา Autocorrelation (20) สำหรับการตรวจสอบปัญหา Multicollinearity พบว่าตัวแปรทั้ง 6 ตัว มีค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .678 ถึง .906 และค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.104 ถึง 1.474 (ค่า VIF ของตัวแปรทั้งหมดอยู่ในช่วง (1.104 ถึง 1.474) โดยค่า Tolerance ที่มากกว่า .10 และค่า VIF ที่น้อยกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีปัญหา Multicollinearity[21]ซึ่งสามารถนำตัวแปรอิสระไปใช้ในการวิเคราะห์ความถดถอยได้[22]

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เอกสารรับรองเลขที่ NPHO 2025-011 รหัสโครงการที่ 11/2568ลงวันที่ 26 มีนาคม 2568

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 138 คน เพศชาย 57 คน (ร้อยละ41.30), หญิง 81 คน (ร้อยละ58.70) มีอายุระหว่าง 12-15 ปี (ค่าเฉลี่ย = 13.68, SD = 0.88) โดยอายุ 13 ปี มีจำนวนมากที่สุด 55 คน (ร้อยละ 39.86) รองลงมาคืออายุ 14 ปี 45 คน (ร้อยละ 32.61) อายุ 15 ปี 29 คน (ร้อยละ 21.01) และอายุ 12 ปี 9 คน (ร้อยละ 6.52) กำลังศึกษาชั้นมัธยมปีที่ 2 จำนวนมากที่สุด 66 คน (ร้อยละ 47.83) รองลงมาชั้นมัธยมปีที่ 1 จำนวน 40 คน (ร้อยละ 28.99) ผลการเรียนเฉลี่ย (GPA) อยู่ระหว่าง 1.29-3.82 (ค่าเฉลี่ย = 2.58, SD = 0.63) โดยเกรดเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2.51-3.00 จำนวน 47 คน (ร้อยละ 34.06) รองลงมาคือ GPA ในช่วง 2.01-2.50 จำนวน 28 คน (ร้อยละ 20.29) และต่ำสุด

ในช่วง 1.51-2.00 จำนวน 22 คน (ร้อยละ 15.94) บิดามารดามีสถานภาพหย่าร้างมากที่สุด จำนวน 67 คน (ร้อยละ 48.55) และอยู่ด้วยกันทั้งบิดาและมารดา จำนวน 39 คน (ร้อยละ 28.26) รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 43 คน (ร้อยละ 31.16) รองลงมาน้อยกว่า 9,000 บาท จำนวน 27 คน (ร้อยละ 19.57) มีส่วนน้อยรายได้มากกว่า 15,000 บาท จำนวน 20 คน (ร้อยละ 14.49) กลุ่มตัวอย่างได้รับเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่อเดือนไม่เกิน 1,000 บาท เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 108คน (ร้อยละ 78.26) และไม่เกิน 2,000 บาท จำนวน 30 คน (ร้อยละ 21.74) เพียงพอกับการใช้จ่าย จำนวน 95 คน (ร้อยละ 68.84) และไม่พอใช้จ่าย จำนวน 43 คน (ร้อยละ 31.16) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่สัมพันธภาพในครอบครัวดี จำนวน 79 คน (ร้อยละ 57.25) และสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี จำนวน 59 คน (ร้อยละ 42.75) กลุ่มตัวอย่างไม่เคยใช้สารเสพติดใดๆ จำนวน 36 คน (ร้อยละ 26.09) มีพฤติกรรมการใช้บุหรี่ซองร่วมกับบุหรี่ไฟฟ้าและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 42 คน (ร้อยละ 30.43) ใช้บุหรี่ไฟฟ้าชนิดเดียว จำนวน 30 คน (ร้อยละ 21.74) ใช้บุหรี่ซองอย่างเดียว จำนวน 23 คน (ร้อยละ 16.67) ใช้กระท่อม จำนวน 4 คน (ร้อยละ 2.90) และใช้กัญชา จำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.17 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยป่วย หรือรับการตรวจวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า จำนวน 128 คน (ร้อยละ 92.75) เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 คน (ร้อยละ 7.25) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย จำนวน 97 คน (ร้อยละ 70.29) และพบว่ามีประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 41 คน (ร้อยละ 29.71)

2. ผลการศึกษาปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครนายก พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง ความเครียดในระดับสูง ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อย

3. การศึกษาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งใน จังหวัดนครนายก โดยใช้ตัวทำนาย ได้แก่เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความวิตกกังวล และความเครียด

3.1 ผลการศึกษาปัจจัยพยากรณ์ พบว่าตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ ความเครียด ($r = .489$, $p < .01$) ความวิตกกังวลและเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .243$, $p < .01$) และ ($r = .186$, $p < .05$) ตามลำดับ ในขณะที่อายุ เกรดเฉลี่ย และความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าต่ำกว่า .80 ทุกคู่ โดยคู่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงสุดคือ ความวิตกกังวลกับความเครียด ($r = .380$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้า) n=138)

ตัวแปร	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	Y
เพศ (X_1)	1						
อายุ (X_2)	.-132	1					
เกรดเฉลี่ย (X_3)	.249**	.-278**	1				
ความสัมพันธ์ในครอบครัว (X_4)	.-045	.081	.-012	1			
ความวิตกกังวล(X_5)	.356**	.-144	.331**	.233**	1		
ความเครียด (X_6)	.306**	.-200*	.054	.128	.380**	1	
ภาวะซึมเศร้า(Y)	.186*	.-067	.013	.028	.243**	.489**	1

3.2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐานโดยใช้ความเครียดเป็นตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p< .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครนายก โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบมาตรฐาน (n = 138)

ปัจจัย	B	SEB	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	-5.491	8.217	-	-0.668	.505
ความเครียด	0.171	0.032	0.464	5.407	.000***

R^2 = .248, Adjusted R^2 = 0.214, $F_{(6,131)}$ = 7.210, p <.001

3.3 เขียนสมการพยากรณ์ในรูปมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายก ได้ ดังนี้

$\hat{Z}$= 0.464 (ความเครียด)

โดย**ความเครียด**สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (β = 0.464,
t = 5.407, p < .001) ตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 24.8 (R^2 = 0.248)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายก จำนวน 138 คน สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพในครอบครัว ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

1. ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (r = .489, p < .01) และเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่นๆ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับสูง (M = 44.12, SD = 15.07) และมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (M = 7.46, SD = 5.55) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎี Diathesis-Stress Model ของ Lazarus และ Folkman[13] ที่อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเกินกว่าความสามารถในการรับมือ ในวัยรุ่นตอนต้นความเครียดมักเกิดจากปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัย ได้แก่ ความกดดันทางการเรียน การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและฮอร์โมน ความสัมพันธ์กับเพื่อน การปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ และ

ความคาดหวังจากครอบครัว[23] เมื่อวัยรุ่นไม่สามารถจัดการความเครียดเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลนำไปสู่อารมณ์เชิงลบ ความรู้สึกหมดหวัง และในที่สุดพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hammen และคณะ[23] ที่พบว่าเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (stressful life events) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานหรือเกิดซ้ำๆ จะส่งผลให้วัยรุ่นมีความไวต่อความเครียดมากขึ้น (stress sensitization) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในอนาคต นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Grant และคณะ[25] ที่รายงานว่าความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดในการพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ในเด็กและวัยรุ่น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต[3] ที่รายงานว่าวัยรุ่นไทยร้อยละ 28 มีภาวะเครียดสูง และร้อยละ 32 มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า โดยความเครียดในวัยรุ่นไทยมักมาจากแรงกดดันทางการเรียน ความคาดหวังของพ่อแม่ที่สูง ปัญหาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว[4] นอกจากนี้ การสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ[26] พบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาประมาณร้อยละ 30-40 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบความสัมพันธ์ระดับปานกลางระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้า (r = .489) แสดงให้เห็นว่าแม้ความเครียดจะเป็นปัจจัยสำคัญ แต่ไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสำคัญ เช่น ทักษะการรับมือกับความเครียด (coping skills) การสนับสนุนทางสังคม ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resilience) และลักษณะบุคลิกภาพ วัยรุ่นที่มีทักษะการจัดการความเครียดที่ดีและได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากครอบครัวและโรงเรียน แม้จะประสบกับความเครียดสูงก็อาจไม่พัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าได้

2. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทางบวกในระดับต่ำ ($r = .243$, $p < .01$) กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 44.47$, $SD = 6.68$) สอดคล้องกับทฤษฎี Tripartite Model ของ Clark และ Watson[25] ที่อธิบายว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีองค์ประกอบของอารมณ์เชิงลบ (negative affect) ร่วมกันและมีความสัมพันธ์กันในวัยรุ่น ค่าความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับต่ำอาจอธิบายได้ว่า แม้ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจะมีองค์ประกอบที่ทับซ้อนกัน แต่ทั้งสองภาวะมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน ความวิตกกังวลมีลักษณะเด่นของความกลัว ความกังวลเกี่ยวกับอนาคต และความตื่นตัวทางสรีรวิทยาสูง (physiological hyperarousal) เช่น เต้นเร็ว มือสั่น เหงื่อออก และความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ในขณะที่ภาวะซึมเศร้ามีลักษณะเด่นของการขาดอารมณ์เชิงบวก (low positive affect) ความไม่มีความสุข (anhedonia) ความหมดหวัง และการขาดพลังงาน[25] สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cummings และคณะ[27] ที่ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะร่วม (comorbidity) ของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น พบว่าทั้งสองภาวะมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ และอาการวิตกกังวลมักเกิดขึ้นก่อนภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ความวิตกกังวลจึงอาจเป็นปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ที่สำคัญในการพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่มีความไวต่ออารมณ์สูง ความวิตกกังวลเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่นไทย โดยมักเกี่ยวข้องกับความกังวลเรื่องการเรียน การสอบ ความสัมพันธ์กับเพื่อน และความคาดหวังของครอบครัว วัยรุ่นที่มีความวิตกกังวลสูงมักมีความเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะเมื่อไม่ได้รับการดูแลและการจัดการที่

เหมาะสม[3] ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความเครียดที่พบในการศึกษานี้ (r = .380, p < .01) แสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลและความเครียดมีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด บุคคลที่มีความวิตกกังวลสูงมักมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์ต่างๆ ว่าเป็นภยันตราย (threat appraisal) มากกว่าความเป็นจริง ส่งผลให้รู้สึกเครียดได้ง่าย และเมื่อความเครียดสะสมโดยไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมก็จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้[3]

3. **สัมพันธภาพในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า**อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)r = .028,p > .05) ทั้งๆ ที่กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง)M = 1.34, SD = 0.815) และจากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าร้อยละ 48.55 ของกลุ่มตัวอย่างมีบิดามารดาหย่าร้าง ร้อยละ 42.75 มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และร้อยละ 31.16 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีระบบนิเวศทางสังคมของ Bronfenbrenner[14] ที่อธิบายว่าครอบครัวเป็นระบบจุลภาค)microsystem) ที่มีอิทธิพลโดยตรงและแข็งแกร่งที่สุดต่อพัฒนาการและสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยป้องกัน)protective factor) ที่สำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น [14]ที่แตกต่างจากทฤษฎีและงานวิจัยอื่นๆ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ 1) เครื่องมือวัดสัมพันธภาพในครอบครัวในการศึกษานี้ อาจไม่ครอบคลุมมิติที่สำคัญเพียงพอ หรืออาจวัดเฉพาะมิติเดียวของความสัมพันธ์ในครอบครัว ในขณะที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ)multidimensional construct) ประกอบด้วย คุณภาพของการสื่อสาร)communication quality) การสนับสนุนทางอารมณ์)emotional support) การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในชีวิตของลูก)parental involvement) ความอบอุ่น)warmth) และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู)parenting style) หากเครื่องมือวัดเฉพาะบางมิติ เช่น ความขัดแย้งในครอบครัว แต่ไม่ได้วัดการสนับสนุนทางอารมณ์หรือคุณภาพของการสื่อสาร ก็อาจไม่สามารถสะท้อนความสัมพันธ์ที่แท้จริงในครอบครัวได้อย่างครบถ้วน **2)** กลุ่มตัวอย่างอาจมีการกระจายของคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่กว้างพอ)restricted range) ส่งผลให้ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ จากข้อมูลพบว่าค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่อนข้างต่ำ)SD = 0.815) เมื่อเทียบกับช่วงคะแนนที่เป็นไปได้)1-7) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนใกล้เคียงกัน ในกรณีเช่นนี้การหาความสัมพันธ์ทางสถิติจะมีอำนาจการทดสอบ)statistical power) ที่ต่ำ และอาจไม่สามารถตรวจจับความสัมพันธ์ที่มีอยู่จริงได้3) ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนและสภาพแวดล้อมในโรงเรียนอาจมีบทบาทสำคัญมากขึ้นเมื่อเทียบกับอิทธิพลจากครอบครัว ตามทฤษฎีพัฒนาการวัยรุ่นของ Erikson[2] วัยรุ่นกำลังอยู่ในช่วงของการค้นหาอัตลักษณ์)identity versus role confusion) และต้องการความเป็นอิสระจากครอบครัว จึงให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากขึ้น การยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ความสัมพันธ์กับเพื่อน และประสบการณ์ในโรงเรียนจึงอาจมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น ที่ใช้เวลาส่วนใหญ่กับเพื่อนมากกว่าครอบครัว และให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของเพื่อนมากขึ้น ดังนั้น ความเครียดที่เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน การถูกกลั่นแกล้ง)bullying) การไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนอาจมีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว 4) ในบริบทสังคมไทย โดยเฉพาะในชนบท วัยรุ่นอาจได้รับการดูแลและการสนับสนุนจากญาติพี่น้องหรือชุมชนนอกเหนือจากครอบครัว ดังนั้น แม้ว่าสัมพันธภาพกับบิดามารดาอาจไม่ดีนัก แต่การสนับสนุนจากปู่ย่าตายาย ลุงป้า

น้าอา หรือเพื่อนบ้าน ก็อาจชดเชยและช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ ตามแนวคิดของ Social Convoy Theory ที่อธิบายว่าบุคคลมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมหลายชั้น และการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ สามารถทดแทนกันได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลส่วนบุคคลที่พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีบิดามารดาหย่าร้าง ร้อยละ)48.55) และร้อยละ 42.75 มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี เป็นข้อมูลต้องให้ความสำคัญและควรได้รับความสนใจ งานวิจัยของ Wickrama และคณะ[11] พบว่าเด็กวัยรุ่นที่อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายายหรือญาติพี่น้องเนื่องจากการหย่าร้างของพ่อแม่ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและความเครียดสูงกว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับบิดามารดาที่สมบูรณ์ นอกจากนี้ยังพบว่ารายได้และฐานะทางเศรษฐกิจครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่น [12]ถึงแม้การศึกษานี้จะไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สัมพันธภาพในครอบครัวยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมด้วยเครื่องมือที่ครอบคลุมหลายมิติ และควรพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โครงสร้างครอบครัว คุณภาพของการสื่อสาร รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู และการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้า

1. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่าเมื่อนำตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัว ความเครียด และความวิตกกังวลเข้าสมการพร้อมกัน มีเพียงความเครียดเท่านั้นที่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .464, t = 5.407, p < .001) โดยสมการพยากรณ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 24.8 (R^2 = 0.248, Adjusted R^2 = 0.214, F(6, 131) = 7.210, p < .001) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Diathesis-Stress Model[13] และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Grant และคณะ[26] กล่าวว่าความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต)stressful life events) เป็นตัวพยากรณ์ที่แข็งแกร่งของภาวะซึมเศร้าและโรคจิตเวชอื่นๆ ในเด็กและวัยรุ่น

2. อำนาจการพยากรณ์ของสมการ สมการพยากรณ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 24.8 (R^2 =0 .248) ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้สำหรับการวิจัยด้านพฤติกรรมศาสตร์และสุขภาพจิต ตามเกณฑ์ของ Cohen นอกจากนี้ การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าไม่มีปัญหา multicollinearity (ค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.104-1.474) และไม่มีปัญหา autocorrelation (ค่า Durbin-Watson = 1.567) แสดงว่าสมการนี้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้พยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้ อย่างไรก็ตาม ยังมีความแปรปรวนอีกร้อยละ 75.2 ที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรในการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เช่น ความสัมพันธ์กับเพื่อน การสนับสนุนทางสังคม การถูกกลั่นแกล้ง (bullying) ความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resilience) ทักษะการรับมือกับความเครียด การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งควรได้รับการศึกษาในอนาคต

บทสรุป ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้บริหารและครูให้ความสำคัญต่อการดูแลด้านสุขภาพจิตในนักเรียน เนื่องจากเป็นช่วงวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจากสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ รวมทั้งขาดทักษะชีวิตในการดูแลตนเอง

และเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ครูควรได้รับการอบรมความรู้ ทักษะในการดูแล ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตในนักเรียนทุกคนและต่อเนื่อง รวมทั้งมีเครือข่ายระบบการส่งต่อยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษาเชิงสหสัมพันธ์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้อย่างชัดเจน

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนจากโรงเรียนเดียวในจังหวัดนครนายก อาจมีข้อจำกัดในการนำผลไปใช้กับนักเรียนในพื้นที่อื่นๆ

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาเชิงยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตลอดช่วงวัยรุ่น เพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ชัดเจนขึ้น และควรพัฒนาเครื่องมือวัดสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีความละเอียดและครอบคลุมมิติต่างๆ ได้แก่ การสื่อสาร การสนับสนุน ความอบอุ่น และความขัดแย้ง

2. การศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า เช่น การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการจัดการอารมณ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อเพิ่มอำนาจการพยากรณ์

3. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการเข้ากับหลักสูตรการเรียนการสอน เช่น การสอนทักษะแก้ไขปัญหา ทักษะการจัดการอารมณ์ การคิดเชิงบวก รวมทั้งจัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพจิต จัดอบรมครูเกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณเตือนของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น การให้คำปรึกษา มีระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเครียด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Adolescent mental health [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2025 Nov 2]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact- sheets/detail/adolescent-mental-health
2. Erikson EH.(1968). Identity: Youth and crisis. New York: Norton.
3. กรมสุขภาพจิต.(2565). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทย พ.ศ. 2565 [Internet]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dmh.go.th/report/2565
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2564). สถานการณ์สุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทย [Internet]. กรุงเทพฯ: สสส.; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealth.or.th/document/mental-health-youth-2021
5. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al.(2016). Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. Lancet. 2016;387(10036):2423-78. Available from: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1
6. Videbeck SL.(2020). Psychiatric-mental health nursing. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
7. Kaewjanta N, Rungreangkulkij S.(2022). Depression in men: An overlooked dimension. Thai J Nurs Counc. 2022;37(1):67-82.
8. Malhi GS, Mann JJ. Depression.(2018). Lancet. 2018;392(10161):2299-312. Available from: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2
9. เนตรชนก แก้วจันทา, รุ่งเรือง กุลกิจรุ่งเรือง, พรสวรรค์ ภู่พัฒน์.(2558). การซึมเศร้าในผู้ชาย: มิติที่ถูกมองข้าม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2558;23(2):85-95.

10. Christensen H, Batterham PJ, O'Dea B.(2020). E-health interventions for suicide prevention. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(13):4972. Available from: https://doi.org/10.3390/ijerph17134972
11. Wickrama KAS, Conger RD, Abraham WT.(2012). Family adversity and adolescent health: Mediated effects of income and community context. J Marriage Fam. 2012;74(3):595-610. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2012.00972.x
12. Reiss F.(2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. Soc Sci Med. 2013;90:24-31. Available from: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026
13. Lazarus RS, Folkman S.(1979). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
14. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
15. Engel GL.(1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129-36. Available from: https://doi.org/10.1126/science.847460
16. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB.(2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-13. Available from: https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.
17. Spielberger CD.(1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
18. ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, ดาราวรรณ ต๊ะปินตา.(2534). การแปลและทดสอบความเที่ยงตรงของแบบวัดความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory ฉบับภาษาไทย. กรุงเทพฯ.
19. สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล, วรากร จิตต์ประไพกุลศาล, ชูศรี วงศ์รัตนะ.(2545). แบบวัดความเครียด Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) [Internet]. เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต; 2545 [เข้าถึงเมื่อ 26 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dmh.go.th/test/stress
20. Field A.(2018). Discovering statistics using IBM SPSS statistics. 5th ed. London: Sage Publications.
21. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE.(2019). Multivariate data analysis. 8th ed. Hampshire, UK: Cengage Learning.
22. พงษ์ศักดิ์ ชิมมอนด์ส.(2560). สถิติสำหรับการวิจัยทางพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
23. Hammen C, Henry R, Daley SE.(2000). Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. J Consult Clin Psychol. 2000;68(5):782-7. Available from: https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.782
24. Liu RT, Alloy LB.(2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. Clin Psychol Rev. 2010;30(5):582-93. Available from: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.010
25.Clark LA, Watson D.(1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. J Abnorm Psychol. 1991;100(3):316-36. Available from: https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316
26. Grant KE, Compas BE, Stuhlmacher AF, Thurm AE, McMahon SD, Halpert JA.(2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: moving from markers to mechanisms of risk. Psychol Bull. 2003;129(3):447-66. Available from: https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.3.447
27.Cummings CM, Caporino NE, Kendall PC.(2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. Psychol Bull. 2014;140(3):816-45. Available from: https://doi.org/10.1037/a0034733

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การพัฒนาแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้น ในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค จังหวัดสุโขทัย

Development of Dental Public Health Guidelines to Prevent Dental Fluorosis in Earty Primary School Children in Fluoride-Risk Areas, Sukhothai Province.

(Received: November 30,2025 ; Revised: December 4,2025 ; Accepted: December 7,2025)

ภัทราพร เมฆพัฒน์[1] กิตติพันธ์ ธิช่างทอง[2]อรปรียา พ่วงจันทร์[3]ทิพวรรณ ชมภูเครือ[4]
Pattharaporn Mekphat[1] Kittiphan Thichangthong[2] Orapriya Phuangchan[3]
Thippawan Chomphukhrua[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุข ในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้นในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค จังหวัดสุโขทัย และ 2) ประเมินผลของแนวปฏิบัติต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันของผู้ปกครอง และภาวะฟันตกกระของเด็ก การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ระดับฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำ บทบาทการใช้น้ำในครัวเรือน ภาวะฟันตกกระของเด็ก และลักษณะความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรมของผู้ปกครองในพื้นที่เสี่ยง 3 อำเภอที่เป็นภูเขาหินปูนและประสบภาวะน้ำแล้ง ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติ โดยอิงทฤษฎี Health Belief Model, KAP model และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมผู้นำชุมชน ครู ผู้ปกครอง และบุคลากรสาธารณสุข การศึกษาระยะที่ 1 – 2 เป็นขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ระยะที่ 3 ทดลองใช้แนวปฏิบัติด้วยแบบแผน กึ่งทดลอง กลุ่มเดียว วัดซ้ำ 3 ครั้ง (ก่อนทดลอง หลังทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ 12) ในผู้ปกครองเด็กประถมศึกษาตอนต้น 45 คน และระยะที่ 4 ประเมินผลและสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย เครื่องมือมีทั้งแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะฟันตกกระ รวมทั้งแบบบันทึกการตรวจภาวะฟันตกกระด้วยดัชนี Dean’s index ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับแนวปฏิบัติ คะแนนความรู้เฉลี่ยของผู้ปกครองเพิ่มจาก 5.76 เป็น 11.67 และ 11.78 ในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ตามลำดับ ขณะที่ความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มจากร้อยละ 51.27 เป็น 74.69 และ 73.44 และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันเพิ่มจากร้อยละ 34.89 เป็น 64.40 และ 63.98 ตามลำดับ ($p<0.001$ ทุกตัวแปร) ระดับความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นคงอยู่ต่อเนื่องอย่างน้อย 12 สัปดาห์ ส่วนสัดส่วนภาวะฟันตกกระของเด็กไม่เปลี่ยนแปลงในช่วงติดตาม ซึ่งสอดคล้องกับกลไกโรคที่ไม่สามารถย้อนกลับได้ในระยะสั้น

คำสำคัญ: ภาวะฟันตกกระ; ฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค; แนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุข; ความเชื่อด้านสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to objectives: 1) to develop public oral health practice guidelines for the prevention of dental fluorosis among early primary school children residing in areas with fluoride-containing drinking water in Sukhothai Province, 2) to evaluate the effects of these guidelines on parents’ knowledge, health beliefs, preventive behaviors, and the dental fluorosis status of their children. The study was conducted in four phases. Phase 1 involved assessing fluoride levels in water sources, household water-use practices, the dental fluorosis status of children, and the knowledge, beliefs, and preventive behaviors of parents living in three high-risk districts characterized by limestone mountain terrain

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
[2] นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
[3] นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลคีรีมาศ
[4] นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (ทันตสาธารณสุข) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำเรื่อง อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

and recurrent drought. In Phase 2, practice guidelines were developed based on the Health Belief Model, the KAP model, and the concept of oral-health literacy, combined with participatory processes involving community leaders, teachers, parents, and public health personnel. Phases 1 and 2 constituted the instrument-development stage. Phase 3 implemented the guidelines using a quasi-experimental one-group repeated-measures design, with data collected at three time points (pre-intervention, and at 4 and 12 weeks post-intervention) among 45 parents of early primary school children. Phase 4 focused on evaluating the outcomes and synthesizing policy recommendations. The research instruments included a general information questionnaire, a knowledge assessment, a health-belief scale, and a preventive-behavior assessment for dental fluorosis, as well as a dental fluorosis recording form using Dean's Index. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated-measures ANOVA.

The results indicated that after the implementation of the guidelines, parents' mean knowledge scores increased from 5.76 to 11.67 and 11.78 at weeks 4 and 12, respectively. Health-belief scores increased from 51.27% to 74.69% and 73.44%, while preventive-behavior scores rose from 34.89% to 64.40% and 63.98%. All improvements were statistically significant ($p < 0.001$). Furthermore, the enhanced levels of knowledge, beliefs, and preventive behaviors were sustained for at least 12 weeks. Meanwhile, the proportion of children with dental fluorosis remained unchanged during the follow-up period, consistent with the irreversible nature of the condition in the short term.

Keywords: dental fluorosis; fluoride in drinking water; dental public-health guidelines; health beliefs

บทนำ

สุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพองค์รวมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนซึ่งอยู่ในช่วงของการเจริญเติบโตและพัฒนาการ เด็กที่มีสุขภาพช่องปากดี ย่อมส่งผลให้เกิดการบดเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยในการเจริญเติบโตของร่างกาย และเสริมสร้างบุคลิกภาพที่ดี อีกทั้งสุขภาพช่องปากที่ดี ยังสะท้อนถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสภาพแวดล้อมของเด็กได้อีกด้วย [1]

หนึ่งในปัญหาสำคัญทางสุขภาพช่องปากที่พบได้ในเด็ก คือ ภาวะฟันตกกระ (Dental Fluorosis) ซึ่งเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเคลือบฟัน อันเนื่องมาจากการได้รับฟลูออไรด์มากเกินไปในระยะที่ฟันกำลังก่อตัว โดยเฉพาะในช่วงอายุต่ำกว่า 8 ปี [2] ภาวะฟันตกกระจะมีลักษณะเป็นรอยด่างบนผิวฟัน มีสีขาว สีเหลือง หรือสีน้ำตาล ผิวฟันอาจขรุขระหรือเปราะแตกได้ในกรณีที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อความสวยงามของฟัน และอาจนำไปสู่ผลกระทบด้านจิตใจและสังคม เช่น การขาดความมั่นใจในตนเอง หรือการถูกล้อเลียนจากเพื่อน [3]การที่เด็กที่มีสุขภาพช่องปากดีจะสามารถบดเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการเติบโตของร่างกาย อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมบุคลิกภาพและความมั่นใจในตนเอง [1] องค์การอนามัยโลก กำหนดค่ามาตรฐานฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคไม่ควรเกิน 0.7-1.5 มิลลิกรัมต่อลิตร หากเกิน 2 มิลลิกรัมต่อลิตร จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฟันตกกระได้ [4]

จังหวัดสุโขทัยนับเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีปัญหาระดับฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคสูง ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงใช้น้ำบาดาลหรือน้ำประปาท้องถิ่นเพื่อบริโภค ซึ่งจากข้อมูลของกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2565 [5] พบว่า จังหวัดสุโขทัยมีแหล่งน้ำที่ตรวจพบระดับฟลูออไรด์สูงเกินมาตรฐาน จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอคีรีมาศ พบแหล่งน้ำที่มีระดับฟลูออไรด์เกิน จำนวน 34 แหล่ง จาก 113 แหล่งที่สำรวจ อำเภอบ้านด่านลานหอย จำนวน 1 แหล่ง จาก 10 แหล่งที่สำรวจ อำเภอกงไกรลาศ จำนวน 10 แหล่ง จาก 114 แหล่งที่สำรวจ โดยเฉพาะอำเภอกงไกรลาศ พบว่ามีระดับฟลูออไรด์ในน้ำประปาสูงถึงร้อยละ 89.7 และน้ำ

กรองสูงถึงร้อยละ 80 ซึ่งเป็นระดับที่สูงมากและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฟันตกกระ [6]

จากผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา (ป.1-ป.6) ในพื้นที่ทั้ง 3 อำเภอ ในจังหวัดสุโขทัย รวมจำนวน 420 คน พบว่า มีภาวะฟันตกกระรวมทั้งหมด 16 คน คิดเป็นร้อยละ 3.8 โดยมีรายละเอียดดังนี้ อำเภอบ้านด่านลานหอย พบภาวะฟันตกกระ ร้อยละ 1.6 อำเภอคีรีมาศ พบภาวะฟันตกกระ ร้อยละ 1.3 อำเภอกงไกรลาศ พบภาวะฟันตกกระมากที่สุด ร้อยละ 13.4 จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคกับอัตราการเกิดฟันตกกระอย่างมีนัยสำคัญ ในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย ที่มีระดับฟลูออไรด์ในน้ำสูงเกินค่ามาตรฐาน จึงควรตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะฟันตกกระอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นมาตรการเชิงรุกในการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะฟันตกกระในเด็ก ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และลดผลกระทบด้านสุขภาพจิต บุคลิกภาพ และคุณภาพชีวิตของเด็กในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน [1]

ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้นในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย จึงเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วน เป็นงานวิจัยเชิงเชิงทดลองแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental) โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ เด็ก ผู้ปกครอง ครู และบุคลากรสาธารณสุข ในการร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติ ปรับปรุง ทดลองใช้ และประเมินผลแนวปฏิบัติ ด้านทันตสาธารณสุข เพื่อการป้องกันภาวะฟันตกกระอย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่จังหวัดสุโขทัย เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ช่วยลดความเสี่ยง ลดผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของเด็ก รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระดับครัวเรือน โรงเรียน และชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้นในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค จังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะฟันตกกระ ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะฟันตกกระ และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้น

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะฟันตกกระ ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะฟันตกกระ และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะฟันตกกระของผู้ปกครอง ในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้น ก่อนและหลัง การใช้แนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระ

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้น ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระ

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental) โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้น ในพื้นที่ที่มีระดับฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการกำหนดองค์ประกอบพัฒนาแนวทางปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้นในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค จังหวัดสุโขทัย พื้นที่การศึกษา ได้แก่ โรงเรียนในเขตพื้นที่เสี่ยงต่อการได้รับฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคสูงเกินมาตรฐาน ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 3 อำเภอ คือ อำเภอบ้านด่านลานหอย,

อำเภอคีรีมาศ และอำเภอกงไกรลาศ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบระดับฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคสูง [5] ได้แก่ โรงเรียนปากคลองร่วม อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย 2) โรงเรียนวัดหางตลอด อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย 3) โรงเรียนบ้านน้ำพุ อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ระยะเวลาการดำเนินงานวิจัย พฤษภาคม 2568 ถึง พฤศจิกายน 2568 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล พฤษภาคม 2568 ถึง ตุลาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ระดับฟลูออไรด์ ภาวะฟันตกกระและพฤติกรรมของผู้ปกครอง

1. ใช้วิธีเชิงพรรณนา สำรวจ (descriptive study) บรรยายเชิงพรรณา

2. ศึกษาสภาพปัญหา พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ข้อมูลการสำรวจระดับฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค ในเขตพื้นที่ที่มีค่าฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคที่สูงเกินค่ามาตรฐาน

3. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบ ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Health Belief Model (HBM), KAP model และแนวคิด oral health literacy

4. ทบทวนแนวทาง/คู่มือของกรมอนามัย และองค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับค่ามาตรฐานฟลูออไรด์และการป้องกันฟันตกกระและคู่มือการแนวทางการจัดการฟลูออไรด์สูงเมื่อพบฟันตกกระในพื้นที่ และ แนวทางการจัดการฟลูออไรด์สูงในน้ำบริโภคเพื่อป้องกันผลกระทบด้านทันตสุขภาพ

5. ศึกษาข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปาก ภาวะฟันตกกระที่ผ่านมา ในจังหวัดสุโขทัย

6. ค้นหาปัญหาจากแหล่งความรู้ต่างๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

1. ใช้วิธีเชิงคุณภาพและกระบวนการมีส่วนร่วม

2. วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1

3. การสนทนากลุ่มคืนข้อมูลให้กับผู้นำชุมชนในพื้นที่ ผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัย บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ และตัวแทนผู้ปกครอง

4. ออกแบบพัฒนาแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้น ในพื้นที่ที่มีระดับฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค จังหวัดสุโขทัย โดยอิงโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและประเมินแนวทาง โดยใช้การวัดผลภายในกลุ่ม แบบก่อน-หลัง การใช้แนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระ ในเด็กประถมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ 1) การประเมินภาวะฟันตกกระ (Dental Fluorosis) 2) ประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะตกกระ 3) ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้น 4) ประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้น

- จัดทำคู่มือ/แนวทางสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น infographic, Cip VDO, แผ่นพับ
- จัดกิจกรรมอบรมถ่ายทอดองค์ความรู้
- ตรวจสอบและปรับปรุงแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กประถมศึกษาตอนต้นและผู้ปกครองในพื้นที่เสี่ยงคัดเลือกโรงเรียนและจำนวนผู้ปกครองตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติ

การวิจัยเชิงทดลองแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดซ้ำ 3 ครั้ง (one-group repeated-measures quasi-experimental design) ดำเนินการตามพัฒนาแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุข ในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้น ในพื้นที่ที่มีระดับฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค จังหวัดสุโขทัย เป็นใช้แบบแผนกลุ่มเดียว วัดซ้ำ (one-group repeated measures design) ในกลุ่มผู้ปกครองเป้าหมาย ก่อนทดลอง หลังทดลองสัปดาห์ที่ 4 และหลัง

ทดลองสัปดาห์ที่ 12 นำแนวปฏิบัติไปใช้จริง ควบคู่กับการให้คำปรึกษาและติดตามการปฏิบัติของผู้ปกครอง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนในเขตพื้นที่เสี่ยงต่อ การได้รับฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคสูงเกินมาตรฐาน ในจังหวัดสุโขทัย ได้แก่ โรงเรียนปากคลองร่วม อำเภอ บ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย 2) โรงเรียนวัดหางตลอด อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย 3) โรงเรียน บ้านน้ำพุ อำเภอศรีรมาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 162 คน และผู้ปกครอง จำนวน 162 คน

กลุ่มตัวอย่างงานวิจัย การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ใช้โปรแกรม G Power กำหนดค่า Effect size d = 0.5 , err prob 0.05 , power (1 - B err prob) = Tatal sample size 45 คน กลุ่มตัวอย่างควรมีขั้นต่ำ 45 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ เด็กนักเรียน 45 คน และ ผู้ปกครอง 45 คน คัดเลือกแบบ 1:1 โดยใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในโครงการวิจัย (Inclusion criteria) 1) สื่อสารภาษาไทยได้ 2) พัฒนาการเป็นไปตามเกณฑ์ 3) ไม่มีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ 4) ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดแยกออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria) 1) มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงและไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 2) ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการ

1) ก่อนการใช้แนวปฏิบัติเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะฟันตกกระ 2) ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดภาวะฟันตกกระ 3) พฤติกรรมการป้องกันภาวะฟันตกกระ ครั้งที่ 1 และตรวจสุขภาพช่องปากของเด็กเพื่อประเมินภาวะฟันตกกระ ครั้งที่ 1

2) จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในรูปแบบประชุม โดยใช้สื่อที่พัฒนาขึ้น

3) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะฟันตกกระ

4) ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้น เกี่ยวกับความความด้านสุขภาพ เสี่ยงและความรุนแรงของฟันตกกระ ผลกระทบด้านความสวยงามและจิตสังคมของเด็ก วิธีป้องกันภาวะฟันตกกระให้แก่บุตรหลาน

5) ให้ความรู้เกี่ยวกับฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค ข้อดีข้อเสียของฟลูออไรด์ ส่งเสริมการเลือกแหล่งน้ำดื่มที่เหมาะสม การอ่านฉลากน้ำดื่ม

6) ฝึกทักษะผู้ปกครองในเรื่องการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ปริมาณการใช้ยาสีฟัน วิธีการแปรงฟันอย่างถูกต้อง

7) มีจุดให้คำปรึกษา ให้แก่ผู้ปกครอง คือ ที่โรงเรียนและบุคลากรสาธารณสุขเป็นในพื้นที่สามารถให้คำปรึกษาเพิ่มเติม

ระยะที่ 4 การประเมินผล สังเคราะห์ข้อค้นพบ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

ประเมินผลแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้น ในพื้นที่ที่มีระดับฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค จังหวัดสุโขทัย ที่พัฒนาขึ้น วัดผลก่อนทดลอง หลังทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน รวมทั้งภาวะฟันตกกระของเด็กชั้นประถมศึกษาตอนต้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) วัดผลก่อนทดลอง หลังทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของเด็กนักเรียน

1) การประเมินภาวะฟันตกกระ (Dental Fluorosis) ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย [6] กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ Dean's Index หลักเกณฑ์ในการประเมินภาวะฟันตกกระ: Dean's Fluorosis Index เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในระดับสากล โดยเน้นการประเมินความรุนแรงของ

ภาวะฟันตกกระจาก ลักษณะของรอยด่างหรือการเปลี่ยนแปลงของผิวเคลือบฟัน โดยประเมินจากฟันถาวร (ในกรณีเด็ก อาจประเมินจากฟันน้ำนมร่วมด้วยหากฟันถาวรยังไม่ขึ้นครบ) ระดับของ Dean's Index มีทั้งหมด 6 ระดับ ดังนี้

ระดับ คำอธิบายโดยย่อ (ลักษณะบนผิวฟัน)

0 หมายถึง ปกติ (Normal) w ฟันมีสีขาวสะอาด ไม่มีรอยด่างใด ๆ บนผิวฟัน

0.5 หมายถึง สงสัย (Questionable) มีรอยด่างขาวบาง ๆ จุดเล็ก ๆ หรือเส้นบาง ๆ ที่ผิวฟัน (ไม่แน่ชัดว่าเป็นฟันตกกระ)

1 หมายถึง เบา (Very Mild) มีรอยด่างสีขาวไม่เกิน 25% ของผิวฟัน ไม่มีผลต่อรูปร่างของฟัน

2 หมายถึง ปานกลาง (Mild) มีรอยด่างสีขาวชัดเจน ครอบคลุม 25-50% ของผิวฟัน

3 หมายถึง ปานกลางมาก (Moderate) มีรอยต่างขาวเกิน 50% ผิวฟันเริ่มขรุขระ มีผลต่อความเรียบของฟัน

4 หมายถึง รุนแรง (Severe) ผิวฟันเปราะแตก ขรุขระ มีรอยน้ำตาล ฟันเสียรูป และสึกหรออย่างชัดเจน

ในการศึกษานี้ใช้ทันตแพทย์คนเดียวกันตรวจในกลุ่มตัวอย่างทุกราย เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและเป็นการคงไว้ซึ่งความตรงภายใน (Intra -examination reliability)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ปกครองแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ลักษณะน้ำที่ดื่มใช้ในครัวเรือน แหล่งน้ำดื่มหลักที่ใช้ในครัวเรือน การได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับฟันตกกระ แหล่งความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะฟันตกกระ ลักษณะทำถามเป็นแบบเลือกตอบ

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะฟันตกกระ เป็นแบบสอบถามแบบปรนัย 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก, ผิด, ไม่แน่ใจ จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 15 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ตอบ "ถูก" ได้ 1 คะแนนตอบ "ผิด" หรือ "ไม่แน่ใจ" ได้ 0 คะแนน

การแปลผลระดับความรู้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ บุญใจ ศรีสถิตนรากูร [7]

0-7 คะแนน ความรู้อยู่ในระดับ ต่ำ

8-11 คะแนน คะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

12-15 คะแนน คะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง

2.3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะทันตกรรม จำนวน 18 ข้อตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model. HBM) เพื่อประเมินระดับการรับรู้ของผู้ปกครองต่อการป้องกันภาวะฟันตกกระในเด็ก โดยใช้กรอบแนวคิดของ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ด้านการรับรู้ความเสี่ยงในการป้องกันภาวะฟันตกกระ จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะฟันตกกระ จำนวน 4 ข้อ ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะฟันตก จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะฟันตกกระ จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ (5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, 1 = น้อยที่สุด) คะแนนเต็ม 90 คะแนน ดังนี้ การแปลผลระดับความรู้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom [8] ดังนี้

คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ร้อยละ 60-79 อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ในระดับสูง

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันภาวะฟันตกกระ จำนวน 15 ข้อ ใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ปกครองในชีวิตประจำวัน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

พฤติกรรมการใช้น้ำดื่มอย่างปลอดภัย จำนวน 4 ข้อ, พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลช่องปากที่เหมาะสม จำนวน 4 ข้อ, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันภาวะฟันตกกระ จำนวน 3 ข้อ และพฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะฟันตกกระ จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ค่าระดับการประเมิน ความหมาย 5 = ทำเป็นประจำ สม่ำเสมอ, เกือบทุกวัน 4 = ทำบ่อยครั้ง หลายครั้งต่อสัปดาห์ 3 = บางครั้ง เป็นครั้งคราว 2 = ไม่ค่อยทำ ไม่สม่ำเสมอ 1 = ไม่เคยทำเลยไม่มีพฤติกรรมนี้เลย ระดับการแปลผล 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom, 1956 [8] ดังนี้

คะแนนพฤติกรรมน้อยกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนพฤติกรรมร้อยละ 60- 79 อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนพฤติกรรมร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (vality) เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความ ตรงของเนื้อหา (Content validty) โดยที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อย เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจความถูกต้องนำข้อเสนอแนะต่าง ๆ เป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือและพัฒนาเครื่องมืองมือที่ใช้เก็บข้อมูลเพื่อการทำวิจัยต่อไปการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิโดยแบบสอบถามทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ด้วยดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ไม่น้อยกว่า 0.5 ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.71

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้กับในผู้ปกครองนักเรียนประถมศึกษาตอนต้น ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเขตติดต่อกับพื้นที่ดำเนินการวิจัย ในพื้นที่อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้ค่า Cronbach's Alpha Coeffident กำหนดเกณฑ์ความเที่ยงมีค่า 0.7 ขึ้นไป ได้ผลการทดสอบดังต่อไปนี้ แบบสอบถามการความรู้เกี่ยวกับฟันตกกระ 15 ข้อ ได้ค่า KR20 เท่ากับ 0.86 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ 25 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันฟันตกกระ 18 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะฟันตกกระ ระดับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะฟันตกกระของผู้ปกครองและ ระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะฟันตกกระ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ 12 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) เปรียบเทียบผลการประเมินภาวะฟันตกกระ (Dental Fluorosis) ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test โดยพิจารณาคะแนนดัชนี Dean’s index เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ (ordinal score)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่ COA No. 28/2025, IRB No. 37/2025

ผลการศึกษา

1. แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.78) เพศชาย (ร้อยละ 22.22) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 25–34 ปี (ร้อยละ 24.44) รองลงมาเป็นอายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 22.22) อายุ 35–44 ปี (ร้อยละ 20.00) อายุ 45–54 ปี (ร้อยละ 17.78) และอายุต่ำกว่า 25 ปี (ร้อยละ 15.56) ในด้านระดับการศึกษา พบว่ามากกว่าครึ่งมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น 14 คน (ร้อยละ 31.11) มัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 20.00) และการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา อนุปริญญา และปริญญาตรี ร้อยละ 4.44, 2.22 และ 2.22 ตามลำดับ สำหรับลักษณะน้ำที่ดื่มใช้ในครัวเรือนส่วนใหญ่ดื่มน้ำดื่มบรรจุขวด (ร้อยละ 37.78) และน้ำประปาที่ผ่านการกรอง (ร้อยละ 35.56) ขณะที่ดื่มน้ำฝน (ร้อยละ 17.78) และน้ำประปาที่ยังไม่ได้กรอง (ร้อยละ 8.89) แหล่งน้ำดื่มหลักที่ใช้ในครัวเรือนพบว่า มากที่สุดคือน้ำจากโรงงานผลิต (ร้อยละ 42.22) รองลงมาคือน้ำจากประปา อปท. (ร้อยละ 33.33) น้ำผลิตเองกรองเอง (ร้อยละ 17.78) และตู้น้ำหยอดเหรียญ (ร้อยละ 6.67) ในด้านการได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับภาวะฟันตกกระ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข่าวสาร (ร้อยละ 57.78) ขณะที่เคยได้รับ (ร้อยละ 26.67) และไม่แน่ใจ (ร้อยละ 15.56) โดยในกลุ่มที่เคยได้รับข่าวสารนั้น แหล่งข้อมูลสำคัญคือบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 28.89) รองลงมาคือโรงเรียน (ร้อยละ 13.33) สื่อออนไลน์ (ร้อยละ 8.89) และกลุ่มที่ระบุว่าไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะฟันตกกระมีจำนวน (ร้อยละ 48.89)

2. ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้น จากการศึกษาพบว่า ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้น ก่อนการทดลองเฉลี่ย 5.76 คะแนน (S.D.=2.50) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 75.56) มีเพียงร้อยละ 2.22 อยู่ในระดับสูง หลังการทดลองครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 4) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 11.67 คะแนน (S.D.=1.85) ผู้ปกครองทั้งหมดมีความรู้ในระดับปานกลางและสูง โดยระดับต่ำลดลงเป็นร้อยละ 0.00 และร้อยละของผู้ที่อยู่ในระดับสูงเพิ่มเป็น 55.56 เมื่อประเมินหลังการทดลองครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 12) พบว่าคะแนนเฉลี่ยคงอยู่ในระดับสูงที่ 11.78 คะแนน (S.D.=1.77) ไม่พบผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำ โดยมีผู้ปกครองอยู่ในระดับสูงร้อยละ 57.78 สะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมที่ดำเนินการสามารถยกระดับและคงไว้ซึ่งระดับความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับภาวะฟันตกกระได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาติดตามผล

3. การเปรียบเทียบความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้น ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 จากการศึกษาพบว่าผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) พบว่า เวลาในการวัดมีผลต่อคะแนนความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองทั้งสัปดาห์ที่ 4 (Mean = 11.67) และสัปดาห์ที่ 12 (Mean = 11.78) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 5.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ขณะที่การเปรียบเทียบระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ต่างกันเล็กน้อย (Mean difference = 0.11) แสดงให้เห็นว่าระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้น จากการใช้แนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระสามารถคงอยู่ได้อย่างน้อยจนถึงสัปดาห์ที่ 12 หลังการทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้น ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 (n=45)

การเปรียบเทียบความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้น	Mean (ก่อน)	Mean (หลัง)	Mean difference	p-value
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4	5.76	11.67	5.91	<0.001
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 12	5.76	11.78	6.02	<0.001
หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4 กับหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	11.67	11.78	0.11	<0.001

4. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครองในการป้องกันภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้น จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครองในการป้องกันภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้น มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้น ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 51.27 (S.D.=7.83) อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 57.78 และระดับปานกลางร้อยละ 42.22 โดยไม่พบผู้ที่มีความเชื่ออยู่ในระดับสูงเลย หลังการทดลองครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 4) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.69 (S.D.=4.20) ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 73.33 และระดับปานกลางร้อยละ 26.67 โดยไม่พบผู้ที่มีความเชื่อระดับต่ำ และเมื่อประเมินหลังการทดลองครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 12) พบว่าคะแนนเฉลี่ยยังคงอยู่ในระดับสูงที่ร้อยละ 73.44 (S.D.= 4.44) โดยร้อยละ 77.78 อยู่ในระดับสูง และร้อยละ 22.22 อยู่ในระดับปานกลาง

5.การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครองในการป้องกันภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้น ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12

จากการศึกษาพบว่า ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพผู้ปกครองในการป้องกันภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้นทั้ง 4 ด้าน หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 สูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และสามารถสรุปรายด้านได้ดังนี้

ด้านการรับรู้ความเสี่ยง คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) แม้ว่าคะแนนจะลดลงเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 12 เมื่อเทียบกับสัปดาห์ที่ 4 แต่ยังคงสูงกว่าระดับก่อนการทดลอง

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะฟันตกกระ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากก่อนการทดลอง ไปยังสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากก่อนการทดลอง ไปยังสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากก่อนการทดลองไปยังสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครองในการป้องกันภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้น ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 (n=45)

การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครองในการป้องกันภาวะฟันตกกระ	Mean (ก่อน)	Mean (หลัง)	Mean difference	p-value
ด้านการรับรู้ความเสี่ยงในการป้องกันภาวะฟันตกกระ				

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครองในการป้องกันภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้น ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 (n=45)

การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครองในการป้องกันภาวะฟันตกกระ	Mean (ก่อน)	Mean (หลัง)	Mean difference	p-value
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4	13.62	21.96	8.34	<0.001
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 12	13.62	19.96	6.34	<0.001
หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4 กับหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	21.96	19.96	-2.00	<0.001
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะฟันตกกระ				
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4	11.04	16.31	5.27	<0.001
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 12	11.04	20.64	9.60	<0.001
หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4 กับหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	16.31	20.64	4.33	<0.001
ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะฟันตกกระ				
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4	13.69	20.60	6.91	<0.001
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 12	13.69	20.64	6.95	<0.001
หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4 กับหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	20.60	20.64	0.04	<0.001
ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะฟันตกกระ				
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4	12.91	15.82	2.91	<0.001
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 12	12.91	16.42	3.51	<0.001
หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4 กับหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	15.82	16.42	0.60	<0.001

6. พฤติกรรมการป้องกันภาวะฟันตกกระของผู้ปกครองในการป้องกันภาวะฟันตกกระ ในเด็กประถมศึกษาตอนต้น การศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้นอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 34.89 (S.D.=7.16) ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 57.78 และระดับปานกลางร้อยละ 42.22 โดยไม่พบผู้ที่มีพฤติกรรมในระดับสูงเลย หลังการทดลองครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 4) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเป็นร้อยละ 64.40 (S.D.=3.60) โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่เปลี่ยนมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.33 และระดับปานกลางร้อยละ 26.67 ไม่พบระดับต่ำ และเมื่อประเมินหลังการทดลองครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 12) พบว่าคะแนนเฉลี่ยยังคงอยู่ในระดับสูงที่ร้อยละ 63.98 (S.D.=3.71) โดยร้อยละ 77.78 อยู่ในระดับสูง และร้อยละ 22.22 อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่ดำเนินการสามารถส่งเสริมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันภาวะฟันตกกระของผู้ปกครองได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาติดตามผล

7. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะฟันตกกระของผู้ปกครองในการป้องกันภาวะฟัน ตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้น ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 จากการศึกษาพบว่า เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะฟันตกกระของผู้ปกครอง ทั้ง 4 ด้าน หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 สูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และสามารถสรุปรายด้านได้ดังนี้

ด้านพฤติกรรมการใช้แหล่งน้ำดื่มอย่างปลอดภัย คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 8.36 ก่อนการทดลองเป็น 17.42 และ 17.20 ในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยคะแนนระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และ

12 ลดลงเล็กน้อย (Mean difference = -0.22, p<0.001) แต่ยังอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง

ด้านพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลช่องปากที่เหมาะสม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 9.02 เป็น 17.36 และ 17.33 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยคะแนนระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ลดลงเล็กน้อย (Mean difference = -0.03, p<0.001) แต่ยังอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง

ด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของบุตรหลาน คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 8.16 ก่อนการทดลองเป็น 13.02 และ 12.91 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 โดยคะแนนระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ลดลงเล็กน้อย (Mean difference = -0.11, p<0.001) แต่ยังสูงกว่าระดับก่อนการทดลอง

ด้านพฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะฟันตกกระ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 9.36 เป็น 16.60 และ 16.53 ในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยคะแนนระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ลดลงเล็กน้อย (Mean difference = -0.07, p<0.001) แต่ยังสูงกว่าระดับก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะฟันตกกระของผู้ปกครองในการป้องกันภาวะฟันตกกระในเด็กประถมศึกษาตอนต้น ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 (n=45)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะฟันตกกระ	Mean (ก่อน)	Mean (หลัง)	Mean difference	p-value
พฤติกรรมการใช้น้ำดื่มอย่างปลอดภัย				
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4	8.36	17.42	9.06	<0.001
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 12	8.36	17.20	8.84	<0.001
หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4 กับหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	17.42	17.20	-0.22	<0.001
พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลช่องปากที่เหมาะสม				
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4	9.02	17.36	8.34	<0.001
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 12	9.02	17.33	8.31	<0.001
หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4 กับหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	17.36	17.33	-0.03	<0.001
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันภาวะฟันตกกระ				
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4	8.16	13.02	4.86	<0.001
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 12	8.16	12.91	4.75	<0.001
หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4 กับหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	13.02	12.91	-0.11	<0.001
พฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะฟันตกกระ				
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4	9.36	16.60	7.24	<0.001
ก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 12	9.36	16.53	7.17	<0.001
หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4 กับหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	16.60	16.53	-0.07	<0.001

8. ภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้น เด็กประถมศึกษาตอนต้นส่วนใหญ่มีฟันอยู่ในสภาพปกติจำนวน 35 คน (ร้อยละ 77.78) รองลงมาคือกลุ่มที่มีภาวะฟันตกกระในระดับสงสัย 6 คน (ร้อยละ 13.33) และระดับปานกลาง 4 คน (ร้อยละ 8.89) ทั้งก่อนและหลังการทดลองมีสัดส่วนของภาวะฟันตกกระในแต่ละระดับเท่าเดิม แสดงให้เห็นว่า ในช่วงระยะเวลาติดตามผลของการศึกษา ยังไม่พบความแตกต่างของภาวะฟันตกกระ ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้นในการประเมินครั้งที่ 1 ($\overline{X}$ = 0.24, SD = 0.58) และครั้งที่ 2 ($\overline{X}$ = 0.24, SD = 0.58) ไม่แตกต่างกัน แสดงว่าไม่พบการเปลี่ยนแปลงของภาวะฟันตกกระระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้นในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค และประเมินผลของแนวปฏิบัติต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันของผู้ปกครอง รวมทั้งภาวะฟันตกกระทางคลินิกของเด็ก ผลการศึกษาโดยภาพรวมพบว่าแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระของ เด็กประถมศึกษาตอนต้นในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค สามารถเพิ่มคะแนนความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคงอยู่จนถึงสัปดาห์ที่ 12 ขณะที่ภาวะฟันตกกระ ทางคลินิกของเด็กยังไม่เปลี่ยนแปลงในระยะเวลาติดตามครั้งนี้ ทั้งนี้สามารถอภิปรายผลตามสมมุติฐาน การวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. ภายหลังได้รับแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้นในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค ผู้ปกครองจะมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะฟันตกกระสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยของผู้ปกครองหลังได้รับแนวปฏิบัติทั้งในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำลดลงจนไม่พบในระยะติดตาม แสดงว่าแนวปฏิบัติสามารถยกระดับความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับภาวะฟันตกกระได้ตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ซึ่งชี้ว่าพื้นที่ที่มีระดับฟลูออไรด์สูงมักมีช่องว่างด้านความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับฟันตกกระ และเสนอให้มีการจัดโปรแกรมให้ความรู้เฉพาะพื้นที่ [9,10] การที่คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและคงอยู่ในระยะ 12 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นตอบโจทย์ข้อเสนอแนะดังกล่าวได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบแนวคิด KAP (Knowledge–Attitude–Practice) ที่มองว่าความรู้ ที่ถูกต้องและเกี่ยวข้องกับบริบทเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมด้านสุขภาพ [11]การออกแบบเนื้อหาในแนวปฏิบัติครั้งนี้มุ่งเชื่อมโยงข้อมูลทางวิชาการเรื่องฟลูออไรด์และฟันตกกระกับสภาพจริงของพื้นที่ เช่น การเป็นภูเขาหินปูนทำให้ฟลูออไรด์ละลายลงสู่แหล่งน้ำใต้ดิน ระดับฟลูออไรด์ในน้ำสูงเกินเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ [4] และวิถีชีวิตของครัวเรือนที่ดื่มน้ำบรรจุขวดแต่ยังใช้น้ำประปาในการแปรงฟันและประกอบอาหาร การใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและสื่อประกอบที่เหมาะสมกับผู้ปกครอง จึงช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจกลไกการเกิดภาวะฟันตกกระและความเสี่ยงของบุตรหลานได้ชัดเจนขึ้น

2. ภายหลังได้รับแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้นในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค ผู้ปกครองจะมีคะแนนความเชื่อด้าน

สุขภาพในการป้องกันภาวะฟันตกกระสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครองทั้งคะแนนรวมและรายด้าน (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการทดลอง และยังคงอยู่ในระดับสูงในสัปดาห์ที่ 12 เป็นไปตามสมมุติฐานที่ 2 ที่ตั้งไว้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Health Belief Model (HBM) ในซึ่งใช้เป็นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดย HBM อธิบายว่าการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น ต้องเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อโรค (perceived susceptibility) ตระหนักถึงความรุนแรงของผลกระทบ (perceived severity) มองเห็นประโยชน์ของการป้องกัน (perceived benefits) และเชื่อว่าตนสามารถจัดการกับอุปสรรคต่าง ๆ ได้ (perceived barriers) ควบคู่กับการได้รับสัญญาณกระตุ้นและการมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (self-efficacy) [10,13] แนวปฏิบัติในงานวิจัยนี้ถูกออกแบบให้ตอบองค์ประกอบดังกล่าวอย่างเป็นระบบ เช่น การนำเสนอข้อมูลระดับฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำของแต่ละพื้นที่เปรียบเทียบกับเกณฑ์ WHO [14] เพื่อเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยง การให้เห็นภาพผลกระทบของภาวะฟันตกกระต่อรูปลักษณ์ความมั่นใจ และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของเด็ก [2,3] เพื่อเพิ่มการรับรู้ความรุนแรง การอธิบายประโยชน์ของการเลือกน้ำดื่มที่ปลอดภัยและการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างเหมาะสม เพื่อเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการช่วยกันหาแนวทางลดอุปสรรคในชีวิตจริงของครัวเรือน เพื่อเสริมการรับรู้อุปสรรคและ self-efficacy ผลที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ใช้ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Health Belief Model (HBM) ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองและพบว่าคะแนนความเชื่อและเจตคติด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการแทรกแซง [15]

3. ภายหลังได้รับแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้นในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค ผู้ปกครองจะมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะฟันตกกระสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะฟันตกกระของผู้ปกครองทั้งคะแนนรวมและรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการเลือกแหล่งน้ำดื่มที่ปลอดภัย การใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลช่องปากที่เหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพช่องปากของบุตรหลาน และการแสวงหาข้อมูล/การมีส่วนร่วมในการป้องกัน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับแนวปฏิบัติ และแม้คะแนนจะลดลงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบระหว่างสัปดาห์ที่ 4 กับ 12 แต่ยังคงอยู่ในระดับสูงและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างชัดเจน สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ 3 ผลดังกล่าวสะท้อนความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ตามกรอบ KAP ที่ระบุว่าการเสริมสร้างความรู้และปรับกรอบความเชื่อจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทิศทางที่เหมาะสม [8] และสอดคล้องกับแนวคิด Social Cognitive Theory ของ Bandura ที่มองว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (แบบอย่างและแรงสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียน และบุคลากรสาธารณสุข) และปัจจัยด้านพฤติกรรม (ประสบการณ์การปฏิบัติจริง) [7]

ในงานวิจัยนี้ การพัฒนาแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้นในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค ไม่เพียงแค่การให้ความรู้เท่านั้น มีการผสมผสานการสาธิตการดูแลสุขภาพช่องปาก การทดลองอ่านค่าฟลูออไรด์ในยาสีฟันให้เหมาะสม การเลือกน้ำบริโภคที่เหมาะสม การฝึกปฏิบัติแปรงฟันให้ถูกต้อง และการติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องจากครูและบุคลากรทันตสาธารณสุข จึงช่วยให้ผู้ปกครองมีทั้งความรู้ ทักษะ และแรงเสริม

ทางสังคม ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสมและคงอยู่ในระดับสูง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับรายงานของ Amin และ Harrison [10] ที่พบว่าความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อมั่นของผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการดูแลและพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปากของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ

4. ภายหลังได้รับแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระของเด็กประถมศึกษาตอนต้นในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค เด็กประถมศึกษาตอนต้นจะมีภาวะฟันตกกระลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ระดับภาวะฟันตกกระของเด็กตามดัชนี Dean's index ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้สมมุติฐานที่ 4 ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์ไว้ในระยะเวลาติดตาม 12 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณากลไกการเกิดภาวะฟันตกกระซึ่งเป็นผลจากการได้รับฟลูออไรด์เกินในช่วงที่ฟันกำลังก่อตัวและเมื่อตัวฟันขึ้นในช่องปากแล้วความผิดปกติของเคลือบฟันจะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ [2,3] ผลลัพธ์ดังกล่าวจึงสอดคล้องกับธรรมชาติของโรคและไม่ถือเป็นความล้มเหลวของแนวปฏิบัติ ในมุมมองเชิงสาธารณสุข ผลของแนวปฏิบัติในครั้งนี้จึงควรถูกตีความว่าเป็นการแทรกแซง "ปัจจัยเสี่ยงต้นน้ำ" คือการลดโอกาสการสัมผัสฟลูออไรด์เกินขนาดผ่านพฤติกรรมของผู้ปกครอง ซึ่งคาดว่าจะส่งผลชัดเจนต่อการลดการเกิดฟันตกกระในเด็กกลุ่มที่ยังอยู่ในระยะสร้างฟันหรือเด็กที่จะเกิดใหม่มากกว่าที่จะทำให้ระดับฟันตกกระของเด็กที่มีความผิดปกติแล้วเปลี่ยนแปลงไปในระยะสั้น ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกและข้อเสนอของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่เน้นการดำเนินมาตรการเชิงรุกเพื่อลดการสัมผัสฟลูออไรด์เกินขนาดในระดับครัวเรือนและชุมชนควบคู่กับการควบคุมระดับฟลูออไรด์ในระบบน้ำดื่ม [1,4,9]

ดังนั้น แม้สมมุติฐานที่ 4 จะไม่เป็นไปตามคาดในช่วงเวลาการติดตาม 12 สัปดาห์ แต่ผลลัพธ์ที่ได้ยืนยันว่าแนวปฏิบัติสามารถปรับเปลี่ยนความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมของผู้ปกครองซึ่งเป็นปัจจัยชี้ขาดต่อความเสี่ยงในรุ่นถัดไปได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการลดภาระภาวะฟันตกกระในระยะยาวและสนับสนุนให้มีการขยายผลแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในพื้นที่ฟลูออไรด์สูงอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการจากผลการวิจัย

1.1 ควรนำแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของแผนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์สูง โดยบูรณาการผ่านโรงเรียนและหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันในผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรจัดให้มีระบบสื่อสารความเสี่ยงและเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนให้ผู้ปกครองสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

2.1 ควรดำเนินการวิจัยโดยใช้แบบแผนที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ (control group) และติดตามผลในระยะยาวมากกว่า 12 สัปดาห์ เพื่อประเมินผลเชิงสาเหตุของแนวปฏิบัติต่อการลดการเกิดภาวะฟันตกกระในระยะยาวได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจมุมมองของผู้ปกครอง ครู และบุคลากรสาธารณสุขต่ออุปสรรคและปัจจัยเอื้อต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ จะช่วยให้สามารถปรับเนื้อหาและวิธีการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุขในการป้องกันภาวะฟันตกกระให้ตอบสนองต่อบริบทจริงได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี จากหลายๆ ฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณ แพทย์หญิงธัญญารัตน์ สิทธิวงศ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย บุคลากรทันตแพทย์ ผู้อำนวยการโรงเรียน คณะครู ในพื้นที่ที่ศึกษางานวิจัย ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จนการวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จตลอดจนบุคคลต่าง ๆ ที่ให้ความช่วยเหลืออีกมากที่ผู้วิจัยไม่สามารถกล่าวนามได้หมดในที่นี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและความปรารถนาดีของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบคุณไว้ในโอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.(2560). รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/dental2/n2423_3e9aed89eb9e4e3978640d0a60b44be6_survey8th_2nd.pdf
2. DenBesten P, Li W.(2011). Chronic fluoride toxicity: dental fluorosis. Monogr Oral Sci. 2011;22:81-96.
3. Fejerskov O, Manji F, Baelum V. The nature and mechanisms of dental fluorosis in man. J Dent Res. 1990;69(Spec No):692-700.
4. World Health Organization.(2011). Guidelines for drinking-water quality. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 2011.
5. กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.(2565). รายงานสถานการณ์ภาวะฟันตกกระและระดับฟลูออไรด์ จังหวัดสุโขทัย พ.ศ. 2565. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2565.
6. กรมอนามัย.(2565). แนวทางการจัดการพื้นที่เสี่ยงฟลูออไรด์สูงในน้ำบริโภค พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
7. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร.(2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด; 2553.
8. Bloom BS, editor.(1956). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay; 1956.
9. Bureau of Dental Health, Department of Health.(2018). The Eighth Thailand National Oral Health Survey 2017. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018.
10. Rosenstock I M.(1974). Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328-35.
11. Launiala A.(2009). How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in Malawi. Anthropol Matters. 2009;11(1):1-13.
12. Bandura A.(1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1986.
13. Becker M H.(1974). The Health Belief Model and personal health behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):324-508.
14. Petersen P E, Lennon M A.(2004). Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. Community Dent Oral Epidemiol. 2004;32(5):319-21.
15. Amin M S, Harrison R L.(2009). Understanding parents' oral health behaviors for their young children. Qual Health Res. 2009;19(1):116-27.

การพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย: บริบทครอบครัวและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

Development of Play Patterns to Promote Language Development in Early Childhood: Within Family and Preschool Contexts.

(Received: December 11,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

ศิริขวัญ แซ่เฮ่า[1] ศิริพรรณ กุลดี[2]
Siriwan Saehao[1] Siriphan Kuldee[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย : บริบทครอบครัวและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการในการจัดรูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัยฯ เพื่อพัฒนารูปแบบการเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัยฯ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัยฯ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ดูแลเด็กตั้งแต่อายุ 2 - 5 ปี ของอำเภอเขาพนม จำนวน 12 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง และผู้ปกครองเด็ก 2 - 5 ปี ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน 150 คน ระยะของการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเล่นในเด็กปฐมวัยอายุ 2 - 5 ปี จำนวน 180 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และสุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของเด็กอายุ 2 - 5 ปี วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการด้านภาษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired sample t-test

ผลการเปรียบเทียบข้อมูล พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการด้านภาษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการด้านภาษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับนวัตกรรม ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: รูปแบบการเล่น เด็กปฐมวัย พัฒนาการด้านภาษา

Abstract

The study on the development of play patterns to promote language development in early childhood, within family and preschool context, aimed to: 1) Investigate the situation, problems, and needs in organizing play models to promote language development in early childhood. 2) Develop play models that promote language development in early childhood. 3) Evaluate the effectiveness of the developed play models for promoting language development in early childhood. For the phase involving the evaluation of the effectiveness of the play models, the sample consisted of 180 early childhood children aged 2-5 years, divided into an experimental group and a control group. The sample size was determined using the participants were selected using purposive sampling. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation for general information of children aged 2 - 5 years. The comparison of the mean scores for language development between the experimental and control groups was analyzed using the Paired-Sample t-test.

The comparison of the data revealed that the mean scores for language development were statistically significantly different at the .05 level. Similarly, the mean scores for language development between the experimental

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

group and the control group following the intervention (using the innovation) were also statistically significantly different at the .05 level.

Keywords: Play Activities Model, Preschooler, Language development

บทนำ

ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากร มนุษย์ ประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต มีเป้าหมายสำคัญ คือ การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพ คนไทยทุกช่วงวัย ดังนั้นการพัฒนาคนให้เติบโตอย่างมีคุณภาพจำเป็นต้องเริ่มต้นตั้งแต่ช่วงปฐมวัย คือตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 5 ปี เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดของการเจริญเติบโตทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยเฉพาะด้านสมองซึ่งเติบโตร้อยละ 80 ของผู้ใหญ่ การลงทุนในเด็กปฐมวัยในสังคมจึงคุ้มค่าและให้ผลตอบแทนสูงถึง 6.7 - 17.6 เท่า[1] สอดคล้องกับนักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบลระดับโลก “ศ.ดร.เจมส์ เจ เฮคแมน” ระบุว่าการลงทุนในเด็กปฐมวัยผลตอบแทนในระยะยาวกลับคืน 7 – 10 เท่า[2] การพัฒนาเด็กปฐมวัยให้เก่ง ดี มีความสุข และมีพัฒนาการสมวัย ต้องอาศัยความร่วมมือของพ่อแม่ ผู้อบรมเลี้ยงดู ครู และบุคคลที่เกี่ยวข้อง หากผู้ดูแลเด็กให้การเลี้ยงดูที่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กจะพัฒนาความสามารถของตนได้อย่างเต็มศักยภาพ แต่หากเด็กมีพัฒนาการล่าช้าด้านใดด้านหนึ่งอาจส่งผลให้พัฒนาการในด้านอื่น ๆ ไม่สมวัยตามไปด้วย[3] ซึ่งส่งผลร้ายแรงต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมในอนาคต จากการสำรวจของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าเด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน (ร้อยละ 45.75) และ 2 ปี 6 เดือน (ร้อยละ 83.05) มีพัฒนาการล่าช้าในด้านการเข้าใจภาษามากที่สุด และเด็กอายุ 3 - 5 ปี มีพัฒนาการด้านภาษาและการใช้ภาษาสมวัยน้อยที่สุด ร้อยละ 79.40[4] สอดคล้องกับการศึกษาของจีระวรรณ ศรีจันทร์ไชยและคณะ[5] ที่พบว่าเด็กมีปัญหาพัฒนาการทางภาษา และพูดช้ากว่าวัย เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยในเด็กปฐมวัย โดยพบเด็กที่มีพัฒนาการด้านภาษาหรือพูดช้า ประมาณร้อยละ 5 - 8 ของเด็กอายุ 2-5 ปี ส่วนใหญ่พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 2 - 3 เท่า ซึ่งลักษณะความบกพร่องที่สังเกตได้คือ ไม่ค่อยเข้าใจคำพูด ไม่พูดหรือเริ่มพูดคำที่มีความหมายได้ช้ากว่าเด็กในวัยเดียวกัน โดยอาจเกิดจากสติปัญญาบกพร่องหรือพัฒนาการช้า หรือเกิดจากขาดการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาและการพูดคุยจากครอบครัว ครูผู้ดูแลเด็กและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เด็กมีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาและการพูดที่ช้ากว่าวัยหากไม่ได้รับการช่วยเหลือทันในช่วงเวลาการเรียนรู้ที่สำคัญ[6]

จังหวัดกระบี่ได้ดำเนินการโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมาตั้งแต่ปี 2558 การดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของจังหวัดกระบี่ที่ผ่านมา มีการดำเนินการตามกิจกรรมการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือ (DSPM) ในสถานบริการ ชุมชน และในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีการสนับสนุนให้พ่อแม่ ครูผู้ดูแลเด็กและชุมชน มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย ผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 0 - 5 ปี จังหวัดกระบี่ในปี 2566 (ผลงาน HDC 2566) เด็กได้รับการตรวจพัฒนาการ 18,474 คน จากเด็กกลุ่มเป้าหมาย 19,338 คน คิดเป็นความครอบคลุมของการตรวจพัฒนาการ ร้อยละ 95.53 พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 5,033 คน (ร้อยละ 27.24) ช่วงวัยที่พบสงสัยล่าช้ามากที่สุดคือ ช่วง 42 เดือน (ร้อยละ 29.33) 30 เดือน (ร้อยละ 29.18) และ 60 เดือน (ร้อยละ 26.87) ตามลำดับ พัฒนาการสงสัยล่าช้าที่พบมากที่สุดคือ ด้านการใช้และเข้าใจภาษา สูงถึงร้อยละ

63.77 โดยกรมอนามัยก็ยืนยันว่าเด็กอายุ 0 - 2 ปี มีพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ 22.00 แต่เด็กอายุ 3 - 5 ปี มีพัฒนาการไม่สมวัยสูงถึงร้อยละ 34.0 โดยเฉพาะพัฒนาการใช้และเข้าใจภาษาเช่นกัน นอกจากนี้ ผู้ปกครองและครูในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสมกับพัฒนาการตามวัย ส่งผลให้เด็กขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นผ่านการเล่นที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sangsomritphon et al., 2566[7] ที่พบว่ารูปแบบการเล่นที่เหมาะสมกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในบริบทครอบครัวและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยยังมีจำกัด และขาดการบูรณาการระหว่างการเล่นกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ อย่างเป็นระบบการพัฒนารูปแบบการเล่นที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยต้องคำนึงถึงบริบทของครอบครัวและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เนื่องจากทั้งสองสถาบันมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า การส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยมีหลายหลายวิธี แต่ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการที่มีประสิทธิภาพควรมีผลต่อความรู้และการปฏิบัติของมารดา ผู้เลี้ยงดูเด็ก ครอบครัว และครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (มาลี เอื้ออำนวยและคณะ, 2564)[8] นอกจากนี้มีการศึกษารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทยช่วงอายุ 2-6 ปี ในบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ผลการศึกษากลุ่มเปรียบเทียบมีพัฒนาการสมวัยและคะแนนเฉลี่ยพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับรูปแบบการเล่น โดยพ่อแม่ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก ดังนั้นบุคคลดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเล่นอย่างเหมาะสมที่จะส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก[9] สอดคล้องกับการศึกษาของเจตต์ชัญญา บุญเฉลียว & และคณะ[10] ชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในการจัดกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสม สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อมีการออกแบบกิจกรรมการเล่นที่สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ และการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก อายุ 2-3 ปี ของจิราภรณ์ แสงพาราและคณะ, 2560 และคณะ[11] ที่พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัย 2 - 3 ปี มีคะแนนการใช้ภาษาเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การใช้ภาษาหรือการพูดของเด็ก เป็นการสื่อสารที่เด็กใช้ในการติดต่อหรือตอบโต้ โดยการเรียนรู้ของเด็กได้รับอิทธิพลจากพ่อ แม่ และครู จากกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การพูดสนทนา การวาด การเขียน การอ่าน รวมถึงการเล่นที่ช่วยในการเรียนรู้ภาษาของเด็ก นอกจากนั้นการเล่นช่วยให้เด็กได้สำรวจ ทดลอง และเรียนรู้เกี่ยวกับโลกรอบตัว ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาทักษะทางภาษา[12] การเล่นยังเปิดโอกาสให้เด็กได้ฝึกฝนการใช้ภาษาในบริบทที่หลากหลาย ทั้งการพูดคุย การเล่าเรื่อง และการแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาให้มีประสิทธิภาพทั้งสิ้น

ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยด้านส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จึงสนใจศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย : บริบทครอบครัวและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เนื่องจากการทบทวนงานวิจัยข้างต้น พบว่าเด็กในช่วงวัย 2-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านที่พบมากที่สุดคือด้านภาษา และเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดังนั้น พ่อแม่ ผู้ปกครองและครูจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย มาออกแบบรูปแบบการเล่น โดยใช้แนวคิด “เด็กไทย

เล่นเปลี่ยนโลก Model”[13] พัฒนารูปแบบการเล่นโดยจัดกระบวนการเล่นแบบโรงเรียน พ่อแม่ และบูรณาการกิจกรรมจากคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ DSPM ของกรมอนามัย โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะสามารถนำไปใช้ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัยให้เป็นไปตามวัย ซึ่งคำตอบที่ได้จากงานวิจัยชิ้นนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ครู รวมถึงชุมชน ที่สามารถนำรูปแบบไปใช้ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย ได้ง่ายขึ้นและช่วยให้เด็กเติบโตได้อย่างเต็มศักยภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการในการจัดรูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย บริบทครอบครัวและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย บริบทครอบครัวและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย บริบทครอบครัวและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการในการจัดรูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย บริบทครอบครัวและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยการเก็บข้อมูล
เชิงคุณภาพ และ เชิงปริมาณ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ให้ข้อมูล คือ ครูผู้ดูแลเด็ก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ดูแลเด็กตั้งแต่อายุ 2 - 5 ปี ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย อำเภอเขาพนม จำนวน 12 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยละ 4 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก เป็นครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ดูแลเด็ก ตั้งแต่ 2 - 5 ปี ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี ยินดีเข้าร่วมโครงการจนเสร็จสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) สร้างข้อคำถามให้สอดคล้องกับสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการในการจัดรูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยได้ดัชนีความเที่ยงตรงค่า CVI = .90

กลุ่มที่ 2 ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็ก 2-5 ปี ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่ดูแลเด็กตั้งแต่อายุ 2-5 ปี ในอำเภอเขาพนม จำนวน 3 แห่ง ผู้ปกครอง 1 คน ต่อ เด็ก 1 คน ผู้ปกครองทั้งหมด 300 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 150 คน ครอบคลุมประชากรได้ดี (50%) ซึ่งเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ (ความเชื่อมั่น 95%) สามารถจัดการได้ในทางปฏิบัติ โดยแจกแบบสอบถามเผื่อความไม่สมบูรณ์เพิ่มไปอีก 50% รวมเป็น 200 ชุด ดังนั้นสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจะได้แห่งละ 67 ชุด

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย โดยใช้ข้อค้นพบจากระยะที่ 1 มาพัฒนาโดยผู้วิจัยอ้างอิงทฤษฎีและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็กตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน

ระยะที่ 3 ทดลองรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นระยะเวลา 3 เดือน

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา ผ่านการวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์คุณสมบัติ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็กช่วง อายุ 2 - 5 ปี ที่มีความเข้าใจข้อคำถามที่ใช้ในการประเมิน และเด็กอายุ 2 - 5 ปี ที่ประเมินด้วยคู่มือ DSPM ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในอำเภอเขาพนม จำนวน 3 แห่ง และเด็กไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึ่งส่งผลกระทบต่อความจำที่นำมาใช้งาน ได้แก่ Intellectual disability, Down syndrome, Autistic spectrum disorder, ADHD เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 2 – 5 ปี จำนวน 180 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 90 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 90 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็ก 2 - 5 ปี จำนวน 320 คน ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่รับดูแลเด็กตั้งแต่ 2 - 5 ปี

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้ตัวอย่างจำนวน 180 คน (เผื่อความไม่สมบูรณ์ของกลุ่มตัวอย่าง) สุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 180 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 90 คน จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดเขาพนม กลุ่มควบคุม 90 คน จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสินปุน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลเขาพนม แห่งละ 45 คน

เกณฑ์การคัดเข้า1) เด็กที่มีอายุระหว่าง 2 - 5 ปี ที่มีพัฒนาการปกติหรือผลการประเมินพัฒนาการไม่ผ่านซึ่งมีหัวข้อพัฒนาการด้านการใช้ภาษา และการเข้าใจภาษาร่วมด้วย 2) ไม่มีโรคทางพันธุกรรมหรือโรคที่มีผลต่อพัฒนาการ ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม ความพิการทางสมอง ออทิสติก 3) ผู้เลี้ยงดูเด็กยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1) เด็กที่มีผลการประเมินพัฒนาการไม่ผ่านในหัวข้อในช่วงอายุต่ำกว่าช่วงอายุของตนเอง 2) ผู้เลี้ยงดูเด็กปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย 3) ผู้เลี้ยงดูเด็กหรือเด็กปฐมวัยย้ายที่อยู่อาศัยออกจากพื้นที่ระหว่างเข้าร่วมการวิจัย 4) ผู้เลี้ยงดูเด็กหรือเด็กปฐมวัยเกิดความเจ็บป่วยระหว่างเข้าร่วมวิจัย จนเป็นอุปสรรคไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การศึกษาของพ่อ การศึกษาของแม่ ประวัติการตั้งครรภ์ของแม่ ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (ทุกการตั้งครรภ์) ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก ผู้เลี้ยงดูหลักของเด็ก (ผู้ที่ใช้เวลาอยู่กับเด็กเป็นส่วนใหญ่) เพศของผู้เลี้ยงดูหลัก การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลักส่งเด็กเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตั้งแต่อายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเด็ก จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ วัน เดือน ปีเกิดของเด็ก น้ำหนักแรกเกิดของเด็กเป็นกิโลกรัม อายุปัจจุบันของเด็ก สถานที่คลอด เพศเด็ก พื้นฐานอารมณ์ของเด็กตามความคิดเห็นของผู้เลี้ยงดูหลักโรคประจำตัวของเด็ก เด็กเริ่มพูดได้ 2 คำขึ้นไป เช่น กินข้าว อาบน้ำ ตอนอายุ เด็กใช้เวลาในการเล่นเฉลี่ยวันละกี่นาที เด็กมีการสัมผัสและเล่น แท็บเล็ต หรือโทรศัพท์มือถือ ตั้งแต่อายุเท่าไร เด็กใช้เวลากับแท็บเล็ต หรือ มือถือ โทรศัพท์มือถือ วันละกี่ชั่วโมงกี่นาที

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพัฒนาการเด็ก 2 - 5 ปี โดยใช้ข้อคำถามจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ของกรมอนามัย ประเมินเด็กตามช่วงอายุของเด็ก แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการเคลื่อนไหว (GM) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM)

ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ด้านการใช้ภาษา (EL) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS)

การรวบรวมข้อมูล

1. ให้แบบสอบถามกับครูผู้ดูแลเด็กแห่งละ 67 ชุด เพื่อแจกแบบสอบถามให้กับผู้ปกครอง และรวบรวมกลับให้กับผู้วิจัยภายใน 14 วัน

2. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามทั้งหมด เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามเรียบร้อย ตรวจสอบแบบสอบถามที่ได้รับแล้วคิดเฉพาะแบบสอบถามที่สมบูรณ์

การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา ความต้องการ โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จำนวน 150 คน เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบ Focus Group กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คน ประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมด้วยวิธี วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยการวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการได้รับนวัตกรรมรูปแบบการเล่น (pretest – post test design) ประเมินพัฒนาการกลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัย ในกลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 90 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 90 คน ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของเด็กไทยอายุ 2 - 5 ปี วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการด้านภาษา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างสำหรับกลุ่มทดลอง พบว่าการศึกษาของพ่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช. ร้อยละ 66.7 ด้านการศึกษาของแม่อยู่ระดับมัธยมศึกษา และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 57.8 และ 24.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เลือกตั้งครรภ์เพียง 2 ครั้ง ร้อยละ 42.2 และเลือกมีบุตรเพียง 2 คน ร้อยละ 46.7 ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 91.1 จากข้อมูลขณะตั้งครรภ์พบมีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 10.0 ของกลุ่มตัวอย่าง รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 51.1 สถานภาพของพ่อแม่ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 87.8 ขณะเดียวกันผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่คือแม่ ร้อยละ 74.4 ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.1 ระดับการศึกษาอยู่ในช่วงมัธยมศึกษาหรือ ปวช. ร้อยละ 51.1 ด้านกลุ่มตัวอย่างได้เข้าสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 2 ปี – 2 ปี 6 เดือน ร้อยละ 51.1 มีน้ำหนักแรกเกิดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2,500 กรัมขึ้นไป – 3,000 กรัม และช่วง 3,000 กรัมขึ้นไป – 3,500 กรัมร้อยละ 44.4 และ 37.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างคลอดในโรงพยาบาลในจังหวัดกระบี่ ร้อยละ 91.2 ช่วงอายุที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง อายุ 3 ปีขึ้นไป ขณะที่มีบางกลุ่มที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการในช่วงอายุ 2 ปี ไม่เกิน 3 ปี ร้อยละ 8.9 เพศของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.1 พื้นฐานอารมณ์ของเด็กตามความเห็นของผู้

เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นเด็กเลี้ยงง่าย ร้อยละ 83.3 เด็กมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 91.1 ซึ่งเด็กเริ่มพูดได้ตั้งแต่ 2 คำขึ้นไป ในช่วงอายุ 1 ปี ขึ้นไป - 2 ปี ร้อยละ 61.1 และมีภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วน ร้อยละ 63.3

กลุ่มทดลองใช้เวลาในการเล่นใน 1 วัน ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 30.0 และมีกลุ่มที่ใช้เวลาเล่นในช่ว 2 ชั่วโมง 30 นาทีขึ้นไป – 3 ชั่วโมง และ 1 ชั่วโมง 30 นาทีขึ้นไป – 3 ชั่วโมง ร้อยละ 20.0 และ 18.9 ตามลำดับ ช่วงอายุที่เริ่มสัมผัสหน้าจอ คือช่วงอายุ 2 ปีขึ้นไป – 2 ปี 6 เดือน ร้อยละ 27.8 โดยระยะเวลาที่ใช้ในการสัมผัสจอส่วนใหญ่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 35.6

ด้านกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม พบว่าการศึกษาของพ่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช. ร้อยละ 56.7 ด้านการศึกษาของแม่อยู่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 65.6 ส่วนใหญ่มีการตั้งครรภ์ 2 ครั้ง ร้อยละ 30.0 มีบุตร 1 คน และ 2 คน ร้อยละ 30.0 เช่นเดียวกัน มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 82.2 จากข้อมูลขณะตั้งครรภ์พบมีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 10.0 ของกลุ่มตัวอย่าง รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 51.1 สถานภาพของพ่อแม่ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 84.4ขณะเดียวกันผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่คือแม่ ร้อยละ 80.0 ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 ระดับการศึกษาอยู่ในช่วงมัธยมศึกษาหรือ ปวช. ร้อยละ 51.1 ด้านกลุ่มตัวอย่างได้เข้าสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 2 ปี – 2 ปี 6 เดือน ร้อยละ 56.7 มีน้ำหนักแรกเกิดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2,500 กรัมขึ้นไป – 3,000 กรัม และช่วง 3,000 กรัมขึ้นไป – 3,500 กรัม ร้อยละ 43.3 และ 37.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างคลอดในโรงพยาบาลในจังหวัดกระบี่ ร้อยละ 96.7 เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.1 ช่วงอายุที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง อายุ 4 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.6 และช่วงอายุ 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.4 พื้นฐานอารมณ์ของเด็กตามความเห็นของผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นเด็กเลี้ยงง่าย ร้อยละ 83.3 เด็กมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 91.1 ซึ่งเด็กเริ่มพูดได้ตั้งแต่ 2 คำขึ้นไป ในช่วงอายุ 1 ปี ขึ้นไป - 2 ปี ร้อยละ 70.0 และมีภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วน ร้อยละ 61.1

กลุ่มควบคุมใช้เวลาในการเล่นใน 1 วัน ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 30.0 และมีกลุ่มที่ใช้เวลาเล่นในช่ว 2 ชั่วโมง 30 นาทีขึ้นไป – 3 ชั่วโมง ร้อยละ 21.1 ช่วงอายุที่เริ่มสัมผัสหน้าจอ คือช่วงอายุ 1 ปี – 1 ปี 6 เดือน และช่ว 1 ปี 6 เดือน – 2 ปี ร้อยละ 32.2 และ 31.1 โดยระยะเวลาที่ใช้ในการสัมผัสจอส่วนใหญ่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 75.6

พัฒนาการด้านภาษาก่อนและหลังให้นวัตกรรมในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ การให้นวัตกรรมมีผลต่อพัฒนาการด้านภาษาของกลุ่มตัวอย่าง

พัฒนาการด้านภาษาก่อนและหลังให้นวัตกรรม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้น มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ การให้นวัตกรรมมีผลต่อพัฒนาการด้านภาษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง

สรุป

จากผลการศึกษาในระยะที่ 1

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ปกครองเพศหญิง ร้อยละ 72.7 ในอยู่ช่วงอายุ 25 – 35 ปี ร้อยละ 44.7 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช. ร้อยละ 48.0 และจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 31.3 และประกอบอาชีพทำสวนเป็นอันดับรองลงมา ร้อยละ 30.7 ในส่วนของกลุ่มเด็กปฐมวัยนั้นเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.0 มีช่วงอายุระหว่าง 4 – 5 ปี ร้อยละ 36.0 มีภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วน ร้อยละ 80.0 โดยส่วนมากเป็นบุตรลำดับที่ 1 ร้อยละ 44.7

ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.6 ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาเล่นนอกบ้านอยู่ระหว่าง 1 – 2 ชั่วโมง ร้อยละ 41.3 ใช้เวลาในการดูโทรทัศน์ เป็นระยะเวลา 1 – 2 ชั่วโมง ร้อยละ 48.0 และใช้เวลาในการเล่นโทรศัพท์หรือแท็บเล็ต น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 80.7 จากข้อมูลยังพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการแสดงออกด้วยการโอบกอด หอมแก้ม แสดงความรักกับเด็ก ร้อยละ 70.7 สนับสนุนให้เด็กมีอารมณ์ร่าเริง แจ่มใส ร้อยละ 50 รวมถึงการสนับสนุนให้เด็กเล่นของเล่นที่ตนเองชอบ หรือเล่นสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ร้อยละ 38.0 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความต้องการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในรูปแบบสื่อการเรียนรู้ เช่น แผ่นพับ วิดิทัศน์ ร้อยละ 88.0 และส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในรูปกิจกรรมการเล่น ร้อยละ 81.3

จากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเด็นพัฒนาการด้านภาษาพบว่า ปัจจุบันเด็กไม่ค่อยพูดคุยสื่อสาร พ่อแม่ไม่มีเวลาให้ ทำให้มีการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ทั้งโทรศัพท์มือถือแท็บเล็ต หรือการเลี้ยงลูกด้วยโทรทัศน์ ส่งผลให้เด็กขาดความอบอุ่น มีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวน้อยลง โดยครูผู้ดูแลเด็กมีการประเมินพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัยด้วยการสังเกตเมื่อเด็กทำกิจกรรมต่าง ๆ สังเกตการณ์ตอบคำถามขณะสนทนา ท่องคำคล้องจองตามที่สอนได้ รวมถึงการประเมินพัฒนาการรายบุคคล โดยใช้เครื่องมือ DSPM และบันทึกการเรียนรู้ใช้ใบงาน สำหรับกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กที่ควรมีและจัดให้กับเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เช่น การเล่นกลางแจ้ง การละเล่นพื้นบ้านต่าง ๆ การใช้คำคล้องจอง ฟังเพลงเล่านิทานประกอบท่าทาง การให้เด็กเล่าเรื่องราวของตนเองให้เพื่อนฟัง จัดกิจกรรมให้เด็กมีส่วนร่วมในการเล่นหรือแสดงความคิดเห็น การเล่นอิสระโดยพ่อแม่มีส่วนร่วม การเล่นแบบกลุ่มและมีการเคลื่อนไหวร่างกาย รวมทั้งให้เด็กได้ทำกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่ง และการเล่นบทบาทสมมติและเล่นเกม เพราะการเล่นมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ช่วยเสริมสร้างทักษะทางภาษา ทำให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ๆ อีกทั้งกิจกรรมการเล่นช่วยส่งเสริมการสนทนาระหว่างเพื่อนและครู กิจกรรมบทบาทสมมติทำให้เด็กได้รู้จักการแก้ปัญหา พัฒนาทักษะการสื่อสารและคำศัพท์ ส่งเสริมการพัฒนาทางด้านสมองและมีความคิดสร้างสรรค์ นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อน ๆ ในระหว่างการเล่น ยังเป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และเสริมสร้างพัฒนาการรอบด้าน การเล่นเป็นการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยตรง และยังช่วยเสริมประสบการณ์ใหม่ๆ ส่งเสริมพัฒนาการในทุกๆ ด้านของเด็กๆ ได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่สนุกสนาน กิจกรรมการเล่นช่วยส่งเสริมให้เด็กได้เรียนรู้ทักษะต่างๆ จากการเล่นและมีพัฒนาการสมวัย อย่างไรก็ตามการเตรียมความพร้อมของครูผู้ดูแลเด็กในการจัดกิจกรรมการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย ทั้งเรื่องความรู้ความสามารถในการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม การเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ตลอดจนสถานพัฒนาเด็กมีพื้นที่ และอุปกรณ์ในการเล่นที่เพียงพอและปลอดภัย เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาประสบความสำเร็จได้อย่างมาก

<u>ระยะที่ 2</u> พัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย โดยใช้ข้อค้นพบจากระยะที่ 1 ทั้งการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา ตลอดจนทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ จนนำไปสู่การออกแบบรูปแบบการเล่น โดยใช้แนวคิด “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก Model” (คู่มือผู้อำนวยการเล่น Play Worker เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก, กรมอนามัย) การเล่นรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ concept 3F ซึ่งประกอบด้วย Family คือ การเล่นกับครอบครัว/เพื่อน พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่มีทักษะ/สร้างแรงจูงใจ

ในการเล่น Free คือ การเปิดโอกาสให้เด็กเล่นอิสระตามความต้องการอยาก จะเล่น Fun คือ การเล่นให้สุข และสนุก พัฒนาเป็นรูปแบบการเล่นโดยจัดกระบวนการแบบโรงเรียนพ่อแม่ และบูรณาการกิจกรรมร่วมกับคู่มือ DSPM ของกรมอนามัยปี 2567 ทำให้เกิดเป็นนวัตกรรมรูปแบบการเล่นที่ชื่อว่า “เล่นสนุก ปลุกภาษา”

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย ไปใช้จริง โดยผู้วิจัยมีการติดตามผลทั้งผ่าน Line สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และลงพื้นที่เยี่ยมติดตามเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งไม่พบปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างขณะใช้นวัตกรรม

ระยะที่ 4 จากการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย บริบทครอบครัวและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย พบว่าพัฒนาการด้านภาษาก่อนและหลังให้นวัตกรรมในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกันพัฒนาการด้านภาษาก่อนและหลังให้นวัตกรรม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ การให้นวัตกรรมมีผลต่อพัฒนาการด้านภาษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย : บริบทครอบครัวและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีประเด็นในการอภิปรายดังนี้

จากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเด็นพัฒนาการด้านภาษา พบว่า ปัจจุบันเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทต่อการเลี้ยงเด็กของพ่อแม่เป็นอย่างมาก ทำให้ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง อย่างไรก็ตามการให้เด็กได้ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ๆ ในชั้นเรียน ถือเป็นการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับแนวคิดของเบอร์เกน (Bergen; 1988 อ้างอิงใน นภเนตร ธรรมบวร 2546 : 125)[14] กล่าวไว้ว่า การเล่นเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิผลที่ช่วยให้ผู้เรียนเรียนมากขึ้นเกี่ยวกับเนื้อหาในหลักสูตร และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ กรแก้ว ทัพมาลัย ที่พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งประกอบด้วย 3 กลวิธีคือ 1) จัดการเรียนการสอนกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามหลักสูตรและแผนการสอนชุดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยครูพี่เลี้ยงเป็นระยะเวลา 6 เดือนติดต่อกัน 2) เฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยครูพี่เลี้ยงเด็กและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง และ 3) ติดตามและเยี่ยมบ้านเด็กที่สงสัย มีพัฒนาการล่าช้า จากการประเมินประสิทธิผล พบว่า ครูพี่เลี้ยงเด็กเกิดความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีขึ้น และทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อให้นวัตกรรมในกลุ่มเด็กปฐมวัยที่เป็นกลุ่มทดลองแล้วพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการด้านภาษามีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ นายวัชรินทร์ แสงสัมฤทธิ์ผล และคณะ[9] ซึ่งมีข้อมูลของนวัตกรรมรูปแบบการส่งเสริมการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาและทักษาของเด็กไทยในศตวรรษที่ 21 โดยหลังได้รับนวัตกรรมรูปแบบการเล่น ส่งผลให้พัฒนาการของเด็กกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และจากกิจกรรมของผู้ปกครองส่วนใหญ่ที่มีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการแสดงออกด้วยการโอบกอด หอมแก้ม แสดงความรักกับเด็ก ร้อยละ 70.7 สนับสนุนให้เด็กมีอารมณ์ร่าเริงแจ่มใส ร้อยละ 50 รวมถึงการสนับสนุนให้เด็กเล่น

ของเล่นที่ตนเองชอบ หรือเล่นสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ร้อยละ 38.0 สอดคล้องกับแนวคิดของลิกอน[15] ที่กล่าวไว้ว่า เด็กในวัยนี้จะมีจินตนาการดี รวมทั้งเด็กในวัยนี้พยายามทดลองแสดงบทบาทหลาย ๆ บทบาทจากการเล่นจินตนาการ เด็กเริ่มเข้าใจถึงความรู้สึกของบุคคลอื่นและเริ่มคิดว่าการกระทำของตนกระทบต่อบุคคลอื่นได้อย่างไรบ้าง นอกจากนี้พ่อแม่ควรให้ความสำคัญของการตั้งคำถามของเด็กและกระตือรือร้นที่จะตอบอย่างง่าย ๆ และตรงความเป็นจริง เด็กในวัยนี้เป็นวัยที่ดีที่สุดที่จะสนับสนุนจินตนาการที่น่าตื่นเต้นแก่ครอบครัวและเพื่อน ๆ ความประทับใจเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยด้วยการวางแผนรวมทั้งการแสดงออกอย่างรอบคอบ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาพฤติกรรม ความต้องการต่อกิจกรรม การเล่นต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มอื่น เพื่อแสดงถึงความแตกต่าง และข้อจำกัดอื่น ๆ จากการได้ใช้กิจกรรมเหล่านั้น

2. ควรศึกษาแนวทางการพัฒนาเครื่องมือเพื่อให้เหมาะสมกับบริบท และให้มีการใช้ในสถานศึกษาอย่างแพร่หลายมากขึ้น

3. การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัยในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Walker, S. P., Chang, S. M., Wright, A. S., Pinto, R., Heckman, J. J., & Grantham-McGregor, S. M.(2022). Cognitive, psychosocial, and behavior gains at age 31 years from the Jamaica early childhood stimulation trial. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines [Internet]. 2022 [cited 27 February 2025]; 626 – 635. Available from: https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.13499
2. สถาบันวิจัยเพื่อการประเมินและออกแบบนโยบาย (RIPED) มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย สถาบันวิจัยเศรษฐกิจป่วยอึ๊งภากรณ์. (2565). กสศ. เผยการบ่มเพาะทักษะเด็กปฐมวัย กุญแจไปสู่การพัฒนาทุนมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ตัวอย่างกฎพาเรโต ทำน้อย แต่ได้ผลลัพธ์มาก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.eef.or.th/news-131122/
3. สุนันท์ทา พิลุน และคณะ.(2565). การพัฒนารูปแบบส่งเสริมพัฒนาการ 0 - 5 ปี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565: 207 – 219.
4. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย.(2560). ผลสุ่มสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยสถาบันพัฒนาอนามัยเด็ก 2560. ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย ครั้งที่ 6 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/th/manuals-of-official/209030
5. จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชยและคณะ.(2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.
6. Amprayoon, Y.(2022). The Effects of Stimulative Process on Language Development for Autistic children with the Involvement of their parents. In Rajanukul Journal. 2022; Issue 2.
7. Sangsomritphon, W., Sriwilai, T., Samart, P., Thongbo, T., & Seunglee, S.(2566). Development of a play-promoting model to promote development among Thai preschool children: In the contexts of households and early childhood development centers. 2566.

8. มาลี เอื้ออำนวยและคณะ.(2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของบิดามารดาและผู้ดูแล อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. APHEIT Journal of Nursing and Health. 2564: 48 – 63.
9. วัชรินทร์ แสงสัมฤทธิ์และคณะ.(2564). Development of a play-promoting model to promote development among Thai preschool children: In the contexts of households and early childhood development centers. 2566.
10. เจตต์ชัญญา บุญเฉลียว, และคณะ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา. วารสารสังคมศาสตร์มานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2564: 53 – 68.
11. จิราภรณ์ แสงพาราและคณะ.(2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3 - 5 ปี จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
12. Prins, J., van der Wilt, F., van Santen, S., van der Veen, C., & Hovinga, D.(2023). The importance of play in natural environments for children's language development: an explorative study in early childhood education. In International Journal of Early Years Education [Internet]. 2023.[cited 27 February 2025]. Available from: https://doi.org/10.1080/09669760.2022.2144147
13. ธนิกา สุจริตวงศานนท์ และคณะ.(2564). คู่มือผู้อำนวยการเล่น (Play worker) เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก [อินเทอร์เน็ต].2564 [เข้าถึงเมื่อ มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dopah.anamai.moph.go.th/th/e-book/3605#wow-book/
14. นภเนตร ธรรมบวร.(2546). ความสำคัญของการเล่น. การพัฒนากระบวนการคิดในเด็กปฐมวัย. 2546: 125.
15. อารี พันธ์มณี.(2543). ลักษณะพัฒนาการทางความคิดสร้างสรรค์. การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์. 2543: 50.

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล Telemedicine และ Nursing care โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

Nursing Care Model for Diabetic Retinopathy Patients with Seamless Continuum of Care through Telemedicine and Nursing Care System at Kumphawapi Hospital, Udonthani Province.

(Received: December 11,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

วราภรณ์ พรมแสน[1]
Waraphon Phomsaen[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับกระบวนการ 3P (Purpose-Process-Performance) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาล ประชากรประกอบด้วย เชิงคุณภาพ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 25 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จำนวน 86 คน ดำเนินการวิจัย 12 เดือน ระหว่างตุลาคม 2567 - กันยายน 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการพยาบาล แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบเก็บข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินความสามารถของตนเอง และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพยาบาลประกอบด้วย 8 องค์ประกอบหลัก คือ การคัดกรองและประเมินกลุ่มเสี่ยง การประเมินครอบคลุมทุกมิติ การวางแผนการดูแลร่วมกัน การให้ความรู้และเสริมสร้างความสามารถของตนเอง การประสานงานภายในทีมสหวิชาชีพ การติดตามต่อเนื่องด้วยระบบ Telemedicine และ Tele-nursing การเข้าถึงบริการตลอด 24 ชั่วโมง และการสนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัว ผลลัพธ์แสดงถึง EI3O พบว่า สมรรถนะพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 3.18 เป็น 4.76 อัตราการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.27 เป็นร้อยละ 96.84 อัตราการมาตามนัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.40 เป็นร้อยละ 91.28 ระยะเวลารอคอยลดจาก 128.40 นาทีเป็น 42.68 นาที ความรู้เพิ่มขึ้นจาก 17.48 เป็น 25.84 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 15.64 เป็น 21.76 คะแนน ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นจาก 128.46 เป็น 174.28 คะแนน ความพึงพอใจ 4.58 คะแนน HbA1c ลดลงจาก 8.42 เป็น 7.24 ร้อยละ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา, Telemedicine, Tele-nursing

Abstract

This action research utilized the 3P process (Purpose-Process-Performance) to examine the situation and problems in caring for diabetic retinopathy patients, develop a nursing care model integrated with seamless continuum of care through Telemedicine and Nursing Care systems, and evaluate the outcomes at Kumphawapi Hospital, Udon Thani Province. The study population comprised qualitative participants including 25 multidisciplinary team members, and quantitative participants including 86 diabetic retinopathy patients. The research was conducted over 12 months from October 2024 to September 2025. Mixed-methods data collection employed both quantitative and qualitative approaches. Research instruments included focus group guidelines, nursing practice guidelines, general information forms, clinical data forms, knowledge assessment tools, self-care behavior assessment tools, diabetes management self-efficacy scales, and satisfaction assessment tools. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed through content analysis.

[1] โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

The findings revealed that the nursing care model comprised 8 core components: screening and risk assessment, comprehensive multidimensional evaluation, collaborative care planning, health education and self-efficacy enhancement, multidisciplinary team coordination, continuous follow-up through Telemedicine and Tele-nursing systems, 24-hour service accessibility, and caregiver and family support. Outcomes demonstrated EI3O framework achievements: nursing competency increased from 3.18 to 4.76, screening rate improved from 77.27% to 96.84%, appointment adherence increased from 65.40% to 91.28%, waiting time decreased from 128.40 to 42.68 minutes, knowledge scores increased from 17.48 to 25.84, self-care behavior scores increased from 15.64 to 21.76, self-efficacy scores increased from 128.46 to 174.28, satisfaction score was 4.58, and HbA1c decreased from 8.42% to 7.24%, all statistically significant at p<.05.
Keywords: Diabetic retinopathy nursing care, Telemedicine, Tele-nursing, Seamless continuum of care, Self-efficacy

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ค.ศ. 2020 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 103.12 ล้านคน และคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2045 จะเพิ่มขึ้นเป็น 160.50 ล้านคน ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวานคือภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการสูญเสียการมองเห็นในวัยทำงาน โดยมีอัตราชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกร้อยละ 22.27 และภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่คุกคามการมองเห็นร้อยละ 6.17 ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดฝอยที่จอประสาทตา หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลาอาจนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร[1]

ประเทศไทยพบสถานการณ์โรคเบาหวานมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยเบาหวานสะสมในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 3.30 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 300,000 คนต่อปี (กรมควบคุมโรค, 2566) ในปี พ.ศ. 2567 มีรายงานว่าผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็น 6.50 ล้านคน หรือ 1 ใน 10 คนของประชากรไทย การตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในประเทศไทยยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย และการเข้าถึงบริการรักษาที่เฉพาะทางยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและโรงพยาบาลชุมชน[2]

จังหวัดอุดรธานี แม้จะไม่มีข้อมูลสถิติโดยตรงแต่จากข้อมูลการศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับประเทศ โดยประมาณการจากอัตราความชุกของโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือคิดเป็นประมาณร้อยละ 8.50-9.00 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป คาดว่าในจังหวัดอุดรธานีซึ่งมีประชากรประมาณ 1.5 ล้านคน น่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 120,000-135,000 คน ในปี พ.ศ. 2565-2567 ปัญหาทางการพยาบาลที่พบได้แก่ การเข้าถึงบริการยังไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเดินทางมาตรวจติดตามได้อย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรค ไม่ทราบถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดด้านเครื่องมือและบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะจักษุแพทย์และเครื่องมือตรวจขั้นสูง รวมทั้งขาดระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องที่เป็นระบบ และผู้ป่วยขาดการเข้าถึงข้อมูลและคำปรึกษาอย่างทันท่วงทีเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยนอกเวลาราชการ ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานที่ส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดฝอยที่จอประสาทตา เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและอาจนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็น แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ยังไม่มีหลอดเลือดเกิดใหม่และระยะที่มีหลอดเลือดเกิดใหม่ ซึ่งเป็นระยะที่คุกคามการมองเห็น การดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ (Seamless Continuum of Care) นั้น ระบบการดูแลสุขภาพที่เชื่อมโยงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและไม่มีช่องว่าง ตั้งแต่การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และการติดตามดูแล โดยมีการประสานงานระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและสถานบริการต่างๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการในแต่ละช่วงเวลาของการเจ็บป่วย การนำระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จะช่วยให้การให้บริการทางการแพทย์โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อเชื่อมโยงการให้บริการระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย หรือระหว่างแพทย์ด้วยกันในสถานที่ห่างไกล ช่วยลดอุปสรรคด้านระยะทาง เวลา และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในขณะที่การพยาบาลทางไกล (Nursing Care) เป็นการให้บริการพยาบาลผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อให้คำปรึกษา ติดตามดูแล ให้ความรู้ และประเมินอาการของผู้ป่วยทางไกล โดยพยาบาลสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงทีแม้อยู่ต่างสถานที่ การใช้ทฤษฎีในการแก้ไขปัญหา เช่น แบบจำลองการดูแลระหว่างช่วงเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model: TCM) แบบจำลองการดูแลระหว่างช่วงเปลี่ยนผ่านเป็นแนวคิดที่พัฒนาโดย Naylor และคณะ เป็นรูปแบบการดูแลที่นำโดยพยาบาล มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในช่วงการเปลี่ยนผ่านระหว่างสถานบริการสุขภาพต่างๆ[3] ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การประเมินสุขภาพอย่างครอบคลุม การวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้และส่งเสริมการจัดการตนเอง การประสานงานระหว่างผู้ให้บริการ การเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ การเข้าถึงบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง การมีความต่อเนื่องในการดูแล และการสนับสนุนผู้ดูแล[4]

การบูรณาการระบบการแพทย์ทางไกลและการพยาบาลทางไกลเข้ากับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อจะช่วยแก้ไขปัญหาทั้งในระดับผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และระดับระบบสุขภาพได้อย่างครอบคลุม การประยุกต์ใช้แบบจำลองการดูแลระหว่างช่วงเปลี่ยนผ่านร่วมกับทฤษฎีความสามารถของตนเองจะช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เพิ่มความมั่นใจในการจัดการโรค และสร้างความต่อเนื่องในการดูแลที่มีคุณภาพ ในขณะที่การใช้เทคโนโลยี telemedicine และ tele-nursing จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระการเดินทาง และเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อำเภอกุมภวาปี จากข้อมูลของโรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 8,502 คน ปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 8,584 คน และปี พ.ศ. 2567 เพิ่มขึ้นเป็น 8,922 คน คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.96 และร้อยละ 3.94 ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและในติดอันดับ 1 ใน 5 อันดับโรคแรกตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่รักษาในคลินิกเบาหวานยังไม่อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม จากการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในโรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรอง 4,884 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.45 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด พบผลผิดปกติ 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.78 ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ได้รับการตรวจคัดกรอง 7,343 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.54 พบผลผิดปกติ 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.56 และปี พ.ศ. 2567 มีผู้ได้รับการตรวจคัดกรอง 6,894 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.27 พบผลผิดปกติ 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.46 แม้ว่าผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติทั้งหมดจะได้รับการให้ความรู้ คำแนะนำ

เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และส่งพบจักษุแพทย์ตามความเหมาะสม แต่ยังพบปัญหาสำคัญในการดำเนินงาน[14]

จากสถานการณ์ปัญหาที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาของระบบบริการปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการบูรณาการแนวคิดการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อเข้ากับระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และต่อเนื่อง ตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา ไปจนถึงการติดตามฟื้นฟู รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจะมุ่งเน้นการเพิ่มการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง ส่งเสริมความรู้และความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว สร้างความต่อเนื่องในการดูแลระหว่างสถานบริการและผู้ให้บริการ และใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีในการเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศที่มุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพและการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการขยายผลสู่โรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน และอาจปรับประยุกต์ใช้กับโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องและการติดตามระยะยาว นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาโดยใช้เทคโนโลยีและแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ในพื้นที่อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล Telemedicine และ Nursing Care โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล Telemedicine และ Nursing Care โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล Telemedicine และ Nursing Care โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการตาม 3P ประกอบด้วย 1) Purpose (วัตถุประสงค์) เป็นขั้นตอนการกำหนดวัตถุประสงค์และการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ศึกษาบริบทของพื้นที่ ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดและองค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาล 2) Process (กระบวนการ) เป็นขั้นตอนการออกแบบและพัฒนารูปแบบการพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว จัดทำคู่มือและแนวทางการปฏิบัติ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ อบรมบุคลากร และนำรูปแบบไปทดลองใช้ 3) Performance (ผลการดำเนินงาน) เป็นขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการพยาบาล โดยติดตามประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และระบบบริการ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบท ระยะเวลา

ในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะเวลา 12 เดือน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย จักษุแพทย์ แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพคลินิกตา พยาบาลวิชาชีพคลินิกเบาหวาน พยาบาลวิชาชีพห้องตรวจจอประสาทตา เภสัชกร นักโภชนาการ และผู้บริหารการพยาบาล เชิงปริมาณในการประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจพบภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกตา โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 จำนวน 111 ราย

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวน 25 คน ประกอบด้วย จักษุแพทย์ จำนวน 2 คน แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพคลินิกตา จำนวน 6 คน พยาบาลวิชาชีพคลินิกเบาหวาน จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพห้องตรวจจอประสาทตา จำนวน 4 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน นักโภชนาการ จำนวน 2 คน และผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 3 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เชิงปริมาณในการประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจพบภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกตา โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 86 ราย โดยคำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วนเมื่อทราบจำนวนประชากร และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกตา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

1.1) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล โดยการจัดกระบวนการกลุ่ม การรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดมาตรการ กำหนดบทบาททีมสหวิชาชีพ ถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข การปรับปรุงมาตรการให้สอดคล้องกับแนวทางใหม่ที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

1.2) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 1) แบบจำลองการดูแลระหว่างช่วงเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model) การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การประเมินสุขภาพอย่างครอบคลุม การวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้และส่งเสริมการจัดการตนเอง การประสานงานระหว่างผู้ให้บริการ การติดตามผ่านระบบ telemedicine และ tele-nursing การเข้าถึงบริการได้ตลอด การมีความต่อเนื่องในการดูแล และการสนับสนุนผู้ดูแล 2) ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) การประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพตา การสร้างประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย การปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตา การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นผ่านกลุ่มผู้ป่วย การให้กำลังใจและการชักจูงด้วยวาจา และการจัดการสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ 3) แนวคิดการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ (Seamless Continuum of Care) การเชื่อมโยงบริการตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา การติดตามฟื้นฟู อย่างต่อเนื่อง การประสานงานระหว่างคลินิกเบาหวานและคลินิกตา การสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการ การใช้

ระบบ telemedicine และ tele-nursing เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความต่อเนื่องในการดูแล

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล และการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศ

2.2) แบบเก็บข้อมูลทางคลินิก จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c, FBS) ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด ค่า BMI ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา ระยะของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ผลการตรวจจอประสาทตา ประวัติการรักษาด้วยเลเซอร์ การนัดตรวจติดตาม และปัจจัยเสี่ยงร่วม

2.3) แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา การควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด การดูแลสุขภาพตา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมจำนวน 30 ข้อ

2.4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การตรวจระดับน้ำตาล การดูแลสุขภาพตา และการเข้ารับบริการตามนัดหมาย รวมจำนวน 25 ข้อ

2.5) แบบประเมินความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเบาหวาน (Diabetes Management Self-Efficacy Scale) ประเมินความมั่นใจของผู้ป่วยในการจัดการโรคเบาหวาน รวมจำนวน 20 ข้อ

2.6) แบบประเมินความพึงพอใจ โดยกำหนดเป็นแบบประเมิน 5 ระดับ แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ กระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ เจ้าหน้าที่และบุคลากรผู้ให้บริการ ระบบ telemedicine และ tele-nursing สิ่งอำนวยความสะดวก ผลลัพธ์และคุณภาพการบริการ การให้ข้อมูลและคำแนะนำ รวมจำนวน 18 ข้อ

2.7) แบบบันทึกการติดตามผลทางระบบ telemedicine และ tele-nursing บันทึกข้อมูลการติดต่อสื่อสาร การให้คำปรึกษา อาการและปัญหาที่พบ การดำเนินการแก้ไข และการนัดหมายครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่ม และแบบเก็บข้อมูล มาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเบาหวาน และความพึงพอใจ ด้วยความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบ เปรียบเทียบความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเบาหวานก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และ เปรียบเทียบผลทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c, FBS) ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือดก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการบันทึกการติดตามผลทางระบบ telemedicine และ tele-nursing ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล การสกัดประเด็นสำคัญ และการสรุปข้อค้นพบ เพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการพยาบาล

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ แนวทาง ปัญหา การดูแลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ในพื้นที่อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1) จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่า ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานส่วนมากอยู่ในช่วง 5-10 ปี จำนวน 36 คน ร้อยละ 41.86 รองลงมามากกว่า 10 ปี จำนวน 32 คน ร้อยละ 37.21 และน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 18 คน ร้อยละ 20.93 ตามลำดับ ค่า HbA1c เฉลี่ยเท่ากับ 8.42 ± 1.68 ร้อยละ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเฉลี่ยเท่ากับ 158.76 ± 42.35 mg/dL ความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 138.24 ± 18.56 mmHg ความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 82.45 ± 10.28 mmHg ระดับไขมันในเลือดชนิด LDL เฉลี่ยเท่ากับ 128.64 ± 32.48 mg/dL ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.86 ± 3.72 kg/m² โรคร่วมในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 58 คน ร้อยละ 67.44 รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 42 คน ร้อยละ 48.84 โรคไตเรื้อรัง จำนวน 12 คน ร้อยละ 13.95 โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 8 คน ร้อยละ 9.30 และไม่มีโรคประจำตัวอื่น จำนวน 6 คน ร้อยละ 6.98 ตามลำดับ การใช้ยาส่วนมากใช้ยารับประทาน จำนวน 64 คน ร้อยละ 74.42 รองลงมาใช้อินซูลินร่วมกับยารับประทาน จำนวน 18 คน ร้อยละ 20.93 และใช้อินซูลินเพียงอย่างเดียว จำนวน 4 คน ร้อยละ 4.65 ตามลำดับ ระยะของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาส่วนมากอยู่ในระยะ Mild NPDR จำนวน 38 คน ร้อยละ 44.19 รองลงมา Moderate NPDR จำนวน 28 คน ร้อยละ 32.56 Severe NPDR จำนวน 14 คน ร้อยละ 16.28 และ PDR จำนวน 6 คน ร้อยละ 6.97 ตามลำดับ ผลการตรวจจอประสาทตาส่วนมากพบจุดเลือดออก จำนวน 68 คน ร้อยละ 79.07 รองลงมาพบหลอดเลือดรั่ว จำนวน 54 คน ร้อยละ 62.79 พบจอประสาทตาบวม จำนวน 32 คน ร้อยละ 37.21 และพบหลอดเลือดผิดปกติใหม่ จำนวน 18 คน ร้อยละ 20.93 ตามลำดับ ประวัติการได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์ส่วนมากยังไม่เคยได้รับการรักษา จำนวน 72 คน ร้อยละ 83.72 และเคยได้รับการรักษา จำนวน 14 คน ร้อยละ 16.28 ตามลำดับ การนัดหมายเพื่อตรวจติดตามส่วนมากนัดทุก 3 เดือน จำนวน 54 คน ร้อยละ 62.79 รองลงมานัดทุก 6 เดือน จำนวน 28 คน ร้อยละ 32.56 และนัดทุกเดือน จำนวน 4 คน ร้อยละ 4.65 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงร่วมส่วนมากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 78 คน ร้อยละ 90.70 รองลงมาความดันโลหิตสูง จำนวน 62 คน ร้อยละ 72.09 ระดับไขมันในเลือดสูง จำนวน 48 คน ร้อยละ 55.81 การสูบบุหรี่ จำนวน 24 คน ร้อยละ 27.91 และภาวะอ้วน จำนวน 18 คน ร้อยละ 20.93 ตามลำดับ

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล Telemedicine และ Nursing Care โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2) การพัฒนารูปแบบใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยใช้กระบวนการ 3P ได้แก่

2.1 ระยะ Purpose (การกำหนดวัตถุประสงค์) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2567 โดยจัดประชุมทีมสหวิชาชีพ จำนวน 25 คน ประกอบด้วย จักษุแพทย์ 2 ท่าน แพทย์อายุรกรรม 2 ท่าน พยาบาลคลินิกตา 6 คน พยาบาลคลินิกเบาหวาน 4 คน พยาบาลห้องตรวจจอประสาทตา 4 คน เภสัชกร 2 คน นักโภชนาการ 2 คน และผู้บริหารการพยาบาล 3 คน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ของโรงพยาบาลกุมภวาปี โดยใช้เทคนิค Focus Group Discussion พบปัญหาสำคัญ 5 ด้าน คือ (1) ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่ดวงตา (2) อัตราการมาตรวจตามนัดต่ำ ร้อยละ 65.40 (3) ระบบการติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง (4) การเข้าถึงบริการมีข้อจำกัดด้านระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่าย (5) ขาดการบูรณาการระหว่างทีมสหวิชาชีพ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า Transitional Care Model (Naylor et al., 2004, 2018) Self-Efficacy Theory (Bandura, 1977, 1997, 2004) Seamless Continuum of Care และ Telemedicine/Tele-nursing สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลได้ ศึกษาดูงานระบบ telemedicine และโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการ telemedicine กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย โดยบูรณาการทฤษฎีและแนวคิดทั้ง 4 ทฤษฎี เข้าด้วยกัน เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

2.2 ระยะ Process (การดำเนินการพัฒนารูปแบบ) ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2567 - มกราคม 2568 ประกอบด้วย 1) การออกแบบรูปแบบการพยาบาล โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) จำนวน 4 ครั้ง มีผู้เข้าร่วม 45 คน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ 25 คน ผู้ป่วยและครอบครัว 15 คน และผู้แทนชุมชน 5 คน เพื่อร่วมกันออกแบบรูปแบบการดูแล ได้รูปแบบการพยาบาลประกอบด้วย 8 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ ระบบการคัดกรองและประเมินกลุ่มเสี่ยง ใช้เกณฑ์คัดกรองตามแนวทางของกรมการแพทย์ ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายที่เป็นโรคมากกว่า 5 ปี ผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี HbA1c มากกว่า 7.00 ร้อยละ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และผู้ที่มีโรคไตเรื้อรัง การประเมินครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน ครอบคลุม 9 ด้าน คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ปัญหาและอุปสรรค ความต้องการ และความพร้อมในการใช้เทคโนโลยี การวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว จัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Individualized Care Plan) โดยกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว มีการทบทวนและปรับแผนทุก 3 เดือน การให้ความรู้และเสริมสร้างความสามารถของตนเอง จัดกิจกรรมให้ความรู้ 3 รูปแบบ คือ (1) การให้ความรู้แบบรายบุคคล (2) การจัดกิจกรรมกลุ่ม (Group Education) ทุกเดือน (3) การให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ทาง Line Official Account รายสัปดาห์ เนื้อหาครอบคลุม 6 หัวข้อหลัก คือ โรคเบาหวาน ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา การควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต ไขมันในเลือด การดูแลสุขภาพตา การป้องกันแทรกซ้อน และการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การประสานงานภายในทีมสหวิชาชีพ จัดประชุมทีมสหวิชาชีพทุกสัปดาห์ เพื่อติดตามผู้ป่วย แก้ไขปัญหา และปรับแผนการดูแล มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Referral System) การติดตามต่อเนื่องด้วยระบบ Telemedicine และ Tele-nursing ประกอบด้วย (1) การตรวจภาพจอประสาทตาทางไกล โดยพยาบาลถ่ายภาพจอประสาทตาส่งให้จักษุแพทย์อ่านผลและให้คำแนะนำ (2) การติดตามผ่านโทรศัพท์ (Telephone Follow-up) ทุก 2 สัปดาห์ (3) การ

ให้คำปรึกษาผ่าน Line Official Account ตลอด 24 ชั่วโมง (4) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงทุก 1-3 เดือน การเข้าถึงบริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยจัดให้มีพยาบาลเวรประจำการตอบคำถามและให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์และ Line Official Account มีระบบนัดหมายออนไลน์ และมี Fast Track สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วน การสนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัว จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและครอบครัว จำนวน 2 ครั้ง จัดตั้งกลุ่มผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้การสนับสนุนทางจิตใจ 2) การจัดทำคู่มือและเครื่องมือ ได้แก่ (1) คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา สำหรับทีมสหวิชาชีพ (2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว (3) สื่อการสอนทั้งรูปแบบเอกสารและวิดีโอ (4) แบบประเมินและแบบบันทึกต่างๆ (5) แนวทางการใช้ระบบ telemedicine และ tele-nursing 3) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ พัฒนาระบบ 4 ส่วนหลัก คือ (1) ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (2) ระบบการส่งภาพจอประสาทตาและอ่านผล (3) Line Official Account สำหรับการสื่อสารและให้ความรู้ (4) ระบบนัดหมายและเตือนการนัดหมายอัตโนมัติ ใช้งบประมาณในการพัฒนาระบบทั้งหมด 485,000 บาท 4) การอบรมบุคลากร จัดอบรมทีมสหวิชาชีพ จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 1 วัน รวม 75 ชั่วโมง เนื้อหาประกอบด้วย (1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (2) Transitional Care Model และการประยุกต์ใช้ (3) การเสริมสร้าง Self-Efficacy ของผู้ป่วย (4) การใช้ระบบ telemedicine และ tele-nursing (5) การสื่อสารและการให้คำปรึกษาผู้ป่วย (6) การทำงานเป็นทีม มีผู้เข้าอบรมทั้งหมด 25 คน คะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนอบรม 24.68 ± 3.84 คะแนน หลังอบรม 38.92 ± 2.16 คะแนน (คะแนนเต็ม 40 คะแนน) เพิ่มขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ การทดลองใช้รูปแบบ ทดลองนำร่องกับผู้ป่วย 10 ราย ระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2568 เพื่อหาข้อบกพร่องและปรับปรุงรูปแบบ พบปัญหาและอุปสรรค 5 ประการ คือ (1) ผู้ป่วยบางรายยังไม่คุ้นเคยกับการใช้เทคโนโลยี (2) คุณภาพของภาพจอประสาทตาบางภาพไม่ชัดเจน (3) เวลาในการตอบกลับคำถามของผู้ป่วยล่าช้า (4) การบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน (5) การประสานงานระหว่างทีมยังไม่ราบรื่น จึงได้ดำเนินการแก้ไข โดย (1) จัดอบรมการใช้เทคโนโลยีให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายบุคคล (2) ปรับปรุงมาตรฐานการถ่ายภาพ (3) เพิ่มจำนวนพยาบาลผู้รับผิดชอบตอบคำถาม (4) ปรับระบบการบันทึกข้อมูลให้เชื่อมโยงกัน (5) จัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพิ่มเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

2.3 ระยะ Performance (การประเมินผลและปรับปรุง) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม - สิงหาคม 2568 จำนวน 6 เดือน โดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จำนวน 86 ราย มีการประเมินผลทุกเดือน และจัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อถอดบทเรียนและปรับปรุงรูปแบบทุก 2 สัปดาห์ รวม 12 ครั้ง รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล Telemedicine และ Nursing Care โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้นสามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้ องค์ประกอบของรูปแบบ 8 องค์ประกอบ ระบบการคัดกรองและประเมินกลุ่มเสี่ยง การประเมินครอบคลุมทุกมิติ การวางแผนการดูแลร่วมกัน การให้ความรู้และเสริมสร้างความสามารถของตนเอง การประสานงานภายในทีมสหวิชาชีพ การติดตามต่อเนื่องด้วยระบบ Telemedicine และ Tele-nursing การเข้าถึงบริการตลอด 24 ชั่วโมง การสนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัว กลไกการดำเนินงาน ประกอบด้วย 3 ระดับ คือ ระดับโรงพยาบาล คือ ทีมสหวิชาชีพให้การดูแลแบบบูรณาการ มีระบบ telemedicine สนับสนุน ระดับชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนช่วยติดตามและสนับสนุน ระดับครอบครัว คือ ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เครื่องมือ

สนับสนุน คือ คู่มือการพยาบาล คู่มือการดูแลตนเอง สื่อการสอน ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ Line Official Account แบบประเมินและแบบบันทึกต่างๆ

3. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล Telemedicine และ Nursing Care โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3)

3.1 ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้รูปแบบการพยาบาล (EI3O Framework)

3.1.1 Evaluation (การประเมิน) การประเมินผลการดำเนินงานใช้ตัวชี้วัด 5 ด้านหลัก ได้แก่ (1) ตัวชี้วัดด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถของตนเอง ความพึงพอใจ และการเข้ารับบริการตามนัด (2) ตัวชี้วัดทางคลินิก ประกอบด้วย ระดับ HbA1c FBS ความดันโลหิต ไขมันในเลือด และผลการตรวจจอประสาทตา (3) ตัวชี้วัดการให้บริการ ประกอบด้วย อัตราการตรวจคัดกรอง อัตราการมาตามนัด ระยะเวลารอคอย และความครอบคลุมของการติดตาม (4) ตัวชี้วัดการใช้เทคโนโลยี ประกอบด้วย จำนวนการใช้งานระบบ telemedicine จำนวนการปรึกษาผ่าน Line จำนวนภาพจอประสาทตาที่ส่งตรวจ และความพึงพอใจต่อระบบ (5) ตัวชี้วัดทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย ความรู้ สมรรถนะ ความพึงพอใจ และการทำงานเป็นทีม ผลการประเมินพบว่า พยาบาลมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเพิ่มขึ้น เดิมในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.18 ± 0.52 ภายหลังการพัฒนารูปแบบสมรรถนะการดูแลเพิ่มขึ้นในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.76 ± 0.38 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการดูแลดีขึ้น ค่าเฉลี่ย 4.68 ± 0.42 อยู่ในระดับมาก คะแนนการทำงานเป็นทีมเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 3.24 ± 0.58 เป็น 4.82 ± 0.34

3.1.2 Improvement (การปรับปรุง) อัตราการตรวจคัดกรองจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น จากก่อนพัฒนา ร้อยละ 77.27 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.84 ภายหลังการพัฒนา อัตราการมาตามนัดเพิ่มขึ้น จากเดิม ร้อยละ 65.40 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 91.28 ระยะเวลารอคอยลดลง จากเดิมเฉลี่ย 128.40 ± 32.56 นาที ลดลงเหลือ 42.68 ± 18.24 นาที ความครอบคลุมของการติดตามผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 58.30 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 98.50 การเข้าถึงบริการผ่าน telemedicine มีผู้ป่วยใช้บริการเฉลี่ย 245.80 ครั้งต่อเดือน การปรึกษาผ่าน Line Official Account เฉลี่ย 168.40 ครั้งต่อเดือน จำนวนภาพจอประสาทตาที่ส่งตรวจผ่านระบบ telemedicine เฉลี่ย 78.60 รายต่อเดือน

3.1.3 Integration (การบูรณาการ) การบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น มีการประชุมทีมสหวิชาชีพสัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีการใช้ระบบส่งต่อข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 100.00 ของผู้ป่วย ทำให้การประสานงานรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนดีขึ้น มีอาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วมโครงการ 42 คน ช่วยติดตามผู้ป่วยในชุมชน ครอบคลุม ร้อยละ 95.30 ของผู้ป่วย การบูรณาการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศกับระบบการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วน ร้อยละ 98.80

3.1.4 Innovation (นวัตกรรม) นวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย (1) ระบบการส่งภาพจอประสาทตาและอ่านผลทางไกล ทำให้จักษุแพทย์สามารถอ่านผลได้ทุกที่ทุกเวลา ลดระยะเวลารอผลจากเดิม 7-14 วัน เหลือเพียง 24-48 ชั่วโมง (2) Line Official Account สำหรับการให้ความรู้และคำปรึกษา มีผู้ป่วยลงทะเบียนใช้บริการ 82 ราย คิดเป็น ร้อยละ 95.35 มีความพึงพอใจต่อระบบค่าเฉลี่ย 4.64 ± 0.48 (3) ระบบเตือนการนัดหมายอัตโนมัติผ่าน SMS และ Line ทำให้อัตราการมาตามนัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (4) แอปพลิเคชันบันทึกการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย สามารถบันทึกระดับน้ำตาล ความดัน น้ำหนัก การ

รับประทานยา และส่งข้อมูลให้ทีมพยาบาลได้โดยอัตโนมัติ มีผู้ป่วยใช้งาน 68 ราย คิดเป็น ร้อยละ 79.07 (5) คู่มือการดูแลตนเองในรูปแบบอินโฟกราฟิกและวิดีโอสั้น เผยแพร่ผ่าน Line Official Account และ YouTube ของโรงพยาบาล มีผู้เข้าชมสะสม 2,840 ครั้ง

3.1.5 Outcome (ผลลัพธ์) ผลลัพธ์โดยรวมของการพัฒนารูปแบบการพยาบาล พบว่า (1) ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (2) พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นในทุกด้าน (3) ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น (4) ผลทางคลินิกดีขึ้น ทั้ง HbA1c FBS ความดันโลหิต และไขมันในเลือด (5) การเข้ารับบริการตามนัดเพิ่มขึ้น (6) ความพึงพอใจต่อการบริการสูงขึ้น (7) ไม่มีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของจอประสาทตาเพิ่มขึ้น (8) มีผู้ป่วย 14 ราย (ร้อยละ 16.28) ที่ได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์ทันท่วงที ป้องกันไม่ให้สูญเสียการมองเห็น

3.2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถของตนเอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=13.56$, $p<.001$)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.58 ± 0.46 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจต่อกระบวนการบริการค่าเฉลี่ย 4.64 ± 0.42 ความพึงพอใจต่อบุคลากรค่าเฉลี่ย 4.72 ± 0.38 ความพึงพอใจต่อระบบ telemedicine และ tele-nursing ค่าเฉลี่ย 4.56 ± 0.52 ความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวกค่าเฉลี่ย 4.48 ± 0.54 ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์และคุณภาพการดูแลค่าเฉลี่ย 4.68 ± 0.40 และความพึงพอใจต่อข้อมูลและคำแนะนำที่ได้รับค่าเฉลี่ย 4.62 ± 0.44 อยู่ในระดับมากทุกด้าน

3.3 ผลการเปรียบเทียบผลทางคลินิก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการเปรียบเทียบผลทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น ระดับไขมันในเลือดชนิด LDL และดัชนีมวลกาย (BMI) ไม่มีความแตกต่าง

การเปลี่ยนแปลงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา หลังการใช้รูปแบบเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ Mild NPDR จำนวน 38 ราย มีภาวะคงเดิม 32 ราย (ร้อยละ 84.21) ดีขึ้น 6 ราย (ร้อยละ 15.79) ไม่มีรายที่แย่ลง ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ Moderate NPDR จำนวน 28 ราย มีภาวะคงเดิม 22 ราย (ร้อยละ 78.57) ดีขึ้น 4 ราย (ร้อยละ 14.29) แย่ลง 2 ราย (ร้อยละ 7.14) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ Severe NPDR จำนวน 14 ราย มีภาวะคงเดิม 10 ราย (ร้อยละ 71.43) ดีขึ้น 2 ราย (ร้อยละ 14.29) แย่ลง 2 ราย (ร้อยละ 14.29) โดยผู้ป่วยที่แย่ลงทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์ทันที ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ PDR จำนวน 6 ราย มีภาวะคงเดิม 4 ราย (ร้อยละ 66.67) แย่ลง 2 ราย (ร้อยละ 33.33) โดยผู้ป่วยที่แย่ลงทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์และติดตามอย่างใกล้ชิด

อัตราการเข้ารับบริการตามนัด ก่อนการใช้รูปแบบ ร้อยละ 65.40 หลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 91.28 แตกต่างกันอย่างชัดเจน ผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดทุกครั้งเพิ่มขึ้นจาก 24 ราย (ร้อยละ 27.91) เป็น 68 ราย (ร้อยละ 79.07)

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ในพื้นที่อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี จากผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในพื้นที่อำเภอกุมภวาปียังมีปัญหาหลายประการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในระดับประเทศและระดับสากล ปัญหาสำคัญที่พบได้แก่ ผู้ป่วยและญาติขาดความ

ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองจอประสาทตาอย่างสม่ำเสมอ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่มีผลต่อดวงตา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปนิดา บินตะคุ[15] ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานขาดความรู้ในการดูแลตนเองและไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาล นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มเสี่ยงที่มีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรองเชิงรุกมาตรวจน้อย เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง ระยะทางไกล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และเวลาที่ต้องใช้ในการรอคอย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carvalho และคณะ[16] ที่พบว่าผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการตรวจจอประสาทตา และการศึกษาของณัฐิกานต์ ปังศรีวงศ์[17] ที่ระบุว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ห่างไกลมีปัญหาการเดินทางมาตรวจติดตามที่โรงพยาบาล สำหรับด้านระบบบริการพบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดขาดแคลนจักษุแพทย์เฉพาะทาง มีจักษุแพทย์เพียงหนึ่งท่าน และขาดแคลนเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการตรวจวินิจฉัย

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล Telemedicine และ Nursing Care โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 8 องค์ประกอบหลัก โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมร่วมกับกระบวนการ 3P ซึ่งช่วยให้การพัฒนารูปแบบมีความครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของปนิดา บินตะคุ[15] และณัฐิกานต์ ปังศรีวงศ์[17] ที่ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาระบบบริการทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การบูรณาการทฤษฎีและแนวคิด 4 ส่วน ได้แก่ Transitional Care Model, Self-Efficacy Theory, Seamless Continuum of Care และ Telemedicine/Tele-nursing เข้าด้วยกัน ทำให้รูปแบบมีพื้นฐานทางทฤษฎีที่แข็งแกร่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Naylor และคณะ[3] ที่แสดงให้เห็นว่า Transitional Care Model สามารถลดอัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และการศึกษาของ Hurst และคณะ[8] ที่พบว่า Self-Efficacy เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การใช้ระบบ telemedicine และ tele-nursing ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดอุปสรรคด้านระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Boucher และคณะ[18] ที่พบว่าการฝึกอบรมพยาบาลให้อ่านภาพจอประสาทตาและใช้ระบบ teleophthalmology ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง และการศึกษาของ Alsahli และคณะ[19] ที่แสดงให้เห็นว่า telenursing ช่วยปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนาคู่มือและเครื่องมือต่างๆ รวมทั้งการอบรมบุคลากรอย่างเป็นระบบ ทำให้ทีมสหวิชาชีพมีความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช วรรณศรี[20] ที่พบว่าการให้ความรู้อย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามผู้ป่วยทำให้การดูแลมีความต่อเนื่องและครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาของชมรมตำบลบ้านชวน ที่ระบุว่าการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล Telemedicine และ Nursing Care โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในหลายมิติ โดยผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช วรรณศรี[20] ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่เป็นระบบช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการศึกษาของ Sun

และคณะ[21] ที่แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้การจัดการตนเองที่นำโดยพยาบาลช่วยเพิ่ม self-efficacy และการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาว พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพตาและการเข้ารับบริการตามนัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปนิดา บินตะคุ[15] ที่พบว่าการใช้ระบบ telemedicine ช่วยเพิ่มการรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และการศึกษาของ Alsahli และคณะ[19] ที่พบว่า telenursing ช่วยปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองในทุกด้าน ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี Self-Efficacy ของ Bandura[22] ที่ระบุว่าการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองส่งผลต่อการเลือกพฤติกรรมและความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพ ผลทางคลินิกที่ดีขึ้น โดยเฉพาะระดับ HbA1c ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช วรรณศรี[20] และการศึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า[22] ที่พบว่าการใช้ระบบการดูแลที่มีการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด อัตราการมาตามนัดเพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ha และคณะ[24] ที่พบว่าโปรแกรมการคัดกรองทางไกลเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามการนัดหมาย การใช้ระบบ telemedicine และ tele-nursing ช่วยลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐิกานต์ ปังศรีวงศ์[17] ที่พบว่าระบบการแพทย์ทางไกลช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล สมรรถนะของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า[23] ที่พบว่าการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย บทเรียนสำคัญที่ได้จากการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่าปัจจัยความสำเร็จประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การเสริมสร้าง Self-Efficacy การให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง และการสร้างความร่วมมือกับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชมรมตำบลบ้านชวน ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้สื่อเทคโนโลยีเป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาบริบทของแต่ละโรงพยาบาลก่อนนำรูปแบบไปใช้ เพราะแต่ละโรงพยาบาลมีความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณ และเทคโนโลยีที่แตกต่างกัน ควรปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

2. ควรเริ่มจากการทดลองนำร่องกับกลุ่มเล็กๆ ก่อน เพื่อหาข้อบกพร่องและปรับปรุง ก่อนขยายผลไปยังผู้ป่วยทั้งหมด

3. ควรให้ความสำคัญกับการอบรมบุคลากรทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ เพราะบุคลากรเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงาน

4. ควรมีระบบติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทราบปัญหาและปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง

5. ควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชนเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

6. ควรมีการเผยแพร่ผลงาน เพื่อให้โรงพยาบาลอื่นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในพื้นที่ของโรงพยาบาลกุมภวาปี และทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลกุมภวาปี ภาคีเครือข่ายและชุมชนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนการดำเนินการวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Teo, Z. L., Tham, Y. C., Yu, M., Chee, M. L., Rim, T. H., Cheung, N., Bikbov, M. M., Wang, Y. X., Tang, Y., Lu, Y., Wong, I. Y., Ting, D. S. W., Tan, G. S. W., Jonas, J. B., Sabanayagam, C., Wong, T. Y., & Cheng, C. Y. (2021). Global prevalence of diabetic retinopathy and projection of burden through 2045: Systematic review and meta-analysis. Ophthalmology, 128(11), 1580-1591. https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2021.04.027
2. สมศักดิ์ เทพสุทิน. (2567). สมศักดิ์ รณรงค์วันเบาหวานโลก 2567 ชี้คนไทยป่วย 6.5 ล้านคน ย้ำ นับ Carb ลดเสี่ยงเอ็นซีดี. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2024/11/32233
3. Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized clinical trial. Journal of the American Geriatrics Society, 52(5), 675-684. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52202.x
4. Hirschman, K. B., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M. V., & Naylor, M. D. (2015). Continuity of care: The Transitional Care Model. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 20(3), 1-15. https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No03Man01
5. นิมิตอานันท์ เตชะรัตนไพศาล, วุฒิพงศ์ ยืนยงรัตนกุล, สมบัติ ไชยเรือง และสุภาวดี ธานีรัตน์. (2566). การประยุกต์ใช้แบบจำลองการดูแลระหว่างช่วงเปลี่ยนผ่านในผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลว. วารสารการพยาบาลและการผดุงครรภ์, 10(1), 5-19.
6. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191-215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191
7. Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. Health Education & Behavior, 31(2), 143-164. https://doi.org/10.1177/1090198104263660
8. Hurst, C. P., Rakkapao, N., & Hay, K. (2020). Impact of diabetes self-management, diabetes management self-efficacy and diabetes knowledge on glycemic control in people with Type 2 Diabetes (T2D): A multi-center study in Thailand. PLOS One, 15(12), e0244692. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244692
9. Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. BMJ, 327(7425), 1219-1221. https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219
10. Medves, J., Pare, G., Woodhouse, K., Smith-Romeril, C., Li, W., & Tranmer, J. (2022). The case for continuity of care for people with chronic obstructive pulmonary disease. SAGE Open Medicine, 10, 1-11. https://doi.org/10.1177/20534345211068300
11. สรณัชญ์ ศรนาม และประกีรติ ประเสริฐสิน. (2550). การจัดการโรคเรื้อรังแบบองค์รวมโรคค่าใช้จ่ายสูง. นนทบุรี: โรงพิมพ์เอส. พิจิตร.
12. นัฐยา พานิชย์ดี. (2566). การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรค (Telemedicine) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(2), 127-142.
13. แพชยภูมิ น้อยแก้ว, อาภาภรณ์ สิงห์สลาแสง และอรพินท์ หลื่อมอินทร์. (2568). การพัฒนาระบบบริการ Telemedicine แบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 35(2), 57-74.
14. แผนกผู้ป่วยนอก. (2567) รายงานจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ปี 2565 – 2567. โรงพยาบาลกุมภวาปี
15. ปนิดา บินตะคุ. (2566). การจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Telemedicine NCDs on Cloud). วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16(3), 127-140. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/263218

16. Carvalho, M. S., et al. (2025). Integrating nursing–teleophthalmology improves diabetic retinopathy screening in primary healthcare, reducing unnecessary referrals to specialist healthcare. International Journal of Nursing Practice, e70016. https://doi.org/10.1111/ijn.70016
17. ณัฐิกานต์ ปังศรีวงศ์. (2566). การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรค (Telemedicine) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/430
18. Boucher, M. C., Nguyen, M. T. D., & Qian, J. (2020). Assessment of training outcomes of nurse readers for diabetic retinopathy telescreening: Validation study. JMIR Diabetes, 5(2), e17309. https://doi.org/10.2196/17309
19. Alsahli, M., Abd-alrazaq, A., Fathy, D. M., Abdelmohsen, S. A., Gushgari, O. A., Ghazy, H. K., & Abdelwahed, A. Y. (2025). Effectiveness of patients' education and telenursing follow-ups on self-care practices of patients with diabetes mellitus: Cross-sectional and quasi-experimental study. JMIR Nursing, 8, e67339. https://doi.org/10.2196/67339
20. นงนุช วรรณศรี. (2564). ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ที่มีต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c). วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/252502
21. Sun, J., Fan, Z., Kou, M., Wang, X., Yue, Z., & Zhang, M. (2025). Impact of nurse-led self-management education on type 2 diabetes: A meta-analysis. Frontiers in Public Health, 13, 1622988. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1622988
22. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman.
23. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า. (2567). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/268449
24. Ha, S. K., Gilbert, J. B., Le, E., Ross, C., & Lorch, A. (2025). Impact of teleretinal screening program on diabetic retinopathy screening compliance rates in community health centers: A quasi-experimental study. BMC Health Services Research, 25(1), 318. https://doi.org/10.1186/s12913-025-12472-8

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ ด้วยระบบการแพทย์วิธีใหม่แบบดิจิตอลไร้รอยต่อ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

Development of a Care Model for Colorectal Cancer Screening Service Recipients Using a Seamless Digital Healthcare System at Kumpawapi Hospital, Udon Thani Province.

(Received: December 11,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

มุทิตา เรืองเศรษฐี[1]
Mutita Ruangsettee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ด้วยระบบการแพทย์วิธีใหม่แบบดิจิทัลไร้รอยต่อ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ประชากรประกอบด้วย เชิงคุณภาพในการพัฒนารูปแบบได้แก่ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 15 คน เชิงปริมาณในการประเมินผลรูปแบบได้แก่ผู้ป่วยที่มีผล Fecal Immunochemical Test เป็นบวก จำนวน 63 คน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ ศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และประเมินผลรูปแบบ โดยใช้วงจร Plan-Do-Study-Act และหลักการ Model of Improvement เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบฟอร์มคัดกรองและจัดลำดับความเสี่ยง ระบบนัดหมายอิเล็กทรอนิกส์ แอปพลิเคชัน LINE Official Account แบบเก็บข้อมูลทั่วไปและทางคลินิก แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก คือ แบบฟอร์มคัดกรองและจัดลำดับความเสี่ยง ระบบนัดหมายและจัดการคิวอิเล็กทรอนิกส์ แอปพลิเคชัน LINE Official Account การปรับกระบวนการลดจำนวน Visit แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ และระบบติดตามประเมินผล ผลลัพธ์ตามกรอบ EI3O พบว่า ระยะเวลารอคอยลดลงจาก 128.50 วันเป็น 24.80 วัน ลดลงร้อยละ 80.70 อัตราการได้รับการตรวจภายใน 1 เดือนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.50 เป็นร้อยละ 92.06 อัตราการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.50 เป็นร้อยละ 90.48 คุณภาพการเตรียมลำไส้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.20 เป็นร้อยละ 93.65 ลดจำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาลจาก 2 ครั้งเป็น 1 ครั้ง ความรู้เพิ่มขึ้นจาก 2.95 เป็น 4.38 และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจาก 3.08 เป็น 4.65 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 8.42, 9.12 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การคัดกรองมะเร็งลำไส้, ระบบดิจิทัลไร้รอยต่อ, วงจร PDSA, การบูรณาการบริการ

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a care model for colorectal cancer screening service recipients using a seamless digital healthcare system at Kumpawapi Hospital, Udon Thani Province. The population consisted of qualitative participants for model development including multidisciplinary teams and network partners (n=15), and quantitative participants for model evaluation including patients with positive Fecal Immunochemical Test results (n=63). The research was conducted in three phases: situation and problem analysis, model development and implementation, and model evaluation, utilizing the Plan-Do-Study-Act cycle and Model of Improvement principles. Mixed-methods data collection was employed. Research instruments included focus group discussion guidelines, risk screening and triage forms, electronic appointment systems, LINE Official Account application, general and clinical data collection forms, knowledge assessment questionnaires, and satisfaction evaluation tools. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed through content analysis.

[1] โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

Results revealed that the developed care model comprised seven key components: risk screening and triage form, electronic appointment and queue management system, LINE Official Account application, Visit reduction process modification, continuous care practice guidelines, health literacy promotion, and monitoring and evaluation system. Outcomes based on the EI3O framework showed that waiting time decreased from 128.50 days to 24.80 days (80.70% reduction), colonoscopy completion rate within one month increased from 9.50% to 92.06%, appointment adherence rate increased from 71.50% to 90.48%, adequate bowel preparation quality increased from 78.20% to 93.65%, hospital visits reduced from two to one time, knowledge scores increased from 2.95 to 4.38, and satisfaction scores increased from 3.08 to 4.65, with statistically significant differences at .05 level (t = 8.42, 9.12 respectively).

Keywords: colorectal cancer screening, seamless digital system, PDSA cycle, service integration

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยอันดับสามของโลก โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 1.9 ล้านรายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 935,000 รายต่อปี[1] การคัดกรองด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ได้ร้อยละ 16-33[2] องค์การอนามัยโลกแนะนำการคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-75 ปี และผู้ที่มีผลตรวจ FIT เป็นบวกควรได้รับการส่องกล้องลำไส้ภายใน 31 วัน[3] ระยะเวลารอคอยการส่องกล้องลำไส้เป็นปัจจัยสำคัญส่งผลต่อการพบมะเร็งระยะลุกลาม การศึกษาในสหราชอาณาจักรพบผู้ป่วยที่รอคอยนานกว่า 6 เดือนมีความเสี่ยงพบมะเร็งระยะลุกลามสูงขึ้นร้อยละ 38[4] ประเทศพัฒนาแล้วจึงมีระบบจัดลำดับความเร่งด่วนตามความเสี่ยง เช่น ระบบ Two-Week Wait ของสหราชอาณาจักรกำหนดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต้องได้รับการตรวจภายใน 14 วัน[5] การนำเทคโนลยีดิจิทัลมาใช้ในระบบการดูแลผู้ป่วยคัดกรองมะเร็งลำไส้แสดงผลลัพธ์เชิงบวก การศึกษาในแคนาดาพบระบบดิจิทัลแบบไร้รอยต่อช่วยลดระยะเวลารอคอยจาก 120 วันเหลือ 42 วัน และเพิ่มอัตราการมาตรวจตามนัดจากร้อยละ 68 เป็นร้อยละ 87 (Singh et al., 2019) ขณะที่การใช้แอปพลิเคชันให้ความรู้และติดตามผู้ป่วยในออสเตรเลียช่วยเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้และลดอัตราการนัดหมายซ้ำลงร้อยละ 23[6]

จังหวัดอุดรธานี พบประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปี จำนวน 394,562 คน จากข้อมูลสถิติมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงจังหวัดอุดรธานีพบผู้ป่วยรายใหม่ปี 2566 จำนวน 287 357ราย ปี 2568 จำนวน 312 ราย และปี 2563 จำนวน 338 ราย โดยร้อยละ 68.20 ปี พ.ศ. 63 กับ 63 น่าจะเขียนผิดไหมค่ะ ได้รับการวินิจฉัยในระยะที่ 3-4 การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในจังหวัดอุดรธานีเริ่มตั้งแต่ปี 2566 โดยมีผู้เข้ารับการคัดกรอง FIT ปี 2566 จำนวน 45,678 ราย ปี 2567 จำนวน 58,234 ราย และปี 2568 จำนวน 72,156 ราย พบผลบวก FIT Positive ร้อยละ 4.20, 4.50 และ 4.80 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2568) ปัญหาที่พบคือระยะเวลารอคอยการส่องกล้องลำไส้เฉลี่ย 4-7 เดือน และมีเพียงร้อยละ 12.30 ที่ได้รับการตรวจภายใน 1 เดือน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่รองรับการส่องกล้องลำไส้ในจังหวัดอุดรธานีมี 4 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลกุมภวาปี และโรงพยาบาลหนองหาน มีศัลยแพทย์ที่สามารถทำการส่องกล้องลำไส้รวม 18 คน โดยมีกำลังการรองรับผู้ป่วยเฉลี่ย 280-320 รายต่อเดือน ขณะที่มีผู้ป่วยรอคิวส่องกล้องสะสม 2,345 ราย ณ สิ้นปี 2568[7]

อำเภอกุมภวาปี มีประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปี จำนวน 32,842 คน[8] โรงพยาบาลกุมภวาปี รับผิดชอบพื้นที่อำเภอกุมภวาปีและโรงพยาบาลสังกัดเครือข่ายลุ่มน้ำปาวอีก 5 แห่ง

ได้แก่ โรงพยาบาลโนนสะอาด โรงพยาบาลหนองแสง โรงพยาบาลศรีธาตุ โรงพยาบาลวังสามหมอ และโรงพยาบาลประจักษ์ รวมพื้นที่รับผิดชอบประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งสิ้น 156,234 คน (โรงพยาบาลกุมภวาปี, 2568) จากข้อมูลสถิติมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงพบผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่รับผิดชอบปี 2566 จำนวน 38 ราย ปี 2567 จำนวน 42 ราย และปี 2568 จำนวน 47 ราย โดยร้อยละ 71.30 ได้รับการวินิจฉัยในระยะที่ 3-4 การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้มีผู้เข้ารับการคัดกรอง FIT ปี 2566 จำนวน 5,847 2483ราย ปี 2567 จำนวน 7,234 2657 ราย และปี 2568 จำนวน 8,956 2741 ราย พบผล FIT Positive ร้อยละ 3.80, 4.10 และ 4.30 ตามลำดับ โรงพยาบาลกุมภวาปีมีศัลยแพทย์ 4 คน แต่มีการลาออก 1 คนในเดือนเมษายน 2568 จึงเหลือศัลยแพทย์ 3 คน สามารถทำการส่องกล้องลำไส้เฉลี่ย 5 รายต่อวัน หรือประมาณ 100 รายต่อเดือน จากข้อมูลปี 2567 มีผู้ป่วย FIT Positive ส่องกล้องลำไส้ทั้งสิ้น 494 ราย พบเพียงร้อยละ 9.50 ได้รับการตรวจภายใน 1 เดือน ร้อยละ 0 ได้รับการตรวจภายใน 3 เดือน และร้อยละ 90.50 รอคอยนานกว่า 3 เดือน ในปี 2568 มีผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ทั้งสิ้น 403 ราย พบร้อยละ 1.00 ได้รับการตรวจภายใน 1 เดือน ร้อยละ 43.17 ได้รับการตรวจภายใน 3 เดือน และร้อยละ 55.83 รอคอยนานกว่า 3 เดือน แม้จะมีการปรับปรุงแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายร้อยละ 100 ภายใน 1 เดือนตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข[9]

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ด้วยระบบการแพทย์วิธีใหม่แบบดิจิทัลไร้รอยต่อมีตัวแปรสำคัญประกอบด้วย การคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ รูปแบบการดูแล และ ระบบดิจิทัลไร้รอยต่อ การคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ตามกระบวนการคัดแยกบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการตรวจอุจจาระหาเลือดลับตาด้วยวิธีภูมิคุ้มกัน (FIT) และจำแนกกลุ่มความเสี่ยงตามปัจจัยต่างๆ เช่น ผลตรวจ FIT อาการทางคลินิก ประวัติครอบครัว และอายุ เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนในการส่งตรวจต่อ[10] รูปแบบการดูแล ต้องเป็นกระบวนการให้บริการสุขภาพแบบบูรณาการที่ประกอบด้วยขั้นตอนการคัดกรอง การจัดลำดับความเร่งด่วน การให้ความรู้และเตรียมความพร้อม การประสานงานนัดหมาย การติดตามผล และการดูแลต่อเนื่องหลังการตรวจ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ รวดเร็ว และต่อเนื่อง[11] ระบบดิจิทัลไร้รอยต่อ หมายถึง ระบบเทคโนลยีสารสนเทศที่เชื่อมโยงข้อมูลและกระบวนการทำงานระหว่างหน่วยบริการต่างๆ อย่างราบรื่นไม่มีช่องว่าง โดยใช้เครื่องมือดิจิทัลเช่น ระบบนัดหมายอิเล็กทรอนิกส์ แอปพลิเคชันมือถือ ฐานข้อมูลกลาง และระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ เพื่อลดความซ้ำซ้อน ลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มความสะดวกแก่ผู้รับบริการ[12] แนวคิดที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยคัดกรองมะเร็งลำไส้ได้แก่ แนวคิดการดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuum of Care) ซึ่งเน้นการเชื่อมโยงบริการสุขภาพตั้งแต่การส่งเสริมป้องกัน การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา และการติดตามผลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง[14] แนวคิดการจัดการลำดับความเร่งด่วน (Triage System) ที่เน้นการจัดลำดับผู้ป่วยตามความรุนแรงและความเสี่ยงเพื่อให้ผู้ที่จำเป็นเร่งด่วนได้รับบริการก่อน (FitzGerald et al., 2017) และแนวคิดการบูรณาการเทคโนลยีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Integration) ที่เน้นการใช้เทคโนลยีดิจิทัลเสริมสร้างประสิทธิภาพการดูแลและเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย[15]

ความสำคัญในการพัฒนารูปแบบและปัญหาของรูปแบบเดิม โดยรูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้แบบเดิมของโรงพยาบาลกุมภวาปีเป็นระบบที่มีลักษณะแบบแยกส่วน ไม่ต่อเนื่อง และยังไม่มีการบูรณาการเทคโนลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยในกระบวนการ กระบวนการเริ่มต้นจากโรงพยาบาล

เครือข่ายทั้ง 5 แห่งทำการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้วย FIT เมื่อพบผล FIT Positive จะส่งรายชื่อมายังโรงพยาบาลกุมภวาปีโดยไม่มีการคัดแยกกลุ่มความเสี่ยง การจัดคิวเป็นแบบมาก่อนได้ก่อนตามลำดับที่โรงพยาบาลเครือข่ายส่งรายชื่อมา ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล 2 ครั้ง ครั้งแรกใช้เวลาเฉลี่ย 1 วันสำหรับเจาะเลือด Pre-operative พบศัลยแพทย์ และนัดคิว จากนั้นรอคิวเพื่อนอนโรงพยาบาลและส่องกล้องในครั้งที่สอง

ปัญหาสำคัญของรูปแบบเดิมประการแรกคือระยะเวลารอคอยยาวนานเกินเกณฑ์มาตรฐาน ข้อมูลปี 2567 แสดงเพียงร้อยละ 9.50 ได้รับการตรวจภายใน 1 เดือน และร้อยละ 90.50 รอนานกว่า 3 เดือน แม้ปี 2568 จะดีขึ้นเป็นร้อยละ 43.17 ได้รับการตรวจภายใน 3 เดือน แต่ยังห่างไกลจากเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ความล่าช้านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอาจพัฒนาไปสู่ระยะลุกลาม การศึกษาพบผู้ป่วยที่รอคอยนานกว่า 6 เดือนมีโอกาสพบมะเร็งระยะลุกลามสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[16] การไม่มีระบบจัดลำดับความเร่งด่วนตามความเสี่ยง เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีอาการเตือน เช่น ถ่ายเลือด น้ำหนักลด หรือมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ ต้องรอคอยนานพอๆ กับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการและมีความเสี่ยงต่ำ การจัดคิวแบบมาก่อนได้ก่อนไม่สอดคล้องกับหลักการทางการแพทย์และไม่เป็นธรรมต่อผู้ป่วยที่ต้องการความเร่งด่วน การขาดระบบสารสนเทศเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนและล่าช้าในการประสานงาน การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเป็นแบบเอกสารหรือโทรศัพท์ ไม่มีฐานข้อมูลกลางที่เจ้าหน้าที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้แบบเรียลไทม์ ผู้ป่วยต้องนำเอกสารมาเองและอาจสูญหาย การนัดหมายและการติดตามผลทำด้วยการโทรศัพท์หรือแจ้งด้วยตนเองทำให้ใช้เวลามากและอาจติดต่อไม่ได้ การให้ความรู้และคำแนะนำที่ไม่มีประสิทธิภาพ แม้มีแผ่นพับแต่พยาบาลต้องให้คำแนะนำทุกรายด้วยตนเอง ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลล่วงหน้าได้และอาจลืมรายละเอียดการเตรียมตัว การศึกษาพบการเตรียมลำไส้ไม่เพียงพอส่งผลให้ต้องนัดตรวจซ้ำร้อยละ 15-20[17] การขาดช่องทางดิจิทัลที่ผู้ป่วยสามารถศึกษาข้อมูลและสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาเป็นข้อจำกัดสำคัญ การมาโรงพยาบาลหลายครั้ง สร้างภาระแก่ผู้ป่วยทั้งด้านเวลา ค่าใช้จ่าย และความไม่สะดวก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลหรือผู้สูงอายุที่ต้องมีญาติพามา การมาครั้งแรกเพื่อเจาะเลือดและนัดคิวอาจไม่จำเป็นหากมีระบบที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลเครือข่ายให้ทำการเตรียมตัวได้ล่วงหน้า การขาดการดูแลต่อเนื่องและเป็นองค์รวม โดยเฉพาะหลังตรวจพบมะเร็ง ผู้ป่วยจะดำเนินการตามกระบวนการรักษาทางการแพทย์เท่านั้น แต่ขาดการให้คำปรึกษาด้านจิตใจ โภชนาการ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การศึกษาพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมมีคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การรักษาดีกว่าการดูแลแบบทั่วไป[18]

จากปัญหาและความสำคัญดังดังกล่าว การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ด้วยระบบการแพทย์วิถีใหม่แบบดิจิทัลไร้รอยต่อจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง รูปแบบใหม่ควรประกอบด้วยเครื่องมือคัดกรองและจัดลำดับความเสี่ยง ระบบนัดหมายและจัดการคิวอัจฉริยะ แอปพลิเคชันหรือช่องทางดิจิทัลให้ความรู้และติดตามผู้ป่วยอัตโนมัติ ระบบฐานข้อมูลเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ และแนวทางการดูแลต่อเนื่องครบวงจร การพัฒนารูปแบบดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย FIT Positive ทุกรายได้รับการส่องกล้องภายใน 1 เดือน ครบทุกราย ลดระยะเวลารอคอย เพิ่มอัตราการมาตรวจตามนัด ลดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้เพื่อลดการนัดตรวจซ้ำ นอกจากนี้รูปแบบใหม่จะช่วยลดภาระงานของพยาบาลในการให้คำแนะนำซ้ำๆ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัด และที่สำคัญคือช่วยค้นพบมะเร็งลำไส้ในระยะเริ่มต้นได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการรักษาที่ดีขึ้นและลดอัตราการเสียชีวิต

จากมะเร็งลำไส้ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกุมภวาปี สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลที่ว่า "เราจะเป็นที่พึ่งของโซนลุ่มน้ำปาว" และแผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ในพื้นที่โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ด้วยระบบการแพทย์วิธีใหม่แบบดิจิทัลไร้รอยต่อ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ด้วยระบบการแพทย์วิธีใหม่แบบดิจิทัลไร้รอยต่อโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ด้วยระบบการแพทย์วิธีใหม่แบบดิจิทัลไร้รอยต่อ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้ Model of Improvement ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเฝ้าดู-ปรับเปลี่ยน และวงจร PDSA (Plan-Do-Study-Act) ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 10 เดือน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 31 ตุลาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ในพื้นที่โรงพยาบาลกุมภวาปีและโรงพยาบาลเครือข่ายลุ่มน้ำปาว จังหวัดอุดรธานี จำนวน 6 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลกุมภวาปี โรงพยาบาลโนนสะอาด โรงพยาบาลหนองแสง โรงพยาบาลศรีธาตุ โรงพยาบาลวังสามหมอ และโรงพยาบาลประจักษ์ เชิงปริมาณในการประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจ Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (FIT Positive) ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึง ตุลาคม 2568 จำนวน 403 คน

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ในพื้นที่โรงพยาบาลกุมภวาปีและโรงพยาบาลเครือข่ายลุ่มน้ำปาว จังหวัดอุดรธานี จำนวน 6 โรงพยาบาล ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพ OPD ศัลยกรรมโรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพห้องส่องกล้อง จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเครือข่าย จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่ IT โรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวน 1 คน และผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 2 คน รวม 15 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เชิงปริมาณในการประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจ Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (FIT Positive) ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึง ตุลาคม 2568 จำนวน 63 คน โดยคำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วนเมื่อทราบจำนวนประชากรและทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อรับการส่องกล้องลำไส้ที่โรงพยาบาลกุมภวาปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ด้วยระบบการแพทย์วิธีใหม่แบบดิจิทัลไร้รอยต่อ โดยการจัดกระบวนการกลุ่ม การรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดมาตรการ กำหนดบทบาทที่มสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ถอดบทเรียนปัญหา

อุปสรรค แนวทางแก้ไข การปรับปรุงมาตรการให้สอดคล้องกับแนวทางใหม่ที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ด้วยระบบดิจิทัลไร้รอยต่อ

1.2) แนวทางการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 1) แนวคิดการดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuum of Care) เน้นการเชื่อมโยงบริการสุขภาพตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา และการติดตามผลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ไม่มีช่องว่างระหว่างหน่วยบริการ มีการประสานงานที่ดีระหว่างโรงพยาบาลเครือข่ายและโรงพยาบาลกุมภวาปี การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจคัดกรองและการเตรียมตัวส่องกล้องลำไส้ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) แนวคิดการจัดการลำดับความเร่งด่วน (Triage System) การประเมินความเสี่ยงประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย FIT Positive โดยใช้เครื่องมือคัดกรองที่พัฒนาขึ้นและจำแนกกลุ่มความเสี่ยงเป็น High Risk, Moderate Risk และ Low Risk การจัดลำดับความเร่งด่วนจัดลำดับคิวการส่องกล้องตามระดับความเสี่ยง โดยผู้ป่วยกลุ่ม High Risk ได้รับการตรวจก่อน มีการติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ 3) แนวคิดการบูรณาการเทคโนลยีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Integration) การพัฒนาระบบนัดหมายอิเล็กทรอนิกส์พัฒนาระบบนัดหมายและจัดการคิวแบบดิจิทัล เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลเครือข่ายและโรงพยาบาลกุมภวาปี การให้ความรู้ผ่านช่องทางดิจิทัลพัฒนาแอปพลิเคชัน LINE Official Account เพื่อให้คำแนะนำการเตรียมตัวก่อน-หลังส่องกล้อง การแจ้งเตือนนัดหมาย และการติดตามผลการตรวจ ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลและสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา 4) หลักการ Model of Improvement และวงจร PDSA การตั้งเป้าหมายกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและวัดผลได้ เช่น ผู้ป่วย FIT Positive ร้อยละ 100 ได้รับการส่องกล้องภายใน 1 เดือน ลดระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลงร้อยละ 50 การเฝ้าดู-ปรับเปลี่ยนติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูล และปรับปรุงกระบวนการตามผลที่ได้ วงจร Plan-Do-Study-Act วางแผนมาตรการ ปฏิบัติตามแผน ศึกษาผลลัพธ์ และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

1.3) แบบฟอร์มคัดกรองและจัดลำดับความเสี่ยง เป็นเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย FIT Positive เพื่อจำแนกกลุ่มความเสี่ยงและกำหนดลำดับความเร่งด่วนในการส่องกล้องลำไส้

1.4) แอปพลิเคชัน LINE Official Account สำหรับการให้ความรู้ คำแนะนำการเตรียมตัวก่อน-หลังส่องกล้อง การแจ้งเตือนนัดหมาย การติดตามอาการ และช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการกับทีมสหวิชาชีพ

1.5) ระบบฐานข้อมูลเชื่อมโยง เป็นระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย การนัดหมายและผลการตรวจระหว่างโรงพยาบาลเครือข่ายและโรงพยาบาลกุมภวาปี

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล และสถานที่พักอาศัย

2.2) แบบเก็บข้อมูลทางคลินิกและการคัดกรอง จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ค่า FIT ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ อาการเตือน เช่น ถ่ายเลือด เปลี่ยนแปลงการถ่ายอุจจาระ ปวดท้อง น้ำหนักลดโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ Body Mass Index (BMI) วันที่ได้รับการส่งตัว วันที่นัดส่องกล้อง ระยะเวลารอคอย ผลการส่องกล้อง ผลชิ้นเนื้อ และการติดตามผลการรักษา

2.3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการเตรียมตัวส่องกล้องลำไส้ แบ่งเป็น

รายด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้และปัจจัยเสี่ยง ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง FIT ความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องลำไส้ การเตรียมตัวก่อนส่องกล้อง การดูแลตนเองหลังส่องกล้อง และการติดตามผล รวมจำนวน 25 ข้อ

2.4) แบบประเมินความพึงพอใจ โดยกำหนดเป็นแบบประเมิน 5 ระดับ แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ กระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ การจัดลำดับคิวและระยะเวลารอคอย เจ้าหน้าที่และบุคลากรผู้ให้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวก การให้ข้อมูลและคำแนะนำผ่านช่องทางดิจิทัล ผลลัพธ์และคุณภาพการบริการ และความพึงพอใจโดยรวม รวมจำนวน 20 ข้อ

2.5) แบบบันทึกการใช้งานแอปพลิเคชัน LINE Official Account เพื่อติดตามพฤติกรรมการเข้าถึงข้อมูล ความถี่ในการใช้งาน และประเภทข้อมูลที่ผู้รับบริการสนใจ

2.6) แบบบันทึกการติดตามผลและปัญหาอุปสรรค สำหรับบันทึกปัญหาที่พบในระหว่างการดำเนินงาน การ แก้ไขปัญหา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์และแบบเก็บข้อมูลมาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิกและการคัดกรอง ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการเตรียมตัวส่องกล้องลำไส้ ความพึงพอใจ และข้อมูลการใช้งานแอปพลิเคชัน ด้วยความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เปรียบเทียบระยะเวลารอคอยการส่องกล้องลำไส้ระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ ระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการเตรียมตัวส่องกล้องลำไส้ระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ ระดับความพึงพอใจระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ และอัตราการมาตรวจตามนัดระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test และ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน และข้อเสนอแนะจากทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จำแนกประเด็นปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และแนวทางการพัฒนารูปแบบ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา การดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ในพื้นที่โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1) จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า ผู้รับบริการและญาติขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองและการส่องกล้องลำไส้ มีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการดมยาสลบ ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นในการตรวจแม้ไม่มีอาการผิดปกติ นอกจากนี้ยังพบปัญหาระยะเวลารอคอยนาน โดยปี 2567 มีเพียงร้อยละ 9.50 ที่ได้รับการส่องกล้องภายใน 1 เดือน และร้อยละ 90.50 รอนานกว่า 3 เดือน ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาเกิดจากการไม่มีระบบคัดกรอง

และจัดลำดับความเสี่ยง การจัดคิวเป็นแบบมาก่อนได้ก่อน ศัลยแพทย์มีจำนวนจำกัดเหลือ 3 คน ทำการส่องกล้องได้เพียง 5 รายต่อวัน การให้คำแนะนำยังต้องพึ่งพยาบาลทุกครั้ง ไม่มีช่องทางดิจิทัลที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ด้วยตนเอง การเตรียมลำไส้ไม่เพียงพอส่งผลให้ต้องนัดตรวจซ้ำ ผู้รับบริการต้องมาโรงพยาบาล 2 ครั้ง สร้างภาระค่าใช้จ่ายและความไม่สะดวก การส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลเครือข่ายและโรงพยาบาลกุมภวาปียังเป็นแบบเอกสารหรือโทรศัพท์ ไม่มีระบบฐานข้อมูลเชื่อมโยง การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และวางแผนการแก้ไขปัญหา โดยใช้กระบวนการร่วมกับคณะผู้บริหารโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน พบความท้าทายในการถ่ายทอดเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติ ความซับซ้อนในการบริหารจัดการทีมดูแล การพัฒนาเทคโนลยีดิจิทัล และการบริหารงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและการดูแลรักษาผู้รับบริการให้ครอบคลุม

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ด้วยระบบการแพทย์วิธีใหม่แบบดิจิทัลไร้รอยต่อโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2) การพัฒนารูปแบบใช้วงจร PDSA (Plan-Do-Study-Act) และหลักการ Model of Improvement ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ **ระยะที่ 1 Plan (การวางแผน)** ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดเป้าหมาย คือ ผู้ป่วย FIT Positive ได้รับการส่องกล้องภายใน 1 เดือนร้อยละ 100 ลดระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลงร้อยละ 50 เพิ่มอัตราการมาตรวจตามนัดเป็นร้อยละ 90 และลดจำนวนครั้งที่ผู้รับบริการต้องมาโรงพยาบาล จากนั้นจัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 15 คน เพื่อระดมสมองและออกแบบรูปแบบการดูแลใหม่ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก คือ 1) พัฒนาแบบฟอร์มคัดกรองและจัดลำดับความเสี่ยง สร้างเครื่องมือประเมินผู้ป่วย FIT Positive โดยพิจารณาจากค่า FIT อาการเตือน ประวัติครอบครัว อายุ และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ จำแนกกลุ่มเป็น High Risk (ต้องได้รับการตรวจภายใน 2 สัปดาห์) Moderate Risk (ภายใน 1 เดือน) และ Low Risk (ภายใน 2 เดือน) 2) พัฒนาระบบนัดหมายและจัดการคิวอิเล็กทรอนิกส์ สร้างระบบฐานข้อมูลเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลเครือข่ายและโรงพยาบาลกุมภวาปี เพื่อลงทะเบียนผู้ป่วย ส่งข้อมูล จัดลำดับคิวอัตโนมัติตามความเสี่ยง และติดตามสถานการณ์นัดหมาย 3) พัฒนาแอปพลิเคชัน LINE Official Account สร้างช่องทางดิจิทัลให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ การเตรียมตัวก่อนส่องกล้อง (วิธีรับประทานยาระบาย การงดอาหาร) การดูแลตนเองหลังส่องกล้อง ระบบแจ้งเตือนนัดหมายอัตโนมัติ และช่องทางสอบถามข้อสงสัย 4) ปรับกระบวนการให้บริการลดจำนวน Visit ประสานงานกับโรงพยาบาลเครือข่ายให้ทำการเจาะเลือด Pre-operative และตรวจ EKG ล่วงหน้าก่อนส่งตัว เพื่อให้ผู้รับบริการต้องมาโรงพยาบาลกุมภวาปีเพียงครั้งเดียวสำหรับนอนโรงพยาบาลและส่องกล้อง 5) พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องหลังตรวจพบความผิดปกติ จัดทำแนวทางให้คำปรึกษาด้านจิตใจ โภชนาการ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับผู้ที่ตรวจพบก้อนเนื้อหรือมะเร็ง มีการติดตามผลอย่างเป็นระบบ 6) ส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้รับบริการและชุมชนเกี่ยวกับความสำคัญของการคัดกรอง การเตรียมตัว และการติดตามผล ผ่านช่องทางต่างๆ ทั้งโรงพยาบาล โรงพยาบาลเครือข่าย และแอปพลิเคชัน 7) พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง กำหนดตัวชี้วัดและเป้าระวังผลการดำเนินงาน มีการประชุมทีมทุก 2 สัปดาห์เพื่อถอดบทเรียนและปรับปรุงกระบวนการ **ระยะที่ 2 Do (การปฏิบัติ)** ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ตั้งแต่เดือนมกราคม-ตุลาคม 2568 โดยเริ่ม

จากการอบรมทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับการใช้แบบฟอร์มคัดกรองความเสี่ยง ระบบนัดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และการใช้แอปพลิเคชัน LINE Official Account จำนวน 2 ครั้ง โรงพยาบาลเครือข่ายทั้ง 5 แห่งเริ่มใช้แบบฟอร์มคัดกรองกับผู้ป่วย FIT Positive ทุกราย ส่งข้อมูลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ระบบจะจัดลำดับคิวอัตโนมัติตามความเสี่ยง พยาบาล OPD ศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปีตรวจสอบและยืนยันคิว แจ้งนัดหมายผ่าน LINE Official Account ผู้รับบริการได้รับข้อมูลนัดหมายพร้อมลิงก์เข้าสู่แอปพลิเคชันที่มีเนื้อหาการเตรียมตัวครบถ้วน มีวิดีโอสาธิต บทความ และคำถามที่พบบ่อย ก่อนวันนัดส่องกล้อง 3 วัน 1 วัน และในวันนัดระบบจะส่งข้อความแจ้งเตือนอัตโนมัติ ผู้รับบริการสามารถสอบถามข้อสงสัยผ่านแอปพลิเคชันได้ตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลจะตอบภายใน 2-4 ชั่วโมง โรงพยาบาลเครือข่ายดำเนินการเจาะเลือดและตรวจ EKG ล่วงหน้า ส่งผลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ผู้รับบริการมาโรงพยาบาลกุมภวาปีเพียงครั้งเดียวเพื่อนอนโรงพยาบาลและส่องกล้อง หลังส่องกล้องได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองและนัดติดตามผลผ่านแอปพลิเคชัน ผู้ที่ตรวจพบก้อนเนื้อหรือมะเร็งได้รับการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมจากทีมสหวิชาชีพ **ระยะที่ 3 Study (การศึกษาผลลัพธ์)** ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จัดประชุมทีมทุก 2 สัปดาห์เพื่อทบทวนข้อมูลตัวชี้วัด ถอดบทเรียน และระบุปัญหาอุปสรรค พบว่า ปัญหาและอุปสรรคที่พบ เดือนแรกพบปัญหาโรงพยาบาลเครือข่ายบางแห่งยังไม่คุ้นเคยกับระบบอิเล็กทรอนิกส์ มีข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้รับบริการผู้สูงอายุบางรายไม่มี LINE หรือไม่คุ้นเคยกับการใช้แอปพลิเคชัน ต้องให้ญาติช่วยเหลือ การเจาะเลือดล่วงหน้าที่โรงพยาบาลเครือข่ายบางรายมีผลตรวจผิดปกติ ต้องตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลกุมภวาปี ผู้รับบริการบางรายเตรียมลำไส้ไม่เพียงพอแม้มีคำแนะนำในแอปพลิเคชัน การนัดหมายผู้ป่วยกลุ่ม High Risk จำนวนมากในช่วงเดือนแรกทำให้คิวแน่น การแก้ไขปัญหา จัดอบรมเพิ่มเติมและให้การสนับสนุนทางโทรศัพท์แก่โรงพยาบาลเครือข่าย เพิ่มช่องทางการติดต่อผ่านโทรศัพท์สำหรับผู้ที่ไม่สามารถใช้แอปพลิเคชันได้ กำหนดให้ตรวจเลือดใหม่ที่โรงพยาบาลกุมภวาปีหากผลผิดปกติหรือเก็บตัวอย่างนานกว่า 2 สัปดาห์ เพิ่มเนื้อหาวิดีโอสาธิตการเตรียมลำไส้ที่เข้าใจง่าย โทรยืนยันการเตรียมตัวก่อนวันนัด 1 วัน ปรับการจัดคิวโดยกระจายผู้ป่วย High Risk ให้เหมาะสมกับกำลังรองรับ **ระยะที่ 4 Act** (การปรับปรุงและดำเนินการต่อเนื่อง) นำข้อมูลจากการศึกษาผลลัพธ์มาปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงเนื้อหาในแอปพลิเคชันให้เข้าใจง่ายขึ้น เพิ่มคำแนะนำเป็นภาษาพูดท้องถิ่น ปรับระบบการจัดคิวให้สมดุลระหว่างความเร่งด่วนและกำลังรองรับ เสริมการติดตามผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างใกล้ชิด พัฒนาคู่มือปฏิบัติงานสำหรับโรงพยาบาลเครือข่าย และจัดทำมาตรฐานการส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจน รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นครบถ้วนและเป็นระบบประกอบด้วย 7 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันอย่างไร้รอยต่อ สามารถนำไปใช้ได้จริงและมีความยั่งยืน ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจและเห็นประโยชน์ของรูปแบบใหม่ พร้อมสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

3. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ด้วยระบบการแพทย์วิธีใหม่แบบดิจิทัลไร้รอยต่อ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3)

3.1 ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้รูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ด้วยระบบการแพทย์วิธีใหม่แบบดิจิทัลไร้รอยต่อ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ด้านสมรรถนะของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย พบว่า ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีสมรรถนะในการดูแลผู้รับบริการเพิ่มขึ้น เดิมในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.15 ± 0.82 ภายหลังการพัฒนารูปแบบ สมรรถนะเพิ่มขึ้นในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.72 ± 0.68 โดยเฉพาะด้านการใช้ เทคโนลยีดิจิทัล การคัดกรองความเสี่ยง และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ ด้านตัวชี้วัดทางคลินิก พบว่า อัตราการได้รับการส่องกล้องภายใน 1 เดือน ก่อนพัฒนา (ปี 2567) ร้อยละ 9.50 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 87.30 และในกลุ่มตัวอย่าง (ระหว่างดำเนินการวิจัย) ร้อยละ 92.06 ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย ก่อนพัฒนา 128.50 ± 42.30 วัน หลังพัฒนาลดลงเป็น 24.80 ± 8.60 วัน ลดลงร้อยละ 80.70 อัตราการมาตรวจตามนัด ก่อนพัฒนา ร้อยละ 71.50 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 90.48 อัตราการเตรียมลำไส้ที่เพียงพอ ก่อนพัฒนา ร้อยละ 78.20 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 93.65 จำนวนครั้งที่ผู้รับบริการต้องมาโรงพยาบาล ก่อนพัฒนา 2 ครั้ง หลังพัฒนาลดลงเป็น 1 ครั้ง (ลดลงร้อยละ 50.00) การใช้งานแอปพลิเคชัน LINE Official Account มีผู้รับบริการลงทะเบียนและใช้งานร้อยละ 85.71 โดยเข้าใช้งานเฉลี่ย 5.20 ± 2.10 ครั้งต่อคน ความถี่ในการสอบถามข้อสงสัยเฉลี่ย 2.80 ± 1.50 ครั้งต่อคน ผลการส่องกล้องลำไส้ จากผู้รับบริการ 63 คน พบ ลำไส้ปกติ จำนวน 28 คน ร้อยละ 44.44 พบ Polyp ขนาดเล็ก จำนวน 18 คน ร้อยละ 28.57 พบ Advanced Adenoma จำนวน 12 คน ร้อยละ 19.05 พบมะเร็งลำไส้ระยะ 1-2 จำนวน 4 คน ร้อยละ 6.35 และพบมะเร็งลำไส้ระยะ 3 จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.59 ตามลำดับ

3.2 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ทางคลินิก ด้านความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการเตรียมตัวส่องกล้องลำไส้ พบว่า ภายหลังการพัฒนา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและการใช้บริการ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบระยะเวลารอคอย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ในพื้นที่โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี จากการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ในพื้นที่โรงพยาบาลกุมภวาปี พบปัญหาสำคัญคือ ระยะเวลารอคอยการส่องกล้องลำไส้ที่ยาวนานเกินกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้ผู้ป่วยที่มีผล FIT Positive ต้องได้รับการส่องกล้องภายในหนึ่งเดือน ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยรอคอยนานกว่าสามเดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเทียนกนนท์ กีรธิชนานนท์ และคณะ[19] ที่ระบุว่าประเทศไทยมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่องกล้องจำนวนจำกัดประมาณหนึ่งพันคน ในขณะที่มีประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการคัดกรองถึงสิบสี่ล้านคน และระบบสุขภาพสามารถรองรับการส่องกล้องได้น้อยกว่าสองแสนรายต่อปี สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลารอคอยยาวนานและอาจส่งผลต่อการตรวจพบมะเร็งในระยะลุกลาม ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งคือการขาดระบบคัดกรองและจัดลำดับความเสี่ยง โรงพยาบาลกุมภวาปีใช้วิธีการจัดคิวแบบมาก่อนได้ก่อน โดยไม่คำนึงถึงระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีอาการเตือน เช่น ถ่ายเลือด น้ำหนักลด หรือมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ ต้องรอคอยนานพอๆ กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักการทางการแพทย์และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นมะเร็งระยะลุกลาม

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ด้วยระบบดิจิทัลไร้รอยต่อ ประกอบด้วยเจ็ดองค์ประกอบหลักที่บูรณาการเข้าด้วยกัน การใช้วงจร PDSA และหลักการ Model of Improvement ช่วยให้กระบวนการพัฒนาเป็นระบบและสามารถปรับปรุงได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพแบบต่อเนื่อง องค์ประกอบแรกคือแบบฟอร์มคัดกรองและจัดลำดับความเสี่ยง ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อจำแนกผู้ป่วย FIT Positive ออกเป็น

สามกลุ่ม ได้แก่ High Risk, Moderate Risk และ Low Risk โดยพิจารณาจากปัจจัยหลายประการ เช่น ค่า FIT อาการเตือน ประวัติครอบครัว อายุ และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ การจัดลำดับความเสี่ยงนี้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของเทียนกนนท์ กีรธิชนานนท์ และคณะ (2564) ที่แนะนำให้ใช้คะแนนความเสี่ยงเพื่อจัดลำดับความสำคัญของการนัดหมายส่องกล้อง องค์ประกอบที่สองคือระบบนัดหมายและจัดการคิวอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลเครือข่ายและโรงพยาบาลกุมภวาปี สามารถจัดลำดับคิวอัตโนมัติตามความเสี่ยงและติดตามสถานะการนัดหมาย การพัฒนาระบบดิจิทัลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทวีศักดิ์ วิจิตรพันธ์[20] ที่พัฒนาระบบคิวอิเล็กทรอนิกส์สำหรับห้องฉุกเฉิน และพบว่าสามารถลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มความพึงพอใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์ประกอบที่สามคือแอปพลิเคชัน LINE Official Account ซึ่งเป็นนวัตกรรมสำคัญในการให้ความรู้และติดตามผู้รับบริการ ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังส่องกล้อง รับการแจ้งเตือนนัดหมายอัตโนมัติ และสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา การใช้แอปพลิเคชันนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Miller และคณะ (2018) ที่พบว่าเครื่องมือดิจิทัลสามารถเพิ่มอัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้ได้เป็นสองเท่า โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบยังคำนึงถึงบริบทของประเทศไทยและข้อจำกัดด้านทรัพยากร

ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ด้วยระบบการแพทย์วิธีใหม่แบบดิจิทัลไร้รอยต่อ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผลการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นแสดงให้เห็นความสำเร็จในหลายมิติ ระยะเวลารอคอยลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากกว่าสี่เดือนเหลือเพียงเกือบหนึ่งเดือน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถแก้ไขปัญหาสำคัญที่สุดของระบบเดิมได้ การลดระยะเวลารอคอยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทวีศักดิ์ วิจิตรพันธ์[20] ที่พบว่าระบบดิจิทัลสามารถลดระยะเวลารอคอยได้มากกว่าหนึ่งในสาม และยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Yan และคณะ (2022) ที่พบว่าเครื่องมือดิจิทัลเพิ่มอัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้อย่างมีนัยสำคัญ อัตราการได้รับการตรวจภายในหนึ่งเดือนเพิ่มขึ้นจากเกือบร้อยละสิบเป็นมากกว่าร้อยละเก้าสิบ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบใหม่ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถบรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขได้ใกล้เคียงมาก ความสำเร็จนี้เกิดจากการบูรณาการหลายองค์ประกอบเข้าด้วยกัน ได้แก่ การจัดลำดับความเสี่ยง ระบบนัดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และการประสานงานที่ดีขึ้นระหว่างหน่วยบริการ อัตราการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้แอปพลิเคชัน LINE Official Account ที่ให้ข้อมูลครบถ้วนและส่งข้อความแจ้งเตือนอัตโนมัติ

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากฝ่ายการพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลเครือข่ายในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาในการบริหารจัดการกำลังคน ปัญหาการดำเนินงาน และอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ด้วยระบบดิจิทัลไร้รอยต่อ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมวิเคราะห์และคืนข้อมูลให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน การประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติร่วมกันทั้งองค์กรและเครือข่าย ส่งผลให้การดูแลผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้มีมาตรฐาน มีความปลอดภัย และพยาบาลในองค์กร ภาคีเครือข่าย สามารถปฏิบัติงานร่วมกันในการคัดกรองและติดตามผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การพัฒนาและปรับปรุงระบบดิจิทัลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะแอปพลิเคชัน LINE Official Account และระบบนัดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและบุคลากร รวมทั้งการเพิ่มฟีเจอร์ใหม่ๆ เช่น ระบบ

แจ้งเตือนผลการตรวจ ระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ และการเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องครบวงจร

3. การจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับ ทั้งทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลกุมภวาปีและบุคลากรในโรงพยาบาลเครือข่าย ในการใช้งานระบบดิจิทัล การคัดกรองความเสี่ยง และการให้คำปรึกษาผู้รับบริการ รวมทั้งการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพแม้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากร

4. การขยายผลรูปแบบการดูแลไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน โดยปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น จำนวนศัลยแพทย์ จำนวนผู้รับบริการ และโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนลยีสารสนเทศ เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

5. การติดตามประเมินผลระยะยาวของรูปแบบการดูแล โดยเฉพาะผลลัพธ์ด้านการตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มต้น อัตราการรอดชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งการวิเคราะห์ความคุ้มค่าด้านต้นทุนของการลงทุนในระบบดิจิทัล เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจในการขยายผลและพัฒนาต่อไป

6. การพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายเพื่อรองรับผู้รับบริการทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่คุ้นเคยกับเทคโนลยี โดยอาจพิจารณาพัฒนาระบบเสียงภาษาไทยอัตโนมัติหรือบริการ Video Call เพื่อให้คำปรึกษา รวมทั้งการจัดตั้งศูนย์บริการข้อมูลที่สามารถให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

7. การบูรณาการรูปแบบการดูแลเข้ากับโครงการคัดกรองมะเร็งชนิดอื่นๆ เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรและอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการในการตรวจคัดกรองหลายชนิดในคราวเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยในพื้นที่ของโรงพยาบาลโรงพยาบาลกุมภวาปี และบุคลากรในโรงพยาบาลโรงพยาบาลกุมภวาปี และภาคีเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลกุมภวาปี นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Global Cancer Observatory. (2020). Colorectal cancer fact sheet. International Agency for Research on Cancer.
2. Hewitson, P., Glasziou, P., Watson, E., Towler, B., & Irwig, L. (2018). Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): An update. American Journal of Gastroenterology, 103(6), 1541-1549.
3. World Health Organization. (2020). WHO position paper on colorectal cancer screening. WHO Press.
4. Corley, D. A., Jensen, C. D., Marks, A. R., Zhao, W. K., de Boer, J., Levin, T. R., Doubeni, C., Zauber, A. G., Schottinger, J. E., & Quinn, V. P. (2017). Variation of adenoma prevalence by age, sex, race, and colon location in a large screening population. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 15(7), 1036-1045.
5. National Health Service. (2019). Cancer waiting times guidance. NHS England.

6. Tate, A. R., Martin, A. G., Ali, A., & Sidhu, R. (2018). Using smartphone applications to improve bowel preparation quality for colonoscopy: A systematic review. Endoscopy International Open, 6(7), E746-E753.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2568ข). รายงานสถานการณ์มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงจังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2568. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.
8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุมภวาปี. (2568). รายงานสถิติสาธารณสุขอำเภอกุมภวาปี ปีงบประมาณ 2568. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุมภวาปี.
9. โรงพยาบาลกุมภวาปี. (2568). รายงานสถิติการให้บริการส่องกล้องลำไส้ ปีงบประมาณ 2568. โรงพยาบาลกุมภวาปี.
10. Helsingen, L. M., Vandvik, P. O., Jodal, H. C., Agoritsas, T., Lytvyn, L., Anderson, J. C., Aukrust, P., Murphy, S., & Bretthauer, M. (2019). Colorectal cancer screening with faecal immunochemical testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: A clinical practice guideline. BMJ, 367, l5515.
11. Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2019). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. Health Affairs, 20(6), 64-78.
12. Kruse, C. S., Krowski, N., Rodriguez, B., Tran, L., Vela, J., & Brooks, M. (2018). Telehealth and patient satisfaction: A systematic review and narrative analysis. BMJ Open, 7(8), e016242.
13. Haggerty, J. L., Roberge, D., Freeman, G. K., & Beaulieu, C. (2020). Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: A qualitative metasummary. Annals of Family Medicine, 18(3), 256-266.
14 Singh, H., Petersen, L. A., Daci, K., Collins, C., Khan, M., & El-Serag, H. B. (2019). Reducing referral delays in colorectal cancer diagnosis: Is it about how you ask? Quality and Safety in Health Care, 19(5), e27.
15. Mathews, S. C., McShea, M. J., Hanley, C. L., Ravitz, A., Labrique, A. B., & Cohen, A. B. (2019). Digital health: A path to validation. npj Digital Medicine, 2(1), 38.
16. นวพร แก้วกัน, สุรางค์ จันทร์สว่าง, และประภาพร สุขใจ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่มีผลคัดกรองผิดปกติ. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(1), 88-97.
17. ศิริพร นาคสุวรรณ, อัจฉรา พูลสวัสดิ์, และนิภา จันทร์แสง. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่. วารสารพยาบาลทหาร, 18(3), 112-123.
18. อรพรรณ สุขสวัสดิ์, มณีรัตน์ แสงสว่าง, และปราณี อินทร์แก้ว. (2561). ผลของการดูแลแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลโรคมะเร็ง, 28(2), 78-92.
19. เทียนกนนท์ กีรธิชนานนท์, ชัยวงศ์ ปณิตนันท์, ไพโรจน์ พรหมประกาศิต, และ สมเกียรติ เดโช. (2564). สถานการณ์ปัจจุบันของมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงและภาระด้านสาธารณสุขในประเทศไทย. Clinical Endoscopy, 54(4), 499-508.
20. ทวีศักดิ์ วิจิตรพันธ์. (2565). การพัฒนาระบบคิวสำหรับห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลสันป่าตองโดยใช้แอปพลิเคชันเว็บ. วารสารควบคุมโรค, 48(3), 680-687.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

The Development of a Care Model for Drug User in Amphoe Phanna Nikhom, Sakon Nakorn Province.

(Received: December 1,2025 ; Revised: December 11,2025 ; Accepted: December 16,2025)

นภาภัช จุลนีย์[1]
Napapat Joollanee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการคัดกรองว่ามีสารเสพติดในร่างกายจริงและผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 28 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ที่พัฒนาขึ้น 2) แบบประเมิน Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL–BREF–THAI) 4) แบบประเมินการใช้ยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ความแตกต่างก่อนหลังการพัฒนารูปแบบด้วย dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ก่อนการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีผลกระทบจากการใช้สารเสพติดระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบฯ มีผลกระทบจากการใช้สารเสพติดระดับต่ำ 2) ผลการประเมินระดับทรัพยากรในตัวบุคคลแบบกว้าง (BARC-10) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่ามีระดับ Recovery Capital ต่ำ 3) ระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวม ก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับต่ำ หลังการใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับกลาง แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ .05

คำสำคัญ : ผู้ป่วยยาเสพติด, การมีส่วนร่วมของชุมชนม, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This Participatory Action Research (PAR) of Care Model for Drug User in Amphoe Phanna Nikhom, Sakon Nakorn Province. The Sample were 28 Drug User have drugs detected in the body and voluntary drug treatment. Research Instrument by 1) Care Model for Drug User 2) The assessment of Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) 3) WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life - BREF). Data were analyzed by frequenzy , mean , standard deviation , content analysis and dependent t-test.

The result were show before use care model have the effects of drug use is moderate-level and after is low-level 2) Recovery capital is low-level before and after use care model 3) Quality of Life is Moderate-level that is not significant.

Key words: Drug User, Community Participation, Care Model for Drug User

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาในสังคมที่รุนแรงที่สุดในทุกประเทศทั่วโลก ถึงแม้ว่าจะมีมาตรการรวมถึงนโยบายต่าง ๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง โดยจากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ [1] พบว่าในปี 2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ที่ติดยาเสพติด ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 26 เมื่อเทียบจาก 10 ปีที่

[1] พย.บ.อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ เด็กและเยาวชนมีการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่รวมถึงใช้ในปริมาณที่มากกว่าเช่นเดียวกัน ปัญหายาเสพติดจึงต้องได้รับการแก้ไขโดยเร็วที่สุด เนื่องจากก่อให้เกิดอาชญากรรม เป็นปัญหาสังคมและเศรษฐกิจ และที่สำคัญคือเป็นตัวบ่อนทำลายเยาวชนซึ่งเป็นรากฐานของประเทศ ปัจจุบันยาเสพติดได้แพร่ขยายเข้าสู่ชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศ ก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงและผลกระทบมากมาย โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชจากการเสพยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษาในแต่ละปี ร้อยละ 50.00 เป็นผู้ที่ก่อความรุนแรงด้วย ปัญหายาเสพติดในชุมชนของกลุ่มเด็กและเยาวชนมักมีสาเหตุพื้นฐานมาจาก 1) สถานภาพทางครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้าง 2) อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนที่ชักจูงจนเกิดความอยากรู้และอยากลอง 3) ปัญหาพฤติกรรมลอกเลียนแบบจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้ปกครอง 4) ความเสี่ยงที่เกิดจากสื่อที่มีการแสดงตัวอย่างจนทำให้เกิดความเข้าใจผิดในหมู่เยาวชน เช่น ความเท่ ความรวย ที่ได้จากการเสพยาและการจำหน่ายยาเสพติด 5) สภาพแวดล้อมในชุมชนและระดับการศึกษาที่ทำให้เยาวชนขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาเสพติด [2] ปัญหายาเสพติดในชุมชน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านสาธารณสุข ร่างกายของผู้ที่เสพยาเสพติดทรุดโทรม อ่อนแอ เสียสุขภาพ มีผลต่อระบบสมองและประสาท 2) ปัญหาด้านสังคม ทำให้สังคมเสื่อมโทรม เนื่องจากผู้เสพจำนวนมาก ไม่ยอมทำงาน ไม่เรียนหนังสือ และอาจเกิดความขัดแย้งระหว่างกลุ่มผู้เสพยากับกลุ่มคนปกติ 3) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณของรัฐในการใช้จ่ายเพื่อรักษาผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดตาม พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด อีกทั้งยังทำให้ขาดแรงงานที่มีประสิทธิภาพ 4.) ปัญหาอาชญากรรม เนื่องจากยาเสพติดทำให้ขาดสติ เกิดปัญหาลักทรัพย์ หรืออาชญากรรมต่าง ๆ เช่น จี้จับตัวเนื่องมาจากเกิดการหลอน และการประทุษร้ายผู้อื่น ที่ผ่านมาการแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทยทำได้จำกัด เนื่องจากไม่สามารถจัดการแหล่งผลิตยาเสพติดภายนอกประเทศได้ และความพยายามลักลอบนำยาเสพติดเข้ามาในไทยอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งปัญหาการแพร่ระบาดในหมู่บ้านหรือชุมชนก็ไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง ที่สำคัญปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 24 ปี มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหายาเสพติดจึงเป็นปัญหาที่คุกคามสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้น การแก้ปัญหายาเสพติดในชุมชน จึงเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วน ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันในการแก้ไข เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพในระยะยาว[2]

จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับสถานการณ์ยาเสพติดในจังหวัดสกลนคร ปี 2567 โดยสำนักงานสถิติสกลนครร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการป้องกันปราบปรามยาเสพติด จังหวัดสกลนคร พบว่าการระบาดยาเสพติดอันดับ 1 คือยาบ้า ร้อยละ 92.1 อันดับ 2 คือ ยาแก้ไอที่ผสมอย่างอื่น ร้อยละ 26.7 อันดับ 3 คือยาแก้แพ้ผสมเครื่องดื่ม ร้อยละ 4.9 อันดับ 4 ยาแก้ปวดผสมเครื่องดื่ม ร้อยละ 3.8 อันดับ 5 คือ เฮโรอีน ในด้านการพบเห็นปัญหายาเสพติดในชุมชนพบว่า ร้อยละ 6.6 ไม่พบเห็นแต่ทราบว่าชุมชนมีปัญหายาเสพติด ร้อยละ 21.9 ไม่พบเห็นและไม่ทราบ ร้อยละ 14.5 พบเห็นด้วยตัวเอง ในด้านความเดือดร้อนของชุมชนจากปัญหายาเสพติดพบว่า ร้อยละ 23.3 การส่งเสียงดังก่อความรำคาญ ร้อยละ 13.2 การกระทำความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ ร้อยละ 13.2 แก๊งมอเตอร์ไซด์ซิ่ง [3]

สำหรับการระบาดของยาเสพติดในอำเภอพรรณานิคม ในปี 2565-2567 พบผู้ป่วยยาเสพติดจำนวน 68, 91 และ 102 รายตามลำดับ การดำเนินแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คือการนำผู้ป่วยยาเสพติดเข้าค่ายบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในพื้นที่ ผลการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยยาเสพติดเลิกใช้สารเสพติดได้แค่ระยะเวลาสั้นๆ และจากสถิติปี 2565-2567 มี

ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำร้อยละ 50.02, 59.34 และ 59.80 ตามลำดับการแก้ไขปัญหายาเสพติดในปัจจุบันประเทศไทยมีการปรับแผนการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้สอดคล้องกับที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยปัญหายาเสพติดโลก ค.ศ. 2016 (UNGASS 2016) ด้วยการใช้สาธารณสุขนำการแก้ไขปัญหายาเสพติด เน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยพร้อมกับการแก้ไขปัญหาสังคมไปด้วยกัน แต่ยังคงป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอย่างเข้มงวด ในด้านการบำบัดรักษาเริ่มจากการคัดกรองผู้เสพ-ผู้ติดยาเสพติด แล้วนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดอย่างเหมาะสมโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงและแนวโน้มในการก่อความรุนแรงหรือมีอาการทางจิต ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด อีกทั้งยังเน้นการสร้างระบบบำบัดฟื้นฟูแบบ “ชุมชนเป็นฐาน” หรือ Community Based Treatment (CBTx) ที่เป็นแนวคิดการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมและชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ได้โดยไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อน โดยการบูรณาการรูปแบบการดูแลรักษาให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่เดิม และจัดบริการต่าง ๆ ในชุมชนให้ใกล้ชิดกับสถานที่เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการชีวิตในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น การปรับตัวเพื่อเข้าสังคม หรือ การฝึกอาชีพเพื่อหารายได้ เป็นต้น[4]

จากความสำคัญในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนที่กล่าวมา ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จึงสนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร เพื่อส่งเสริมให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในชุมชนได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการคัดกรองว่ามีสารเสพติดในร่างกายจริงและผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 28 ราย

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G Power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสถิติ dependent t-test มีขั้นตอนการใช้โปรแกรม ตามที่ นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ[5]เสนอไว้คือ เลือก Test เป็น Mean Two dependent group ,เลือก statistical test เป็น Wilcoxon signed-rank test (matched paired), เลือก Type of power analysis เป็น A priori : Compute required sample size – given α, power and effect size , ใส่ค่าต่างๆ ในการวิจัยนี้กำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.50 ค่า p-value เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ Power (1-β) เท่ากับ 0.80 (มาจากกำหนดค่าβ ร้อยละ 20 ได้ค่า Power ร้อยละ 80), กดปุ่ม calculate ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 28 ราย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยยาเสพติดอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีผลตรวจปัสสาวะพบสารเสพติด 3) มีประวัติการใช้ยาเสพติด และยังใช้ยาเสพติดต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน 4) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด การได้ยิน การมองเห็น 5) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 6) สามารถใช้โทรศัพท์ Smart Phone ได้

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) 1)

ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2) ผู้ป่วยออกนอกพื้นที่ในระหว่างการศึกษาวิจัย และไม่สามารถติดตามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ที่พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมิน Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

2.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย

2.3 แบบสัมภาษณ์และประเมินการใช้ยาเสพติดที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ) V.2 ดังนี้

2.3.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย

2.3.2 ข้อมูลการใช้ยาเสพติดที่พัฒนาจากแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 มีการแปลผลตามระดับคะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 2-3 หมายถึง มีผลกระทบจากการใช้ สารเสพติดระดับต่ำ

ระดับคะแนน 4-26 หมายถึง มีผลกระทบจากการใช้สารเสพติดระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 27 ขึ้นไป หมายถึง มีผลกระทบจากการใช้สารเสพติดระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมิน Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์และประเมินการใช้ยาเสพติด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบเนื้อหาให้ตรงกับวัตถุประสงค์ ผลการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.92 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์และประเมินการใช้ยาเสพติดไปใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่อำเภอพรรณานิคม โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวมรวมข้อมูลดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากประธาน คกก.พชอ.พรรณานิคม

2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านและแบบสัมภาษณ์และประเมินการใช้ยาเสพติดแบบประเมิน Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย โดยพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้วยการไม่ระบุชื่อผู้ป่วยในการนำเสนอ

3. เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยาเสพติด การสนทนากลุ่มและการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการกับทีมดูแลผู้ป่วย มีการรักษาความลับของข้อมูลทุกคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของการการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติด คุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วย dependent t-test

3) วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพเครื่องมือ จากการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Analysis) และวิเคราะห์ค่า Reliability ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่โครงการ SKN REC 2025-070

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

ขั้นตอน	กิจกรรม	เครื่องมือ	ผู้ดำเนินการ
ขั้นตอนที่ 1การสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน	.1วิเคราะห์ข้อมูลชุมชน สถานการณ์ปัญหายาเสพติดที่เกี่ยวข้อง 2. เสนอเข้าที่ประชุมเพื่อหารือแสดงความคิดเห็นในการจัดการแก้ไขปัญหา .3การเตรียมชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำและสมาชิกในชุมชน รวมถึงครอบครัวของผู้ใช้ยาเสพติดและอาสาสมัครต่างๆ เช่น อสมทำหน้าที่เฝ้าระวัง ป้องกัน ค้นหาคัดกรอง ประเมิน .อสค ปัญหาของผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชนที่เข้าใจ เข้าถึง และให้การช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติดควบคู่ไปกับกิจกรรมการพัฒนาชุมชนและวิถีชีวิตปกติประจำวัน โดยการเยี่ยมบ้านผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัว		.1ผู้วิจัยและเลขาฯ พชอ 2. คกก .พชอ. ทหาร ตำรวจ
ขั้นตอนที่ 2 วางแผนดำเนินการ	คัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด แบ่งเป็น (1กลุ่ม ต้องพบแพทย์เพื่อบำบัดรักษาใน กลุ่มสีแดง 1 โรงพยาบาล (2กลุ่ม (ทุเลา แต่ต้องมีญาติดูแล/อาการคงที่) กลุ่มสีเหลือง 2 (3กลุ่ม บำบัดในศูนย์ (อาการคงที่ ดูแลตัวเองได้) กลุ่มสีเขียว 3 มินิธัญญารักษ์	.1ตรวจปัสสาวะ .2แบบประเมินOAS 3.แบบสัมภาษณ์และประเมินการใช้ยาเสพติด บคก .กสธ.V.2	.1ผู้นำชุมชน .2คกก .พชอ. ทหาร ตำรวจ
ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มสีเขียวในชุมชน	1. ให้ความรู้ความเข้าใจในการบำบัดรักษาและการป้องกันยาเสพติด 2. การเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัว ให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) ทำจิตสังคมบำบัดและให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความคิด ความรู้สึก	โทรศัพท์ line VDO call	ผู้วิจัยร่วมกับ .1ผู้นำชุมชน , .อสม .2พยาบาล/จนทสาธารณ.สุขจากสถาน
ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มสีเขียวในชุมชน (ต่อ)	เกี่ยวกับปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ สนับสนุนช่วยเหลือให้สามารถใช้ชีวิตขั้นพื้นฐานในชุมชน .3เมื่อกลับจากโรงพยาบาลผ่านการบำบัด รักษาแล้ว ชุมชนให้การดูแลต่อเนื่อง ให้รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ เช่น กรณี	โทรศัพท์ line VDO call	บริการใกล้บ้าน .3คกกพชอ . ทหาร ตำรวจ .4องค์กรพัฒนาสังคม

ตารางที่ 1 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

ขั้นตอน	กิจกรรม	เครื่องมือ	ผู้ดำเนินการ
	ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย หรืออาจต้องพาไปพบแพทย์เป็นครั้ง คราว เพื่อการรักษาหรือรับยาต่อเนื่อง แนะนำผู้ดูแลและ อสม.) ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงOAS2 (Q ผ่านกูเกิ้นชีท และ วิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นผ่านทางโทรศัพท์/line เมื่อเกิด เหตุการณ์ที่รุนแรง เพื่อลดอาการกำเริบการก/ลับมาเสพซ้ำ		
ขั้นตอนที่ 4 ติดตาม ประเมินผล	พยาบาลร่วมกับ อสมผู้นำชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้านหลังการ . บำบัดตามกลุ่มผู้ป่วยดังนี้ **กลุ่มสีแดง** หลังการบำบัดครบ 1 ,สัปดาห์ 1เดือน 2 ,เดือน 4 , เดือน **กลุ่มสีเหลือง**หลังการบำบัดครบ สัปดาห์ 1, 1 เดือน, 2 เดือน, เดือน 4 **กลุ่มสีเขียว** หลังการบำบัดครบ สัปดาห์ 1, เดือน 1, เดือน 2, เดือน 4	1. .แบบประเมินแบบ ประเมิน BARC-หลังการ10 4 สัปดาห์ และ 1 บำบัด เดือน 2. แบบประเมินคุณภาพ ชีวิตของ หลังการบำบัดครบ 4 เดือน 3. แบบประเมินการใช้ยา เสพติด บคก. กสธ. V.2 หลังการบำบัดครบ 4 เดือน	ผู้วิจัย
ขั้นตอนที่ 5 การดูแลระยะยาว หลังการบำบัด	.1ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัว หลังการ บำบัดครบ 8 ,เดือน 6เดือน 1 ,ปี รวมทั้งหมดตั้งแต่หลังการ บำบัดรักษาต้องได้รับการเยี่ยมบ้านโดย อสมปี/ครั้ง 7 ไม่น้อยกว่า .พชอ.ผู้นำชุมชน และ คกก . .2องค์กรพัฒนาสังคม ร่วมดำเนินการส่งเสริมอาชีพ สร้าง รายได้ สร้างคุณค่า	.1แบบประเมินการใช้ยา เสพติด บคก .กสธ .V. 2 ปี 1 หลังการบำบัดครบ .2แบบประเมินแบบ ประเมิน Brief Assessment of Recovery Capital (BARC- (10หลังการบำบัด ปี 1	คกก.พชอ.

2. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ เพศชายร้อยละ 64.30 มีอายุเฉลี่ย 32.64 ปี เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 50.00 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 75.00 อาศัยอยู่กับพ่อและแม่ร้อยละ 39.30 อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่หรือญาติพี่น้อง ร้อยละ 60.70 และใช้สารเสพติดยาบ้าร้อยละ 92.90

2.2 ปริมาณการใช้ยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนใช้รูปแบบฯมีปริมาณการใช้สารเสพติดระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบฯ มีปริมาณการใช้สารเสพติดระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

2.3 ผลการประเมินระดับทรัพยากรในตัวบุคคลแบบกว้าง Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) หมายถึง ต้นทุนผู้ป่วยยาเสพติดทางสังคม กายภาพ และอาชีพ ภายใต้สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย มีความพร้อมสำหรับการเลิกยาเสพติดในระดับต่ำ ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

2.4 ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้รูปแบบมีระดับคุณภาพชีวิตระดับต่ำ หลังใช้รูปแบบมีระดับคุณภาพชีวิตใน

ระดับกลาง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าอาศัยอยู่กับพ่อและแม่ร้อยละ 39.30 อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่หรือญาติพี่น้อง ร้อยละ 60.70 และผลการประเมินระดับทรัพยากรในตัวบุคคลแบบกว้าง Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) หมายถึง ต้นทุนผู้ป่วยยาเสพติดทางสังคม กายภาพและอาชีพ ภายใต้สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย มีความพร้อมสำหรับการเลิกยาเสพติดในระดับต่ำ ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยาเสพติดมีแนวโน้มเลิกใช้ยาเสพติดในระดับต่ำ ซึ่ง วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์[6] ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ต้องขังคดียาเสพติด ในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า สถานภาพสมรสของบิดา มารดามีความสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ยาเสพติด กัญญา ภู่ระหงษ์ [7] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในเขตจังหวัดปทุมธานี พบว่า 1) ปัจจัยด้านครอบครัว การเลี้ยงดูในวัยเด็ก สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับระดับการเสพซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ยังมีอาการอยากยาเสพติด การรับรู้ว่าตนเองยังไม่อยากเลิก ติดใจในฤทธิ์ของยาเสพติด เหงาว้าเหว่ ไม่มีงานทำเป็นหลักแหล่ง เข้ากับเพื่อนกลุ่มใหม่ไม่ได้ ไม่มีเงินใช้ 3) ปัจจัยภายนอกจากเพื่อนและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ มีความขัดแย้งกับคนในครอบครัว บ้านอยู่ในแหล่งที่มีกลุ่มผู้ติดยาเสพติด แหล่งจำหน่ายยาเสพติด ได้รับการชักชวนจากเพื่อนที่เคยเสพติดด้วยกัน ครอบครัวและสังคมในชุมชนไม่ยอมรับมีความสัมพันธ์กับระดับการเสพซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ผลการศึกษาปริมาณการใช้ยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนใช้รูปแบบฯมีปริมาณการใช้สารเสพติดระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบฯ มีปริมาณการใช้สารเสพติดระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เนื่องจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ที่พัฒนาขึ้นโดยการศึกษาทบทวนเอกสารทางวิชาการ และการประชุมระดมสมองทีมสหสาขาวิชาชีพงานดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ทำให้ได้รูปแบบที่เป็นระบบ มีความชัดเจนในการปฏิบัติ ตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหา การเตรียมชุมชนและครอบครัวช่วยเฝ้าระวัง ป้องกัน ค้นหา คัดกรองและประเมินผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และการติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ หลังการบำบัดรักษา 4 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการใช้ยาเสพติดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา ภู่ระหงษ์ [7] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในเขตจังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าสิ่งที่ทำให้ไม่กลับไปเสพซ้ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การอยู่กับครอบครัวคิดว่าครอบครัวสำคัญที่สุด 2) ปฏิเสธเพื่อนชวนให้ได้ ตั้งสติมีความเชื่อมั่นในตนเองไม่คล้อยตามเพื่อน 3) ด้านการบำบัดรักษา ได้แก่ ระยะเวลาการบำบัดรักษาควรเป็น 6 เดือน หรือ 2 ปี และควรให้อยู่รับการรักษาจนแน่ใจว่าจิตใจเข้มแข็ง ประพัทธ์ ธรรมวงศา [8] ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบว่า ประชาชนไม่มีพฤติกรรมกลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ 95.2 กลุ่มเยาวชนในวัยเรียนไม่กลับไปเสพซ้ำและไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด ร้อยละ 100 และมีชุมชนต้นแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด

3. ผลการประเมินระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้รูปแบบมีระดับคุณภาพชีวิตระดับต่ำ หลังใช้รูปแบบมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับกลาง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ วสวัตติ์ ธงชัย และ เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร [9] ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดแบบกาย

จิต สังคมบำบัด จังหวัดยโสธร พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับเดียวกัน คือ ระดับปานกลาง และ วิภาสินี วะเศษสร้อย[10] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม พบว่า ผลการนำรูปแบบไปปฏิบัติ หลังเข้าร่วมกิจกรรมการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ การแก้ปัญหา, การสื่อสาร, บทบาท, การตอบสนองทางอารมณ์, การทำหน้าที่ทั่วไปอยู่ในระดับมาก การตอบสนองทางอารมณ์และความผูกพันทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง เปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมการตอบสนองทางอารมณ์ไม่แตกกันทางสถิติ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินผลการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) อาการถอนยาเสพติด อาการทางจิต ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการให้ความร่วมมือของครอบครัว และด้านสังคม (สัมพันธภาพกับผู้อื่น) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภาวะซึมเศร้า (9Q) และการฆ่าตัวตาย (8Q) ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้ห่างไกลยาเสพติด โดยการสอดส่องดูแลไม่ให้มียาเสพติดในชุมชน คือ สิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดใช้ยาเสพติดลดลงจนถึงเลิกเสพได้

2. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการดูแลจากชุมชนอย่างเข้มแข็งต่อเนื่อง 1-2 ปี

3. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดควรทบทวนผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทุก 6 เดือน -1 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้ผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดมองเห็นคุณค่าของตนเองและสังคม จนสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้อย่างถาวร

เอกสารอ้างอิง

1. UNODC. (2022). World Drug Report 2022 highlights trends on cannabis post-legalization, environmental impacts of illicit drugs, and drug use among women and youth. (n.d.). Retrieved December 28, 2022, from https://www.unodc.org/unodc/frontpage/2022/June/unodc-world-drug-
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567). เปิด 4 ปัญหาใหญ่ “ยาเสพติดในชุมชน”. เข้าถึงได้จาก https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=182
3. สำนักงานสถิติจังหวัดสกลนคร. (2567). สารสนเทศการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับสถานการณ์ยาเสพติดในจังหวัดสกลนคร. เข้าถึงได้จาก https://sakonnk.nso.go.th/statistical-information-service/infographic-interactive/infographic/drugs-in-sakon-nakhon-province.html
4. วีรวัต อุครานันท์ และ นันทา ชัยพิชิตพันธ์. แนวทางการดำาเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติที่ดี. กรุงเทพฯ:บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2567.
5. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรีพร สาตร์เพ็ชร และ ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER SAMPLE SIZE CALCULATION USING G*POWER PROGRAM. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2560;5(1):498-507.

6. วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ต้องขังคดียาเสพติดในจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาล. 2562;68(1):49-57.
7. กัญญา ภู่ระหงษ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในเขตจังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2561;32(2);23-40.
8. ประพันธ์ ธรรมวงศา. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567;6(1):1-14.
9. วสวัตติ์ ธงชัย และ เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร. คุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดแบบกาย จิต สังคมบำบัด จังหวัดยโสธร. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559;13(2):57-61.
10. วิภาสินี วะเศษสร้อย. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(2):166-173.

ผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

The Effect of Health Belief Model Application on Behavior Level Dengue Fever Prevention of Village Health Volunteers, Lam Sai Subdistrict, Lam Luk Ka District, Pathum Thani Province.

(Received: December 1,2025 ; Revised: December 4,2025 ; Accepted: December 7,2025)

ณัฐวุฒิ จูงศิริ[1] ปณิธาน กระสังข์[2]
Natthawut Chongsiri[1] and Panitan Grasang[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบประชากรที่ศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 95 คน กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power ได้กลุ่มตัวอย่าง 35 คน ได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired Sample t-test และ Independent Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ขณะกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่ำกว่าก่อนการทดลอง 2) หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01ขณะกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยแบบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลอง และ 3) หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ , พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Abstract

This quasi-experimental study aimed Compare the mean health belief patterns and dengue fever prevention behaviors before and after receiving the program in the experimental and comparison groups, and between the experimental and comparison groups. The population studied was 95 village health volunteers (VHVs). The sample group proportion was determined using the G*power program. The sample group was 35 people, obtained by purposive selection. The tool used was a questionnaire. The statistics used for data analysis included percentage, mean, standard deviation, Paired Sample t-test and Independent Sample t-test.

The results showed that after the experiment, 1) the experimental group had a higher mean health belief pattern than before receiving the program with statistical significance at the .01 level, while the comparison group after the experiment had a lower mean health belief pattern than before the experiment. 2) After receiving the program, the experimental group had a higher mean dengue fever prevention behavior than before receiving the program with statistical significance at the .01 level, while the comparison group after the experiment had a higher mean dengue fever prevention behavior than before the experiment. 3) After receiving the program, the experimental group had a higher mean health belief pattern and a higher mean dengue fever prevention behavior than the comparison group with statistical significance at the .05 level.

keyword: Health Belief Model, Dengue Fever Prevention Behavior, Village Health Volunteers (VHVs)

[1] นักศึกษา หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
Corresponding Author: Natthawut Chongsiri; E-mail: natthawutbenz1809@gmail.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออก ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทย โดยที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง แต่สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกยังไม่ลดลงจนถึงปัจจุบัน ดังนั้นสิ่งจำเป็นที่สุด คือ การดำเนินการป้องกันโรคโดยกลวิธีสำคัญ คือ แก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค[1] ซึ่งวิธีการดังกล่าวนับว่ามีผลเสียต่อสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุด มีประสิทธิภาพมากที่สุด จึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงจะเกิดประสิทธิผลสูงสุดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก[2]

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยยังคงมีปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกต้องดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกทุกปี จากสถิติการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตั้งแต่ปี 2562-2566 พบว่ามีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ต่อแสนประชากรเท่ากับ 71.26, 39.25, 8.24, 17.47, และ 47.37 จังหวัดปทุมธานี จากสถิติการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของจังหวัดปทุมธานี ระหว่างปี 2562 - 2566 พบว่ามีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 56.29,34.27,5.67,76.35 และ 252.47 ต่อแสนประชากร อำเภอลำลูกกา จากสถิติการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระหว่างปี 2562 - 2566 พบว่ามีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 38.98,34.3,4.69,49.83 และ 224.24 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และปี 2567 ข้อมูลเดือนมกราคม–มิถุนายน2567 จำนวน 99 ราย อัตราป่วย 34.69 เท่ากับต่อแสนประชากร[3] จะเห็นได้ว่าตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ข้อมูลสถิติทางระบาดวิทยาปี 2562-2567 พบว่ามีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 45.29, 29.23 , 72.89, 107.12,158.19 และ104.89 ต่อแสนประชากรตามลำดับ[4] ดังนั้นจึงเป็นพื้นที่เสี่ยงที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นทุกปี จึงต้องเฝ้าระวังโรคตามนิยามการเฝ้าระวังโรค ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้อัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ของโรคที่เปลี่ยนไป[5]

จากการประเมินการรับรู้ในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 57.89 รองลงอยู่ในระดับสูง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 26.32 และน้อยที่สูงอยู่ในระดับต้องปรับปรุง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5.26 และการประเมินพฤติกรรมในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่ อยู่ในระดับทำบ่อยครั้ง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 34.74 รองลงมาอยู่ในระดับทำนานๆครั้ง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 30.53 และ น้อยที่สุดอยู่ในระดับไม่เคยทำ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.11 จะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลลำไทร ยังขาดการรับรู้ในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกและพฤติกรรมในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนยังไม่ดำเนินการป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องโดยจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างเคร่งครัดเมื่อมีการกระตุ้น แต่เมื่อใดที่ขาดการกระตุ้นก็จะทำน้อยลงหรือหยุดทำ จึงทำให้เกิดความไม่ยั่งยืนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นหมอคนที่ 1 ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน จึงเป็นบุคคลที่สำคัญสามารถพัฒนาให้มีศักยภาพ สร้างเสริมการรับรู้ พฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดการรับรู้ด้านพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลลำไทรได้ดำเนินการตามมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ดังนั้น มาตรการในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอาจยังไม่เพียงพอ การสื่อสารความเสี่ยงให้ทราบอาการของโรคที่ควรไปพบแพทย์โดยเร็ว จึงเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ควรให้ความสำคัญ ซึ่งเป็น

ประโยชน์ในการป้องกันโรคและลดการแพร่ระบาดในพื้นที่ และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher และ Rosenstock[6] ปี ค.ศ. 1988 กล่าวได้ว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค บุคคลต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงภาวะคุกคาม ของโรค โดยเลือกวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับอุปสรรคหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้น ร่วมกับบุคคลต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะสามารถปฏิบัติได้ และปฏิบัติพฤติกรรมสู่เป้าหมาย และมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการกระตุ้นบุคคลให้เกิดความพร้อมและความร่วมมือในการปฏิบัติ ล้วนส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น

อีกทั้งการศึกษาของ ปรรณพัชร์ วงศ์ธีราพงษ์[7] ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ในการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ซึ่งการที่บุคคลได้รับการพัฒนาการรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค ส่งผลให้ประชาชนมีการรับรู้ที่ถูกต้องและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher และ Rosenstock[6] ปี ค.ศ. 1988 มาพัฒนาเป็นการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี มีการรับรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อลดอัตราป่วยจากโรคไข้เลือดออก หรือเมื่อเจ็บป่วยจะสามารถลดการเกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรงหรือการเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรม ผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังได้รับโปรแกรมผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (two group pre-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี จำนวน 95 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ตำบลบึงคอไห อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี จำนวน 57 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 โดยอ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากผลการศึกษาของอัญชลี นาคเพชร และคณะ (2567)[8]ได้เท่ากับ 0.80 กำหนดค่า α (ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1) =0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ(Power of test) = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน ดังนั้น กลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คน และทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนมา 1 ตำบล จับสลากครั้งแรกให้เป็นตำบลกลุ่มทดลอง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลลำไทร และตำบลกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลบึงคอไห โดยใช้วิธีทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจากทะเบียนรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้ง 2 ตำบลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. สมัครใจ และเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจ
2. สัญชาติไทย ปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อายุงาน 6 เดือนขึ้นไป
3. อ่านเขียนภาษาไทยได้และสื่อสารได้ดี

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. มีความประสงค์ขอถอนตัว
2. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบหรือน้อยกว่าร้อยละ 75 ของกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ดำเนินการทั้งหมด 5 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 5 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 “รู้เสี่ยง รู้ภัยไข้เลือดออก” โดยเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกประกอบสื่อวิดิทัศน์นวัตกรรมกล่องยุงให้ทาย เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก ฝึกการวิเคราะห์พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในช่วงที่มีภาวะสงสัยโรคไข้เลือดออกหรือป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ในสัปดาห์ ที่ 1 โดยใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 “โรคไข้เลือดออกภัยร้ายใกล้ตัว” โดยเป็นการบรรยายเชิงปฏิบัติการประกอบสื่อวิดิทัศน์ Case กรณีศึกษา และนวัตกรรมของแค่ห้า เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคไข้เลือกออก และการบรรยายถ่ายทอดประสบการณ์ป่วย ด้วยโรคไข้เลือดออก จากผู้ที่เคยป่วยและผู้ดูแลตอนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ในสัปดาห์ ที่ 2 โดยใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 3 “ชีวิตดีๆดีเมื่อไม่มีไข้เลือดออก” โดยเป็นบรรยายให้ความรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก และเป็นการบอกเล่าประสบการณ์ตนเอง เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และแลกเปลี่ยนประสบการณ์หาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยแบ่งกลุ่มบอกล่าประสบการณ์ จำนวน 5 กลุ่มละ 7 คน ในสัปดาห์ ที่ 3 โดย ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 4 “รู้เรา รู้เขา เอาชนะไข้เลือดออก” โดยเป็นการบรรยายพูดคุยแลกเปลี่ยนในแต่ละหัวข้อและร่วมกันทำกิจกรรม เขียนบอร์ดตารางเปรียบเทียบ (คำนวณเวลา และต้นทุนเปรียบเทียบ) โดยแบ่งกลุ่มร่วมคิดวิเคราะห์ โดยผู้วิจัย สร้างเสริมการรับรู้อุปสรรคของการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ไข้เลือดออก ในสัปดาห์ ที่ 4 โดย ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ 5 “ไอ สตรอง ป้องภัยร้ายไข้เลือดออก” โดยเป็นการบรรยายพูดคุยแลกเปลี่ยน

เรียนรู้พฤติกรรมในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เพื่อไม่ให้เกิดโรคไข้เลือดออก เช่น การป้องกันตนเองไม่ให้โดนยุงกัด โดยการทาโลชั่นกันยุง ใส่เสื้อแขนยาว ใช้ไม้ตียุงไฟฟ้าฆ่ายุง การปิดภาชนะไม่ให้ยุงลายวางไข่ ดูแลสภาพแวดล้อมให้สะอาดเพื่อไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย สำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้านและรอบบ้าน ในสัปดาห์ที่ 5 โดยใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยร่วมกัน ตำแหน่งบทบาทหน้าที่นอกเหนือจากเป็น อสม. ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และสมาชิกในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก เป็นแบบสอบถามให้เลือกเลือกตอบ(Check list) และเติมข้อความ (Open ended)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จำนวน 40 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ แบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก คือ ทำเป็นประจำ, ทำบ่อยครั้ง, ทำเป็นบางครั้ง, ทำนาน ๆ ครั้ง และไม่เคยทำ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

การแปลความหมายของข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดช่วงคะแนนเป็น 5 ระดับ อ้างอิงตามแนวคิดของเบสท์[9]

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำโดยโปรแกรมและแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องครั้งนี้ได้เท่ากับ 1 และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้การวิเคราะห์สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ (Cronbach's coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.918

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยปทุมธานี ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลลำไทรและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคอไห 2 หมู่ที่ 5 โดยเข้าพบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือจาก ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วทำแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและผู้วิจัยเข้าร่วมโปรแกรมผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 5 สัปดาห์ และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามหลังสิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก นำเสนอข้อมูลด้วย จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

2.แบบสอบถามส่วนที่ 2 (Health Belief Model: HBM) และแบบสอบถามส่วนที่ 3 พฤติกรรม

ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ดังนี้ การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ภายในกลุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดย ใช้สถิติ: Paired Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วย ลงชื่อในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยปทุมธานี เอกสารรับรองเลขที่ 043/2568 ลงวันที่ 3 เดือน กันยายน 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 88.6 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 62.9 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่พักอาศัยร่วมกันส่วนใหญ่ พักอาศัย 3 คน จำนวน 8 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 22.9 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่า 6 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 48.57 นอกจากเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ไม่มีตำแหน่งอื่นส่วนใหญ่เป็น อสม.อย่างเดียว จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การประชุมอบรม อสม. จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และการ ประชุม หรืออบรม อสม. จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.7 ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก จำนวน 28 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 80

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 77.14 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 45.7 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 71.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่พักอาศัยร่วมกัน ส่วนใหญ่พักอาศัย 2 คน จำนวน 6 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 17.1 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มากกว่า 6 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 62.9 นอกจากเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ยังมีตำแหน่งอื่นในชุมชนไม่มีตำแหน่งอื่น เป็น อสม. อย่างเดียว จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรม ผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังทดลองและก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรม ผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	*p*-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนทดลอง	35	143.40	2.55	-9.412	34	0.001**
หลังทดลอง	35	175.00	2.57			
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนทดลอง	35	165.60	2.56	6.208	34	0.001**
หลังทดลอง	35	150.43	2.64			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	*p*-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนทดลอง	35	47.31	8.05	-7060	34	0.001**
หลังทดลอง	35	58.54	6.45			
กลุ่มปรียบเทียบ						
ก่อนทดลอง	35	52.91	8.14	-4.432	34	0.001**
หลังทดลอง	35	55.49	5.85			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังทดลองและก่อนทดลอง ไม่แตกต่างกัน ขณะที่เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังได้รับโปรแกรมผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังได้รับโปรแกรมผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	*p*-value
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	35	175.00	15.22	6.662	68	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	150.43	15.64			
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก						
กลุ่มทดลอง	35	58.54	6.44	2.077	68	0.042
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	55.48	5.85			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปและอภิปรายผล

ผลการการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี มีค่าเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับพฤติกรรมทำเป็นประจำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมโดยมีการใช้สื่อการเรียนรู้ สื่อวิดิทัศน์ เกม และนวัตกรรมต่างๆ ทำให้มีค่าเฉลี่ยของคะแนนแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากที่กลุ่มทดลอง ได้มีการรับเกี่ยวกับโรคไข้เลือดเกี่ยวกับพาหะนำโรค การติดต่อของโรค อาการเตือนและอาการของโรค การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การป้องกันโรคไข้เลือดออกและการปฏิบัติตนเมื่อพบภาวะสงสัยโรคไข้เลือดออก ส่งผลให้กลุ่มทดลองการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก การได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งการได้รับข่าวสารคำแนะนำความเพียงพอของทรัพยากร การร่วมกิจกรรมรณรงค์การป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมถึงการมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณัฐยา สุนัติ และคณะ[10] ได้ศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของประชาชน อำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริวรรณ เกาะกัณหา และคณะ[11] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรรณพัชร์ วงศ์ธีราพงษ์[7]ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วงตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีการรับรู้ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผลข้างต้นเกิดขึ้นจากผลการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ประกอบด้วย กิจกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรม “รู้เสี่ยง รู้ภัยไข้เลือดออก” 2) กิจกรรม “ โรคไข้เลือดออกภัยร้ายใกล้ตัว” 3)กิจกรรม “ชีวิตดี๊ดีเมื่อไม่มีไข้เลือดออก” 4) กิจกรรม “รู้เรา รู้เขา เอาชนะไข้เลือดออก” และ 5) กิจกรรม “ ไอ สตรอง ป้องภัยร้ายไข้เลือดออก” สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิภาพร ปัญญา และคณะ[12] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กวัยเรียนในจังหวัดชลบุรี ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณฏฐพล คำรังษี และคณะ[13] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรมการป้องกันการเกิดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิรินันท์ คำสี[14] ได้ศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมศักดิ์ แต่งยามา[15]ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สรุปได้ว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิผล ทั้งนี้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher และ Rosenstock[6] ปี ค.ศ. 1988 เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมและดีขึ้นและสามารถนำไปประยุกต์ ใช้กับพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

ควรนำโปรแกรมผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดังกล่าว ไปสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พื้นที่อื่น รวมทั้งศึกษาแนวทางสร้างการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ชุมชน และครอบครัวในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมในระยะยาว และควรใช้ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยให้มากกว่า 5 สัปดาห์ และมีการติดตามผลของโปรแกรมหลังจากเสร็จสิ้นในระยะเวลาที่แตกต่างกัน เช่น 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำสัปดาห์ที่ 33 ปี 2567. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

2.กนกวรรณ ปัญญะ.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยก้านเหลือง ตำบลปากคาด อำภอปากคาด จังหวัดบึงกาฬ. บึงกาฬ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยก้านเหลือง.

3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. (2567). รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำเดือน พฤษภาคม 2567. ปทุมธานี: งานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานจังหวัดปทุมธานี.

4.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำสัปดาห์ที่ 33 ปี 2567. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

5.ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลลำไทร. (2567). รายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2567. ปทุมธานี: ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลลำไทร.

6.Rosenstock IM.(1974). Why people use health services. Milbank Mem Fund Q. 1974;44(3):94-127.

7.ปรรณพัชร์ วงศ์ธีราพงษ์.(2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร. พิจิตร: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

8.อัญชลี นาคเพชร, รวิ วรรณ คำ เงิน และป ภา สินี แซ่ ติ๋ว. (2567). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;7(1):1-15.

9.Best JW.(1977). Research in education. New Jersey: Prentice Hall; 1977.

10.ณัฐยา สุนัติ, เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์, ยุวดี รอดจากภัย, วัลลภ ใจดี.(2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;16(2):53-67.

11.ศิริวรรณ เกาะกัณหา, อังคณา ทองโกมุท, นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ.(2564). ผลของโปรแกรมการป้องกันไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2564;15(1):142-154.

12.นิภาพร ปัญญา, เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์, นิภา มหารัชพงศ์, ปาจรีย์ อับดุลลากาซิม.(2568). ผลของโปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กวัยเรียนในจังหวัดชลบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2568;18(2):205-219.

13.ณฏฐพล คำรังษี, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์.(2561). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2561;25(1):46-50.

14.ศิรินันท์ คำสี.(2559). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์; 2559.

15.สมศักดิ์ แต่งยามา.(2564). ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์. เพชรบูรณ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังโป่ง.

ผลของโปรแกรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

The Effect Of Self-Efficacy Development Program On Nutritional Food Consumption Behavior Of late Primary School Students Lam Sai Subdistrict, Lam Luk Ka District, Pathum Thani Province.

(Received: December 1,2025 ; Revised: December 4,2025 ; Accepted: December 7,2025)

นริศรา คงเพชร[1] และปณิธาน กระสังข์[2]
Narisara Kongpetch[1] and Panitan Grasang[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research).มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura) ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นอารมณ์ ประชากรที่ศึกษาเป็นนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 38 คน เลือกแบบเจาะจงจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบียนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test และ Independent sample t-test

ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่ใช้ในการทดลองทำให้ให้นักเรียนมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการดีขึ้น

คำสำคัญ : การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรม การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ นักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่4-6

Abstract

This research wasการ Quasi Experimental Research aimed to compare Mean self-efficacy perception before and after receiving the program of the experimental and comparison groups. food consumption behavior before and after receiving the program of the experimental and comparison groups and self-efficacy perception and nutritional food consumption behavior after receiving the program between the experimental and comparison group. By applying Bandura's self-efficacy theory is Mastery experience, Vicarious experience, Verbal persuasion and Emotional arousal. The study population consisted of 38 primary school students in grades 4-6. Purposive sampling of 20 people. The research instrument was a questionnaire. Statistics used in data analysis were Percentage, Mean, Standard Deviation, Paired t-test and independent sample t-test.

The study results found that After receiving the program, the experimental group had a statistically significant higher mean self-efficacy score than before receiving the program at the .01 level receiving the program, the experimental group had a higher mean nutritional food consumption behavior than before receiving the program, with statistical significance at the .01 level and After receiving the program, the experimental group had a higher mean score on self-efficacy perception and a higher mean score on nutritional food consumption behavior

[1] นักศึกษา หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
Corresponding Author: Narisara Kongpetch; E-mail: lamsai23567@gmail.com

than the comparison group, with statistical significance at the .05 level. This study indicated that this program can improve students' self-efficacy and nutritional eating behavior.

keyword: Self-Efficacy, Behavior, Consuming Food According to Nutritional Principles, Elementary School Students In Grades 4-6.

บทนำ

เด็กวัยเรียนอายุประมาณ 6-12 ปีเป็นช่วงวัยที่ร่างกายและสมองยังคงมีการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความต้องการพลังงานและสารอาหารเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับพัฒนาการด้านต่าง ๆ ภาวะโภชนาการที่เหมาะสมในวัยนี้จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพ การเรียนรู้ ความสามารถในการจดจำ และสมาธิของเด็ก[1] อย่างไรก็ตามการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนควรมุ่งให้เด็กได้รับอาหารครบ 5 หมู่ในสัดส่วนเหมาะสม ส่งเสริมกิจกรรมทางกายและสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมการกินที่ถูกต้องทั้งในบ้านและโรงเรียน เพื่อให้เด็กเติบโตสมวัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต[2]

การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการส่งผลต่อภาวะโภชนาการและปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ โรคอ้วน ซึ่งผลกระทบจากโรคอ้วนในเด็กส่งผลกระทบหลายด้านทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม เช่น ผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ทั้งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคข้อและกระดูก โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคผิวหนังต่างๆ ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ถูกเพื่อนล้อเลียน เกิดความเครียด มีปมด้อย และสูญเสียความเชื่อมั่นในตัวเอง และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เด็กอ้วนทำให้ต้องซื้อเสื้อผ้าขนาดใหญ่ขึ้น และพฤติกรรมการรับประทานขนมขบเคี้ยว ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย[3] สาเหตุของโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน มีหลายสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยที่ซับซ้อนร่วมกันของพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมทำให้วิถีชีวิตของเด็กเปลี่ยนแปลงไป เด็กถูกชักจูงให้บริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงหรือออกกำลังกายน้อยลงเป็นผลให้เกิดความไม่สมดุลของการเผาผลาญพลังงานในร่างกายทำให้เกิดการสะสมของไขมันในร่างกายเกิดโรคอ้วน มีผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กนักเรียน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม[4]

จากสถานการณ์ผอมของเด็กอายุ 6-14 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2561-2566 ภาพรวมประเทศ พบว่าสถานการณ์ผอมร้อยละ 4.7, 5.1, 4.0, 5.5, 5.7, 5.4 ตามลำดับ และเมื่อแบ่งตามเขตสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4 ในปี 2561-2563 ภาพรวมประเทศภาวะผอม ร้อยละ 4.7, 5.1 และ 4.0 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกิน 5) ทั้งนี้จังหวัดปทุมธานีเป็นจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ที่มีเด็กที่มีภาวะผอมอย่างต่อเนื่อง[5]

ในจังหวัดปทุมธานี อำเภอลำลูกา มีทั้งหมด 9 ตำบล ประกอบไปด้วย ตำบลคูคต ตำบลลาดสวาย ตำบลบึงคำพร้อย ตำบลลำลูกกา ตำบลบึงทองหลาง ตำบลลำไทร ตำบลบึงไห และตำบลพืชอุดม มีความชุกของเด็กสูงดีสมส่วนหรือการเจริญเติมโตที่เต็มศักยภาพทั้งส่วนสูงและน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตฐานน้อย คิดเป็น ร้อยละ 53.02 โดยตำบลที่มีความชุกของเด็กสูงดีสมส่วนหรือการเจริญเติมโตที่เต็มศักยภาพทั้งส่วนสูงและน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตฐานน้อยที่สุดคือ ตำบลพืชอุดม ตำบลลำไทร และตำบลบึงคำพร้อย คิดเป็นร้อยละ 0, 44.77 และ55.01 ตามลำดับ[5] ทั้งนี้ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปทุมธานี เขต 2 จำนวนทั้งหมด 4 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนวัดชัยมังคลาราม โรงเรียนวัดมงคลรัตน์ โรงเรียนมูลนิธิภูมิตะวันวิทยา และโรงเรียนพระวิสุทธิวงส์ เป็นโรงเรียนสหศึกษา มีนักเรียนระดับชั้นอนุบาล ถึงระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 2,026 คน[6] และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสะท้อนให้เห็นว่าการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้เรียนมีส่วนช่วยให้พวกเขาตัดสินใจเลือกอาหารที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง[7] การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมี

ส่วนร่วมอย่างแท้จริง ซึ่งต่างจากการเรียนรู้ในรูปแบบบรรยายหรือการถ่ายทอดข้อมูลเพียงฝ่ายเดียว โดยกิจกรรมในการเรียนรู้ถูกออกแบบให้ส่งเสริมให้นักเรียนได้ลงมือปฏิบัติ แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสะท้อนแนวคิดร่วมกัน อันเป็นกระบวนการที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ และมีแรงจูงใจในการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น[8]

จากข้อมูลสถานการดังกล่าวจึงควรส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนได้ กินอาหารถูกหลักโภชนาการทางปริมาณและสัดส่วนที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายเด็กที่มีโภชนาการดีคือมีน้ำหนักส่วนสูงสัมพันธ์กับเพศและอายุตามเกณฑ์มาตรฐานและนอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดแผนงานด้านโภชนาการไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติให้ประชาชนมีภาวะโภชนาการที่ดีเพื่อส่งเสริมให้สุขภาพร่างกายเติบโตเหมาะสมตามวัย แข็งแรงและสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น “สูงดี สมส่วน”

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรรับรู้ความสามารถตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการก่อน และหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรรับรู้ความสามารถตนเอง และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง Two Group Pre-test – Post-test Design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568 โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปทุมธานีเขต2 ตั้งอยู่ในตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี จำนวน 2 โรงเรียน โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็นนักเรียน โรงเรียนวัดชัยมังคลาราม มีประชากรทั้งหมด 38 คน และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นนักเรียน โรงเรียนวัดมงคลรัตน์ มีประชากรทั้งหมด 62 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเด็กนักเรียน อายุระหว่าง 10-12 ปี กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปทุมธานีเขต2 ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ปีการศึกษา 2568 ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงรวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 และเป็นกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 20 คน

เกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกาย BMI น้อยกว่า 18.5 (น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์) หรือ ดัชนีมวลกาย BMI 23.0 ขึ้นไป (น้ำหนักเกินตลอดจนอ้วน)

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลสัญชาติไทย เป็นนักเรียนกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

3. ไม่มีโรคประจำตัว

4. กลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการและผู้ปกครองยินยอม ให้เข้าร่วมโครงการวิจัย

5. สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

6. ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น และการ ได้ยิน

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวภายหลังจากการเข้าร่วมวิจัย

2. กลุ่มตัวอย่างย้ายออกจากโรงเรียน

3. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 5 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของนักเรียนระดับ

ประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ดำเนินการทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 45 นาทีซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 5 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 “ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ” โดยเป็นการให้ความรู้เรื่องสร้างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ ธงโภชนการ รายการอาหารตามโซนสี อ่านฉลากตามโภชนาการ

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 “การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น” โดยเป็นการบรรยายเชิงปฏิบัติการประกอบสื่อวิดิทัศน์ การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ สร้างตัวแบบนักเรียน เพื่อช่วยให้บุคคลมีการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นกับตนเอง

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 3 “การใช้คำพูด ชักจูง” โดยเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตาม หลักโภชนาการ และเน้นย้ำในเรื่องผลกระทบพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมตามวัย การมีภาวะอ้วน น้ำหนักเกินเกณฑ์ หรือภาวะผอม

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 4 “การกระตุ้นอารมณ์” โดยเป็นการจัดกิจกรรมฝึกทักษะการจำแนกตัวอย่างอาหารออกเป็น หมวดหมู่ แบ่งชนิดและประเภทของอาหารที่ควรได้รับในแต่ละมื้อตามหลักโภชนาการ

ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ 5 “การกระตุ้นอารมณ์” จัดรูปแบบการเล่นเกมให้สนุกสนาน สร้างเสียงหัวเราะ เพื่อลดลดความวิตกกังวล ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมโดยจัดกิจกรรมฝึกทักษะการจำแนกตัวอย่างอาหารออกเป็น หมวดหมู่ แบ่งชนิดและประเภทของอาหารที่ควรได้รับในแต่ละมื้อตามหลักโภชนาการ

ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ 6 “แลกเปลี่ยนประสบการณ์” จัดกิจกรรมร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพิ่มเติม และประเมินผลเกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดจากการใช้โปรแกรม ทบทวนเนื้อหาที่เข้าร่วม พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณนักเรียน คุณครูในความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คือ เพศ อายุ ระดับชั้น น้ำหนัก ส่วนสูง อาหารส่วนใหญ่ที่นักเรียนรับประทานที่บ้านได้จากแหล่งใด รับประทานอาหารประเภทไหนเป็นส่วนใหญ่ ได้เงินมาโรงเรียนวันละเท่าไร โรคประจำตัวเป็น แบบสอบถามให้เลือกเลือกตอบ(Check list) และเติมข้อความ (Open ended)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ แบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง และน้อย กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวใน แต่ละข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการการบริโภคอาหาร จำนวน 23 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติตัวประจำ, ปฏิบัติตัวบางครั้ง, และไม่เคยปฏิบัติ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

การแปลความหมายของข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดช่วงคะแนนเป็น 5 ระดับ อ้างอิงตามแนวคิดของเบสท์[9]

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำ โดยโปรแกรมและแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องครั้งนี้ได้เท่ากับ 0.790 และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้การวิเคราะห์สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ (Cronbach’s coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.954

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยปทุมธานี ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือหนังสือถึงผู้ปกครองของนักเรียนประถมตอนปลาย

โดยวิธีการฝากจากเด็กในกลุ่มทดลองไปให้ประกอบด้วย หนังสือแนะนำตัวผู้วิจัย วัตถุประสงค์ในการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ปกครองตอบกลับว่าสมัครใจเข้าร่วมหรือไม่ และขอเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกลับ พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลา สถานที่ให้ผู้ปกครองทราบ และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือจาก โดยให้เด็กในกลุ่มทดลองและผู้ปกครองลงนามในใบยินยอม การเข้าร่วมวิจัย การยินยอมเพียงฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งผู้วิจัยจะไม่นำมาเข้าร่วมโครงการวิจัย และการดำเนินการวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีข้อบังคับใด ๆ จากนั้นผู้วิจัยเข้าร่วมโปรแกรมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ จำนวน 6 สัปดาห์ และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามหลังสิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับชั้น น้ำหนัก ส่วนสูง อาหารส่วนใหญ่ที่นักเรียนรับประทานที่บ้านได้จากแหล่งใด รับประทานอาหารประเภทไหนเป็นส่วนใหญ่ ได้เงินมาโรงเรียนวันละเท่าไร โรคประจำตัว นำเสนอข้อมูลด้วย จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

2. แบบสอบถามส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง และส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการการบริโภคอาหาร โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ดังนี้

2.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการการบริโภคอาหาร ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตอนเองและพฤติกรรมการ การบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วย ลงชื่อในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยปทุมธานี เอกสารรับรองเลขที่ 044/2568 ลงวันที่ 3 เดือน กันยายน 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 20 คน โดยกลุ่มทดลองทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.0 มีน้ำหนักเฉลี่ย 45.3 กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย 149.1 เซนติเมตร มีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ผอม ร้อยละ 60.0 มีอายุ 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.0 ศึกษาอยู่ในระดับชั้น ป.5 คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีแหล่งอาหารที่รับประทานมากที่สุดคือ บิดา/มารดา/ญาติทำอาหารเอง คิดเป็นร้อยละ 85.0 รับประทานอาหารประเภททอด คิดเป็นร้อยละ 80.0 และ ได้เงินมาโรงเรียนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 บาท คิดเป็นร้อยละ 55.0

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.0 มีน้ำหนักเฉลี่ย 43.75 กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย 143.60 เซนติเมตร มีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ผอม ร้อยละ 65.0 มีอายุ 11 ปี คิดเป็น ร้อยละ

45.0 ศึกษาอยู่ในระดับชั้น ป.5 คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีแหล่งอาหารที่รับประทานมากที่สุดคือ บิดา/มารดา/ญาติทำอาหารเอง คิดเป็นร้อยละ 85.0 รับประทานอาหารประเภททอด คิดเป็นร้อยละ 80.0 และ ได้เงินมาโรงเรียนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 บาท คิดเป็นร้อยละ 55.0

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ภายในกลุ่มทดลองหลังทดลองโปรแกรมเสริมสร้างความรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี สูงกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง หลังทดลองและก่อนทดลอง ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองก่อนและหลัง ได้รับสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 20)

การรับรู้ความสามารถตนเอง	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	*p*-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนทดลอง	20	19.80	2.19	-4.94	19	<0.001*
หลังทดลอง	20	23.25	2.09			
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนทดลอง	20	19.60	2.39	-.893	19	0.385
หลังทดลอง	20	19.85	2.68			

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังทดลองโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 20)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	*p*-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนทดลอง	20	46.95	3.02	9.361	19	0.001*
หลังทดลอง	20	57.30	3.21			
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนทดลอง	20	45.70	4.105	2.903	19	0.009
หลังทดลอง	20	47.00	5.119			

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังทดลองโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการหลังทดลองและก่อนทดลอง ไม่แตกต่างกัน

ขณะที่เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการ

บริโภคอาหารตามหลักโภชนาการหลังได้รับโปรแกรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการหลังทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการหลังได้รับโปรแกรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 20)

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	*p*-value
การรับรู้ความสามารถตนเอง						
กลุ่มทดลอง	20	23.25	2.099	4.465	38	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	20	19.85	2.680			
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	20	57.30	3.213	7.621	38	0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	20	47.00	5.119			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการได้จริง ตามหลังทดลองโปรแกรมเสริมสร้างความรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี สูงกว่าก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สาเหตุอาจเนื่องมาจาก โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองได้จัดกิจกรรมที่เน้น การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง (Active Learning) และการสร้างแรงจูงใจให้นักเรียนเห็นความสำคัญของการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสม อีกทั้งกิจกรรมยังช่วยให้นักเรียนเกิดความมั่นใจว่าสามารถเลือกและควบคุมพฤติกรรมการบริโภคของตนเองได้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura[10] ที่อธิบายว่าความเชื่อของบุคคลว่าตนมีศักยภาพเพียงพอในการกระทำหรือควบคุมพฤติกรรมให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูงจะเกิดแรงจูงใจ ความพยายาม และความมุ่งมั่นมากกว่า จึงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับงานวิจัยของอังฎิยา ศรีนาค[11] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธิดารัตน์ สิงห์ทอง[12] ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้น

มัธยมศึกษาตอนต้น ผลการศึกษา พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารภายหลังการทดลองเพิ่มมากกว่านักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001 และ 0.002 ตามลำดับ)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลังทดลองโปรแกรมเสริมสร้างความรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี สูงกว่าก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สาเหตุอาจเนื่องมาจาก โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองได้จัดกิจกรรมที่เน้น การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง (Active Learning) และการสร้างแรงจูงใจให้นักเรียนเห็นความสำคัญของการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสม อีกทั้งกิจกรรมยังช่วยให้นักเรียนเกิดความมั่นใจว่าสามารถเลือกและควบคุมพฤติกรรมการบริโภคของตนเองได้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ อังฎิยา ศรีนาค[11] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธิดารัตน์ สิงห์ทอง[12] ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการศึกษา พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารภายหลังการทดลองเพิ่มมากกว่านักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001 และ 0.002 ตามลำดับ) และเมื่อควบคุมคุณลักษณะส่วนบุคคลของนักเรียน พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่านักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001 และ 0.003 ตามลำดับ)

การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ หลังการทดลองโปรแกรมเสริมสร้างความรับรู้ความสามารถตนเองของต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานีสูงกวากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจาก โปรแกรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองที่กลุ่มทดลองได้รับ ได้ออกแบบให้มีองค์ประกอบครบถ้วน ทั้งการให้ความรู้ด้านโภชนาการ การฝึกปฏิบัติจริง การติดตามผล รวมถึงการสร้างแรงเสริมเชิงบวก ทำให้ผู้เข้าร่วมเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนและรักษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการได้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura[10] ในทฤษฎี Self-Efficacy ที่อธิบายว่า เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจ ความพยายาม และความคงทนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จึงทำให้กลุ่มทดลองสามารถพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับงานวิจัยของ แวนุรมี วาเลาะ[13] พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเด็กวัยเรียน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการของเด็กมุสลิมวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะผอมหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ เด็กวัยเรียน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การรับประทานอาหารของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ อังฎิยา ศรีนาค[11]

ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จึงสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์กับเด็กวัยเรียนกลุ่มอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงได้

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานด้านการศึกษาและสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพโภชนาการในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง จัดกิจกรรมที่สร้างความตระหนักรู้และสร้างแรงจูงใจ เพื่อลดความตึงเครียดจากการเรียนทำให้ผู้เรียนเกิดความสุขและเต็มใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2. หน่วยงานด้านการศึกษาควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาหลักสูตรหรือกิจกรรมโภชนศึกษาโดยเน้นการสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมร่วมกันดูแลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมถึงการจัดระบบติดตามผลและให้คำปรึกษาเมื่อนักเรียนประสบปัญหาในการปรับพฤติกรรมการกิน

3. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น การจัดการความเครียด การรับรู้ทางสังคม และปัจจัยด้านครอบครัว เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงว่าปัจจัยใดสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการสร้างพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาโปรแกรมที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.กองโภชนาการ กรมอนามัย.(2562). คู่มือโภชนาการสำหรับเด็กวัยเรียน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
2.สุภาภรณ์ พงษ์พันธุ์.(2561). โภชนาการเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
3.ปริยาภรณ์ มณีแดง.(2560). บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน. สารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(4):16-24.
4.จารุณี นุ่มพูล.(2558). โรคอ้วนในวัยเรียน: บทบาทพยาบาลวิชาชีพชุมชนในการเสริมสร้างสุขภาพ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2558;8(2):1-10.
5.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี.(2567). ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. ปทุมธานี: สำนักงานฯ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงจาก: https://sbr.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
6.ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลลำไทร.(2567). รายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2567. ปทุมธานี: ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลลำไทร.
7.พัชรินทร์ ปัญญา.(2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น [วิทยานิพนธ์]. บุรีรัมย์: มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.
8.ปวีณา วัฒนสุข.(2564). การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยเน้นการมีส่วนร่วมของนักเรียน [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
9.Best JW.(1977). Research in Education. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
10.Bandura A.(1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Company.

11.อังฎิยา ศรีนาค, มลินี สมภพเจริญณัฐนารี, เอมยงค์ และมณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์.(2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดนนทบุรี. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2564;37(2):237-49.

12.ธิดารัตน์ สิงห์ทอง.(2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

13.แวนุรมี วาเลาะ, ผจงศิลป์ เพิงมาก, อุมาพร ปุญญโสพรรณ.(2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการสำหรับนักเรียนมุสลิมประถมปลายที่มีภาวะผอมในจังหวัดปัตตานี: การศึกษานำร่อง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2566;15(1):98-120.

บทบาทและประสบการณ์ผู้ดูแลไม่เป็นทางการในครอบครัวและชุมชนชนบทไทย: การสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพ

Roles and Experiences of Informal Caregivers in Thai Rural Families and Communities: A Qualitative Meta-synthesis.

(Received: December 2,2025 ; Revised: December 17,2025 ; Accepted: December 19,2025)

ดลรวี สิมคำ[1] รชยา ยิกุสังข์[2] อรอุมา แก้วเกิด[3] จินตพักตร์ จันทะโคตร[4] ปนัดดา นครังสุ[5]
Donlarawee Simkum[1] Rachaya Yekusang[2] Onuma Kaewkoed[3] Jintapak Jantakoat[4] Panadda Nakarungsu[5]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์แนวทาง meta-ethnography เพื่อทำความเข้าใจบทบาทและประสบการณ์ของผู้ดูแลไม่เป็นทางการในครอบครัวและชุมชนชนบทไทย การสืบค้นเชิงระบบจากฐานข้อมูลระดับประเทศและสากล (พ.ศ. 2564–2568) พบงานวิจัย 84 เรื่อง โดย 12 เรื่องผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ Critical Appraisal Skills Programme (CASP) และถูกรวมเข้าสู่การสังเคราะห์เชิงตีความ

ผลการวิเคราะห์ระบุองค์ประกอบความหมายหลัก 7 ประการ ได้แก่ 1) การดูแลบนฐานค่านิยมผูกพัน–กตัญญู 2) ภาระดูแลหลายมิติ 3) เครือข่ายครอบครัว–ชุมชนเป็นระบบพยุง 4) ความไม่ต่อเนื่องของบริการสุขภาพ–สวัสดิการ 5) ความโดดเดี่ยวและความเปราะบางของผู้ดูแล 6) ศรัทธาและพิธีกรรมเป็นพลังเยียวยา และ 7) ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นทุนดูแล การบูรณาการข้อมูลนำไปสู่พัฒนา “แบบจำลองระบบนิเวศการดูแลในชนบทไทย” ที่อธิบายปฏิสัมพันธ์ของระดับคุณค่าทางวัฒนธรรม ประสบการณ์รายบุคคล เครือข่ายชุมชน และโครงสร้างระบบสุขภาพ

คำสำคัญ : ผู้ดูแลไม่เป็นทางการ ชนบทไทย ระบบการดูแลระยะยาว การสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพ

Abstract

This survey research by qualitative meta-synthesis applied a meta-ethnographic approach to examine the roles and lived experiences of informal caregivers in rural Thailand. A systematic search of national and international databases (2021–2025) identified 84 studies; 12 qualitative studies met Critical Appraisal Skills Programme (CASP) criteria and were included for interpretive synthesis.

Seven core meaning components emerged: 1) caregiving grounded in cultural attachment and filial obligation, 2) multidimensional caregiving burden, 3) family–community networks as natural support systems, 4) fragmented health and welfare services, 5) role-based isolation and emotional vulnerability, 6) faith and ritual practices as emotional sustenance, and 7) local wisdom as a practical care resource. These findings informed the development of the **Rural Care Ecosystem Model**, which illustrates interactions across cultural–familial values, individual experiences, community networks, and health system structures.

Keywords : informal caregivers, rural Thailand, long-term care, qualitative meta-synthesis

[1] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
[4] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
[5] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ความต้องการระบบการดูแลระยะยาวทั้งในระดับครอบครัวและชุมชนเพิ่มสูงขึ้น[1,2] ความเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรนี้สร้างแรงกดดันต่อระบบสุขภาพ โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทที่จำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น[3,4]

ผู้ดูแลไม่เป็นทางการ ได้แก่ สมาชิกครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้งด้านกิจวัตร การจัดการยา การเฝ้าระวังอาการ การสนับสนุนทางอารมณ์ และการประสานงานกับระบบบริการสุขภาพ[5-8] แม้บทบาทจะสำคัญ แต่ผู้ดูแลเผชิญภาระทางกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และข้อจำกัดด้านทักษะอย่างชัดเจน[7,8]

ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของชนบทไทย - ความสัมพันธ์เครือญาติ ระบบพึ่งพาอาศัย ความเชื่อเรื่องความกตัญญู และการช่วยเหลือเกื้อกูล-ล้วนหล่อหลอม “ความหมายของการดูแล” และ “ประสบการณ์ผู้ดูแล” ให้มีความลุ่มลึกและแตกต่างจากบริบทเมือง[9-11] งานวิจัยเชิงคุณภาพที่ผ่านมาได้สะท้อนภาระ การปรับตัว ความเครียด พลังใจ และกลยุทธ์การดูแลในชีวิตประจำวัน[12-14] แต่ยังจำกัดในเชิงพื้นที่หรือกลุ่มเฉพาะ[15] ทำให้ขาดภาพรวมระดับประเทศที่อธิบายระบบการดูแลในครอบครัวและชุมชนชนบทอย่างเป็นองค์รวม[16,17]

นอกจากนี้ยังมีช่องว่างองค์ความรู้ ได้แก่ 1) การเชื่อมโยงประสบการณ์ผู้ดูแลกับกลไกสนับสนุนระดับชุมชน เช่น อปท. และระบบปฐมภูมิ 2) ความเข้าใจเชิงลึกต่อความหมายของการดูแลที่ฝังอยู่ในคุณค่าทางวัฒนธรรมไทย 3) ความเชื่อมโยงประสบการณ์รายบุคคลกับระบบดูแลระยะยาวของประเทศ และ 4) การสังเคราะห์องค์ความรู้ที่รองรับเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการสนับสนุนผู้ดูแลไม่เป็นทางการในชนบทไทย[16-19] การสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะแนวทาง meta-ethnography ของ Noblit และ Hare[20] เป็นระเบียบวิธีที่เหมาะสมในการทำความเข้าใจประสบการณ์เชิงวัฒนธรรมและชุมชนที่ซับซ้อน ผ่านการ “แปลความหมายร่วม” และการพัฒนาแบบจำลองแนวคิดที่สะท้อนพลวัตการดูแลในชนบทไทย[21] องค์ความรู้ที่ได้มีศักยภาพต่อการกำหนดนโยบาย LTC การออกแบบระบบสนับสนุน เช่น respite care และการพัฒนาบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบปฐมภูมิ[4,16,17]

ดังนั้น การสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพจึงเป็นแนวทางสำคัญในการเชื่อมร้อยองค์ความรู้ที่กระจัดกระจายให้กลายเป็นความเข้าใจที่เป็นระบบ และสามารถนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนชนบทไทยอย่างมีประสิทธิภาพในยุคสังคมสูงวัยของประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสังเคราะห์และแปลความหมายเชิงลึกของบทบาทและประสบการณ์ของผู้ดูแลไม่เป็นทางการในครอบครัวและชุมชนชนบทไทย ผ่านการสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้ระเบียบวิธีสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพ (qualitative meta-synthesis) ตามแนวคิด meta-ethnography ของ Noblit และ Hare[20] เพื่อถอดรหัสและเชื่อมโยงความหมายที่ฝังอยู่ในงานวิจัยเชิงคุณภาพหลายเรื่อง เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการศึกษา “ประสบการณ์การดูแล” ที่มีความซับซ้อนเชิงครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม และต้องการการตีความเชิงลึกต่อโครงสร้างความหมาย

1. การออกแบบการวิจัย งานวิจัยนี้ออกแบบภายใต้กรอบ meta-ethnography โดยเน้นการอ่านอย่างวิพากษ์ การวิเคราะห์เชิงตีความ และการสังเคราะห์เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่ก้าวข้ามผลการวิจัยต้นฉบับ เหมาะกับการทำความเข้าใจบทบาทผู้ดูแลไม่เป็นทางการที่แทรกด้วยพลวัตทางสังคมและวัฒนธรรมในทุกมิติของการดูแลในชนบทไทย

2. แหล่งข้อมูลและกลยุทธ์การสืบค้น ผู้วิจัยสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลสำคัญทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ ThaiJO/TCI, TDC, ThaiLIS, HSRI, ETD, PubMed/MEDLINE, Scopus, CINAHL, ScienceDirect และ ProQuest ครอบคลุมผลงานที่ตีพิมพ์ระหว่าง เดือนมกราคม 2564 – กันยายน 2568 โดยใช้คำค้นภาษาไทยและอังกฤษ เช่น “informal caregiver”, “dependent older adults”, “rural Thailand”, “qualitative study” ร่วมกับ Boolean operators เพื่อกำหนดและควบคุมขอบเขตการสืบค้นให้ได้องค์ความรู้เชิงคุณภาพที่รอบด้านและทันสมัย

3. เครื่องมือวิจัย เครื่องมือหลักประกอบด้วย 1) ฐานข้อมูลวิชาการ 2) กลยุทธ์คำค้นและการสืบค้นเชิงระบบ 3) เกณฑ์คัดเข้า–คัดออกงานวิจัย 4) CASP Qualitative Research Checklist[22] ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานสากลสำหรับประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงคุณภาพ และ 5) Data Extraction Matrix สำหรับรวบรวม first-order constructs, second-order constructs และ third-order interpretations เพื่อให้การวิเคราะห์เป็นระบบโปร่งใส และตรวจสอบย้อนกลับได้

4. การคัดเลือกงานวิจัย จากการสืบค้นพบงานวิจัยรวม 84 เรื่อง หลังคัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ พบว่า 56 เรื่องไม่เข้าเกณฑ์ จึงเหลือ 28 เรื่องเพื่อนำเข้าสู่การประเมินคุณภาพ โดยทุกเรื่องต้องเกี่ยวข้องกับบริบทชนบทไทยและมีข้อมูลเชิงคุณภาพที่สามารถตีความเชิงลึกได้

5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย การประเมินใช้ CASP Qualitative Research Checklist[22] พิจารณาความน่าเชื่อถือ วิธีเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ และความโปร่งใสของการรายงานผล ผลการประเมินพบว่า 12 เรื่อง มีคุณภาพเหมาะสมสำหรับการสังเคราะห์ ส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ถูกคัดออกเพื่อคงความเข้มงวดของหลักฐานเชิงคุณภาพ

6. การสกัดและจัดการข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพจาก 12 เรื่องถูกจัดใน Data Extraction Matrix แยกเป็น 1) บริบทการศึกษา 2) ลักษณะผู้ให้ข้อมูล 3) ข้อมูลระดับแรก (first-order: เสียงของผู้ให้ข้อมูล) 4) ข้อมูลระดับที่สอง (second-order: การตีความของนักวิจัยต้นฉบับ) และ 5) การตีความระดับที่สาม (third-order) ที่เกิดจากการสังเคราะห์ครั้งนี้ โครงสร้างดังกล่าวช่วยให้การแปลความหมายระหว่างงานวิจัยมีความแม่นยำและเป็นระบบ

7. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis – Meta-ethnography) การวิเคราะห์ดำเนินตาม 7 ขั้นตอนของ Noblit และ Hare[20] ได้แก่ 1) กำหนดคำถามวิจัย 2) คัดเลือกงานวิจัยที่สอดคล้องเชิงประเด็น 3) อ่านงานวิจัยอย่างลึกซึ้งซ้ำหลายรอบ 4) ระบุความสัมพันธ์ระหว่างงานวิจัย ทั้งส่วนที่คล้ายและต่าง 5) แปลความหมายระหว่างงานวิจัย (reciprocal translation) 6) สังเคราะห์ความหมายเชิงตีความ (synthesizing translations) เพื่อสร้างองค์ประกอบความหมายหลัก (Core Meaning Components) และ 7) นำเสนอผลในรูปข้อค้นพบเชิงโครงสร้างและแนวคิด กระบวนการดังกล่าวเอื้อต่อการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่ไม่เพียงสรุปผล แต่สามารถอธิบายโครงสร้างความหมายของบทบาทผู้ดูแลในบริบทชนบทไทยได้อย่างเป็นระบบและมีมิติทางสังคม–วัฒนธรรมรองรับอย่างชัดเจน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพที่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากงานวิจัยและบทความที่เผยแพร่ในแหล่งสาธารณะ ทั้งหมดอยู่ในรูปแบบไม่สามารถระบุตัวตนได้ และไม่มีการเก็บข้อมูลใหม่หรือเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล จึงไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ให้ข้อมูลและไม่เข้าข่ายการวิจัยในมนุษย์ตามหลักจริยธรรมสากล

งานวิจัยต้นทางที่นำมาสังเคราะห์ทั้งหมดได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากสถาบันต้นสังกัดแล้ว ผู้วิจัยในงานนี้มีบทบาทเพียงการสกัด วิเคราะห์ และสังเคราะห์เชิงตีความ โดยไม่กระทบสิทธิหรือศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูลในงานต้นฉบับ แม้ไม่อยู่ในขอบเขตที่ต้องขอรับรองจริยธรรมเพิ่มเติม ผู้วิจัยยังคงยึดถือหลักความซื่อสัตย์ทางวิชาการ การอ้างอิงอย่างถูกต้อง และการนำเสนอผลอย่างโปร่งใส เพื่อรักษามาตรฐานคุณภาพและความน่าเชื่อถือของการสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพนี้

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้จัดวางตามลำดับขั้นของกระบวนการสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพ โดยมุ่งอธิบายสององค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การสังเคราะห์องค์ประกอบความหมายจากข้อมูลระดับผู้ให้ข้อมูลและการตีความของนักวิจัยต้นฉบับ และ 2) การพัฒนาแบบจำลองตีความที่อธิบายพลวัตของบทบาท และประสบการณ์ของผู้ดูแลไม่เป็นทางการในบริบทชนบทไทย โดยผลการวิจัย มีดังนี้

1. การแปลความหมายและสังเคราะห์องค์ประกอบความหมายหลัก การตีความและสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยเชิงคุณภาพทั้ง 12 เรื่อง ผ่านการอ่านซ้ำอย่างเป็นระบบ การสร้างรหัสเชิงตีความ (interpretive coding) และการแปลความหมายเชิงสัมพันธ์ตามแนวทาง meta-ethnography พบว่า “ประสบการณ์ของผู้ดูแลไม่เป็นทางการในชนบทไทย” ไม่ได้เป็นเพียงกระบวนการดูแลเชิงปฏิบัติ แต่เป็น โครงสร้างความหมายทางสังคม–วัฒนธรรม ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบความหมายหลัก 7 ประการ ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบความหมายหลักที่ 1: การดูแลที่ตั้งอยู่บนความผูกพัน กตัญญู และหน้าที่เชิงวัฒนธรรมการดูแลถูกกำหนดความหมายผ่านค่านิยมกตัญญู การทดแทนบุญคุณ และความผูกพันระหว่างรุ่น ผู้ดูแลจำนวนมากมองบทบาทของตนว่าเป็น “พันธกิจเชิงคุณค่า” ที่ต้องปฏิบัติ ไม่ใช่เพียงภารกิจด้านสุขภาพ ความหมายนี้เป็นพลังขับเคลื่อนให้ผู้ดูแลคงการดูแลต่อเนื่องแม้ต้องเผชิญภาระหนัก ซึ่งสะท้อนการฝังรากของวัฒนธรรมครอบครัวในชนบทไทย และแสดงให้เห็นว่าการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของเอกลักษณ์ครอบครัวมากกว่าหน้าที่ส่วนบุคคล

องค์ประกอบความหมายหลักที่ 2: ภาระการดูแลหลายมิติและผลกระทบเชิงสะสม ผู้ดูแลประสบภาระทางกาย อารมณ์ เวลา เศรษฐกิจ และข้อจำกัดในบทบาทอื่นๆ ภาระเหล่านี้ทับซ้อนและยืดเยื้อจนก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าสะสม รวมถึงความทุกข์เรื้อรัง การดูแลไม่ใช่ภาระที่เกิดจากผู้สูงอายุคนใดคนหนึ่ง หากแต่เป็นผลสะท้อนจากโครงสร้างสังคมสูงวัยที่ผลักภาระการดูแลกลับสู่ครอบครัวโดยตรง เมื่อระบบสนับสนุนจากรัฐมีข้อจำกัด ผู้ดูแลจึงต้องรับบทบาทมากกว่าที่ความสามารถของครัวเรือนจะรองรับได้

องค์ประกอบความหมายหลักที่ 3: เครือข่ายครอบครัว–ชุมชนในฐานะระบบพยุงตามธรรมชาติ เครือญาติ เพื่อนบ้าน อสม. ผู้นำชุมชน และโครงสร้างทางสังคมของหมู่บ้านทำหน้าที่เหมือน “ระบบพยุงโดยธรรมชาติ” ที่ช่วยแบ่งเบาภาระผู้ดูแลทั้งในด้านการช่วยเหลือรายวัน การให้ข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนด้านจิตใจ และการจัดการเหตุฉุกเฉิน เครือข่ายนี้สะท้อนอัตลักษณ์สำคัญของชนบทไทย คือ การดูแลร่วมกันบนฐานความผูกพันทางสังคม

และเป็นองค์ประกอบที่ทำให้ระบบการดูแลเกิดขึ้นได้จริง แม้มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร

องค์ประกอบความหมายหลักที่ 4: ความไม่ต่อเนื่องและช่องว่างของระบบสุขภาพและสวัสดิการ ผู้ดูแลสะท้อนถึงความไม่ต่อเนื่องของบริการสุขภาพ สิทธิประโยชน์ที่เข้าถึงยาก การขาดการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ และทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ ช่องว่างเหล่านี้ทำให้ภาระการดูแลถูกผลักกลับสู่ครอบครัวเกือบทั้งหมด โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการรัฐยังคงจำกัดอย่างมีนัยสำคัญ สถานการณ์นี้ตอกย้ำการพึ่งพา “ทุนครัวเรือน-ทุนชุมชน” มากกว่าทุนจากระบบสุขภาพอย่างเป็นทางการ

องค์ประกอบความหมายหลักที่ 5: ความโดดเดี่ยวเชิงบทบาทและความเปราะบางทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ดูแลจำนวนมากต้องทำหน้าที่เพียงลำพัง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดการยอมรับ และไม่ได้รับการมองเห็นในระดับสังคม ภาระดูแลที่ยืดเยื้อผนวกกับการไม่มีพื้นที่ระบายทางอารมณ์ ทำให้ผู้ดูแลเผชิญความเปราะบางทางจิตใจอย่างชัดเจน ความโดดเดี่ยวนี้เป็น “ผลลัพธ์ที่มองไม่เห็น” ของระบบการดูแลปัจจุบัน ซึ่งยังไม่ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างเพียงพอ

องค์ประกอบความหมายหลักที่ 6: ศรัทธา ความเชื่อ และระบบความหมายที่ทำหน้าที่เป็นพลังเยียวยาความเชื่อทางศาสนา พิธีกรรมพื้นบ้าน การสวดมนต์ และคติเรื่องบุญ–กรรมทำหน้าที่เป็นกลไกประคับประคองจิตใจผู้ดูแล โดยเฉพาะในช่วงที่ภาระหนักและความหวังลดลง ศรัทธาทำหน้าที่เป็น “ทุนจิตวิญญาณ” ที่หล่อเลี้ยงความเข้มแข็งภายในและเป็นทรัพยากรที่ระบบบริการสุขภาพเชิงชีวการแพทย์มักมองข้าม

องค์ประกอบความหมายหลักที่ 7: ภูมิปัญญาท้องถิ่นในฐานะทุนการดูแลที่จับต้องได้ องค์ความรู้ท้องถิ่น เช่น การนวด การประคบ สมุนไพร การดูแลพื้นบ้าน และการเรียนรู้ผ่านชุมชน ช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจและเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ดูแล ภูมิปัญญานี้จึงไม่ใช่เพียง “วิธีดูแลแบบดั้งเดิม” แต่เป็นทุนสุขภาพที่มีนัยสำคัญต่อการดำรงระบบการดูแลในชนบทไทย และควรได้รับการบูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ

2. แบบจำลองตีความ “ระบบนิเวศการดูแลในชนบทไทย” ผลการสังเคราะห์ตีความจากงานวิจัยคุณภาพจำนวน 12 เรื่องทำให้เห็นภาพรวมของ “ระบบนิเวศการดูแลในชนบทไทย” ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลายระดับซึ่งเชื่อมโยงและส่งอิทธิพลซึ่งกันและกันอย่างเป็นระบบ แบบจำลองที่ได้สะท้อนว่าการดูแลในชนบทไทยไม่ใช่กิจกรรมภายในครอบครัว แต่เป็นกระบวนการที่ถูกหล่อหลอมโดยคุณค่าทางวัฒนธรรม เครือข่ายสังคม และเงื่อนไขเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพชนบท

ระดับที่ 1 คือ ชั้นคุณค่าทางวัฒนธรรม-ครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยค่านิยมความกตัญญู ความผูกพัน และหน้าที่ของลูกหลานที่ส่งผลต่อความหมายของการดูแลในทุกภูมิภาคของชนบทไทย คุณค่ากลุ่มนี้ทำหน้าที่เป็น “รากทางความหมาย” ของบทบาทผู้ดูแล และกำหนดแรงจูงใจหลักในการคงอยู่ของการดูแลระยะยาวภายในบ้าน

ระดับที่ 2 คือ ชั้นประสบการณ์รายบุคคลของผู้ดูแล ที่สะท้อนภาระหลายมิติ ความเหนื่อยล้าเรื้อรัง ความโดดเดี่ยวเชิงบทบาท และภาวะเปราะบางทางอารมณ์ซึ่งเป็นลักษณะร่วมของผู้ดูแลในพื้นที่ชนบท ภาระเชิงโครงสร้างที่สะท้อนผ่านประสบการณ์รายบุคคลนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลมักปฏิบัติภาระโดยขาดระบบสนับสนุนที่เพียงพอ

ระดับที่ 3 คือ ชั้นเครือข่ายชุมชนและระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ซึ่งประกอบด้วยครอบครัวขยาย ญาติ เพื่อนบ้าน อสม. ผู้นำชุมชน รวมถึงภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นทุนสังคมและทุนวัฒนธรรมที่ช่วย

พยุงระบบการดูแลในชีวิตประจำวัน เครือข่ายนี้ทำหน้าที่เป็น “ระบบพยุง” ที่ชดเชยช่องว่างของบริการทางการในชนบท

ระดับที่ 4 คือ ชั้นระบบสุขภาพและนโยบายสาธารณะ ซึ่งมีผลต่อการเข้าถึงบริการ LTC ความต่อเนื่องของการดูแล การเชื่อมประสานบริการ และทรัพยากรสำหรับผู้ดูแล ช่องว่างเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพชนบทส่งผลให้ครอบครัวต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักโดยปริยาย

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบทั้ง 4 ระดับร่วมกัน จะเห็นได้ว่าระบบการดูแลในชนบทไทยมีลักษณะเป็น “ระบบนิเวศ” ที่ประกอบด้วยคุณค่าทางวัฒนธรรม เครือข่ายชุมชน และบริบทเชิงนโยบายซึ่งกำหนดบทบาทของผู้ดูแลอย่างลึกซึ้ง แบบจำลองระบบนิเวศนี้ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนผู้ดูแลไม่เป็นทางการจำเป็นต้องพิจารณาปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับ เพื่อให้การพัฒนาระบบ LTC ในชนบทมีความยั่งยืนและตอบสนองความเป็นจริงของพื้นที่

สรุปและอภิปรายผล

ผลการสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพจากงานวิจัย 12 เรื่องสะท้อนภาพรวมของ “ระบบนิเวศการดูแลในชนบทไทย” ซึ่งถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ระหว่างคุณค่าทางวัฒนธรรม ประสบการณ์รายบุคคลของผู้ดูแล ทุนสังคมของชุมชน และข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพ โดยโครงสร้างความหมายเหล่านี้เชื่อมโยงกันเป็นระบบลูกผสมที่ซับซ้อน สอดคล้องกับกรอบคิดของ WHO เกี่ยวกับการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ ที่ชี้ว่าการดูแลผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนามักตั้งอยู่บนฐานครอบครัวและชุมชน ขณะที่รัฐยังไม่สามารถจัดบริการแบบต่อเนื่องได้เพียงพอ[4,16]

1. ผู้ดูแลไม่เป็นทางการในชนบทเป็น “ศูนย์กลางของระบบดูแล” ภายใต้โครงสร้างกดทับแบบเรื้อรังผลการสังเคราะห์พบว่า ผู้ดูแลไม่เป็นทางการมีบทบาทเป็นผู้รับภาระการดูแลหลัก เนื่องจากค่านิยมเรื่องความกตัญญู ความผูกพันระหว่างรุ่น และความรับผิดชอบเชิงวัฒนธรรม เป็นแรงผลักดันสำคัญต่อความต่อเนื่องของการดูแลในครอบครัวชนบทไทย[9-11,19] สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทสังคมสูงวัยและสังคมเอเชียที่ชี้ว่าครอบครัวยังเป็น “แกนกลาง” ของระบบการดูแลระยะยาว เมื่อระบบสวัสดิการและบริการภาครัฐยังมีช่องว่างและไม่สามารถรองรับความต้องการได้อย่างทั่วถึง[5-8]

ภาระเชิงกาย อารมณ์ เวลา เศรษฐกิจ และข้อจำกัดในบทบาทอื่นๆ ที่สะสมยาวนานในกลุ่มผู้ดูแลในชนบท ซึ่งปรากฏเด่นชัดในการสังเคราะห์ครั้งนี้ สอดคล้องกับหลักฐานสากลที่ยืนยันว่าผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อความเครียดเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้าสะสม โดยเฉพาะในบริบทที่ระบบสนับสนุนจากรัฐยังจำกัด[7,8] รวมถึงงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงพรรณนาในชนบทไทยที่รายงานภาระการดูแลหลายมิติควบคู่กับข้อจำกัดด้านรายได้และโอกาสทางสังคมของครัวเรือนผู้ดูแล[12-15]

2. เครือข่ายชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่นทำหน้าที่เป็น “ระบบพยุง” ที่ชดเชยช่องว่างรัฐ ผลการสังเคราะห์ชี้ว่า ชุมชนชนบทไทยมีระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัวขยาย เพื่อนบ้าน อสม. และผู้นำชุมชน ซึ่งทำหน้าที่เป็นระบบพยุงทั้งด้านข้อมูล แรงกาย และกำลังใจแก่ผู้ดูแล โดยมีเครือญาติและความผูกพันทางสังคมเป็นฐานสำคัญของการช่วยเหลือเกื้อกูลในชีวิตประจำวัน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับกรอบคิดด้านการดูแลระยะยาวแบบพึ่งพาชุมชนของ WHO และหลักฐานเชิงนโยบายในไทย ที่ย้ำบทบาททุนสังคมและโครงสร้างชุมชนในพื้นที่ทรัพยากรจำกัด[4,16-18]

นอกจากนี้ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การนวด การประคบ สมุนไพร การดูแลพื้นบ้าน และการเรียนรู้ผ่านชุมชน ปรากฏอย่างต่อเนื่องใน

ประสบการณ์ของผู้ดูแลในชนบทไทย ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพในชนบทไทยที่รายงานการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและระบบความรู้ชุมชนเป็นทั้งกลไกลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแล[12-14,18,19] ทำให้เห็นว่าภูมิปัญญาท้องถิ่นมิได้เป็นเพียง “ทางเลือกดั้งเดิม” แต่เป็นทุนสุขภาพที่มีความสำคัญเชิงโครงสร้างต่อการดำรงอยู่ของระบบการดูแลในชนบท

3. การดูแลถูกจำกัดด้วยช่องว่างของระบบสุขภาพและสวัสดิการ-สะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างระดับชาติ ผลการสังเคราะห์ยืนยันความไม่ต่อเนื่องของระบบบริการสุขภาพ การเข้าถึงสิทธิที่จำกัด และการขาดการบูรณาการบริการ LTC ในพื้นที่ชนบท สอดคล้องกับหลักฐานล่าสุดจาก Global Observatory on Long-Term Care ที่ชี้ว่า ประเทศรายได้ต่ำและปานกลางจำนวนมากยังขาดกลไกสนับสนุนผู้ดูแล เช่น บริการพักหายใจ (respite care) และระบบเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ ทำให้ภาระการดูแลส่วนใหญ่ตกอยู่กับครอบครัวและผู้ดูแลไม่เป็นทางการ[23] พร้อมทั้งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ระบบ LTC ในประเทศไทยที่สะท้อนช่องว่างด้านโครงสร้าง การเงิน และบุคลากร[16] และงานวิจัยในระดับชุมชนที่พบข้อจำกัดในการเชื่อมประสานบริการระหว่าง รพ.สต. อปท. และหน่วยบริการอื่นในชนบท[17,18]

ภาระที่ตกสู่ครอบครัวจึงมิใช่เพียง “ปัญหาครัวเรือน” แต่เป็นผลผลิตของโครงสร้างระบบสุขภาพและสวัสดิการที่ยังไม่ตอบสนองบริบทชนบทไทยอย่างเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานในไทยหลังปี 2563 ที่ชี้ให้เห็นความไม่เพียงพอของระบบ LTC ภายใต้กลไกหลักประกันสุขภาพและการดูแลโดย อปท. ในหลายพื้นที่[16-18]

4. ศรัทธา ความเชื่อ และความหมายเชิงจิตวิญญาณเป็นพลังเยียวยาที่มักถูกมองข้าม ผลการสังเคราะห์พบว่า ผู้ดูแลจำนวนมากใช้ศรัทธาทางศาสนา การสวดมนต์ พิธีกรรมพื้นบ้าน และกรอบความคิดเรื่องบุญ–กรรม เป็นกลไกเสริมพลังใจเมื่อภาระการดูแลหนักหรือความหวังลดลง การอ้างพึ่ง “ทุนจิตวิญญาณ” ดังกล่าวช่วยให้ผู้ดูแลรักษาความหมายของการดูแลและสร้างความรู้สึกยอมรับต่อสถานการณ์ ภาพนี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง spiritual resilience ในผู้ดูแลในบริบทเอเชีย ที่ชี้ว่าศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาเป็นปัจจัยเชิงปกป้อง (protective factor) ที่ช่วยลดความเครียดและส่งเสริมการปรับตัวเชิงบวก โดยเฉพาะในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสังคมเอเชีย[24]

อย่างไรก็ตาม มิติจิตวิญญาณดังกล่าวยังถูกให้ความสำคัญน้อยในระบบสุขภาพเชิงชีวการแพทย์ การพัฒนาระบบสนับสนุนผู้ดูแลจึงควรบูรณาการมิติศรัทธาและความเชื่อทางวัฒนธรรมอย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะผ่านการให้คำปรึกษาทางจิตวิญญาณ การเชื่อมโยงกับเครือข่ายทางศาสนาในชุมชน หรือการออกแบบโปรแกรมเสริมพลังผู้ดูแลที่คำนึงถึงทุนทางจิตวิญญาณของครอบครัว

สรุป การดูแลผู้สูงอายุในชนบทไทยดำเนินภายใต้ “ระบบนิเวศการดูแล” ที่ตั้งอยู่บนคุณค่าทางวัฒนธรรม ความผูกพันครอบครัว และทุนสังคมของชุมชน มากกว่าศักยภาพของบริการสุขภาพอย่างเป็นทางการ ผู้ดูแลไม่เป็นทางการจึงกลายเป็นแกนหลักของระบบดูแล ท่ามกลางภาระหลายมิติและบริการภาครัฐที่ยังไม่ต่อเนื่อง โดยมีเครือญาติ อสม. และภูมิปัญญาท้องถิ่นทำหน้าที่เป็นกลไกพยุงสำคัญ แบบจำลองระบบนิเวศที่พัฒนาขึ้นชี้ว่า ช่องว่างการสนับสนุนจากรัฐผลักภาระกลับสู่ครอบครัว ทำให้ “ความเข้มแข็งของผู้ดูแล” เป็นปัจจัยสำคัญต่อความต่อเนื่องของการดูแลในชนบท ดังนั้น การพัฒนานโยบายควรมุ่งเสริมพลังผู้ดูแลผ่านความรู้ ทรัพยากร สวัสดิการ และบริการพักหายใจ พร้อมขยายระบบ LTC ให้เข้าถึงพื้นที่ชนบทมากขึ้น เพื่อสร้างดุลยภาพระหว่างครอบครัว-ชุมชน-รัฐอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 เสริมระบบสนับสนุนผู้ดูแลไม่เป็นทางการ ควรจัดทำสวัสดิการเฉพาะผู้ดูแล เช่น เงินอุดหนุน กองทุนผู้ดูแลระดับตำบล และบริการพักหายใจทั้งในบ้าน–ชุมชน–หน่วยบริการ เพื่อบรรเทาภาระและสนับสนุนสุขภาพกาย–ใจของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.2 พัฒนาระบบ LTC แบบเชื่อมประสาน ควรปรับระบบ LTC ให้ทำงานไร้รอยต่อ ลดภารกิจซ้ำซ้อนระหว่าง รพ.สต.–อปท.–หน่วยสนับสนุน จัดทำ care pathway ระบบข้อมูลกลาง และทีมสหสาขาในพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความสะดวกในการเข้าถึงบริการ

1.3 พัฒนาโครงสร้างบริการสุขภาพชนบทให้ตอบบริบทจริง ควรขยายบริการ mobile LTC, community rehab, home-based nursing และ telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึง ลดภาระการเดินทาง และเสริมความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิง

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 เสริมบทบาท อสม. เป็น “care navigator” ควรอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้อสม. ประเมินความต้องการผู้ดูแล ให้ข้อมูลสุขภาพ เชื่อมประสานบริการ และติดตามผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน

2.2 จัดทำชุดองค์ความรู้จำเป็นสำหรับผู้ดูแล พัฒนาคู่มือ/หลักสูตรสั้นด้านการจัดการแผลกดทับ การเคลื่อนย้าย การใช้ยา สัญญาณอันตราย โภชนาการ และสุขภาพจิต เพื่อเพิ่มทักษะดูแลอย่างปลอดภัย

2.3 บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ พัฒนาแนวทางการใช้นวดไทย สมุนไพร การประคบ และการดูแลพื้นบ้าน โดยกำกับมาตรฐานและความปลอดภัย เพื่อใช้ควบคู่กับบริการสมัยใหม่ได้อย่างเหมาะสม

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย

3.1 พัฒนาเครื่องมือวัดที่เหมาะกับบริบทไทย สร้างและทดสอบเครื่องมือวัดภาระผู้ดูแล คุณภาพชีวิต ความเครียด และ resilience ให้สอดคล้องบริบทชนบท เพื่อใช้วางระบบสนับสนุนที่มีฐานหลักฐานรองรับ

3.2 ศึกษาความต้องการจำเพาะตามบริบทและประเภทภาวะพึ่งพิง วิจัยกลุ่มชาติพันธุ์ ภูมิภาค และกลุ่มโรคเฉพาะ เช่น สมองเสื่อม ผู้ป่วยติดเตียง เพื่อออกแบบบริการให้ตรงกับความหลากหลายของครอบครัวไทย

3.3 ประเมินประสิทธิผลและความคุ้มค่าของนโยบาย LTC ศึกษาผลลัพธ์ระดับประเทศ-จังหวัด-ตำบล รวมถึง cost-effectiveness เพื่อนำข้อมูลไปใช้ตัดสินใจเชิงนโยบายที่ยั่งยืน

3.4 วิจัยโครงสร้างระบบ LTC ในชนบทไทย ศึกษารูปแบบบริการที่เหมาะสม การบูรณาการระหว่าง รพ.สต.-อปท.-อสม. กลไกการจัดการระดับตำบล และผลกระทบต่อตัวผู้ดูแล เพื่อวางทิศทางพัฒนาระบบที่ตอบบริบทพื้นที่จริง

เอกสารอ้างอิง

1.United Nations, Department of Economic and Social Affairs.(2020). World Population Ageing 2020 Highlights. New York: United Nations.

2.National Statistical Office.(2023). The 2022 Survey of the Older Persons in Thailand. Bangkok: NSO.

3.Knodel J, Teerawichitchainan B. Aging in Thailand: Projections and policy implications. J Cross Cult Gerontol. 2017;32(3):283–95.
4.World Health Organization.(2017). Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions. Geneva: WHO.
5.Kumar A, Wong MKS.(2022). Informal caregiving and its implications in ageing societies. Ageing Int. 2022;47(3):588–606.
6.Gaugler JE.(2021). The process of caregiving and its impacts on caregivers. Gerontologist. 2021;61(2):281–90.
7.Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS.(2014). Caregiver burden: A clinical review. JAMA. 2014;311(10):1052–60.
8.Chen Y, Duberstein P, Cooley ME.(2021). Burden and resource needs of family caregivers of older adults. J Adv Nurs. 2021;77(4):1740–52.
9.Pothisiri W, Prasitsiriphon O.(2019). Family caregiving in Thai cultural context. Thai J Nurs Res. 2019;23(2):34–48.
10.Boonlert U, Suttharangsee W. Filial piety and caregiving practices in rural Thai families. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2017;21(4):296–310.
11.Rittirong J, Rindfuss RR.(2018). Rural–urban migration and caregiving norms in Thailand. Asian Popul Stud. 2018;14(1):54–69.
12.Srithong W, Pongthavornkamol K.(2021). Lived experiences of family caregivers of dependent older adults in rural Thailand. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2021;25(1):78–92.
13.Chanprasit C, Kongwattanakul K.(2020). Coping, stress, and emotional adjustments among caregivers in Thai rural communities. Thai J Nurs. 2020;69(3):45–58.
14.Lersilp S, Putthinoi S.(2019). Strategies of caregiving among family members of bedridden older people: A qualitative study. Songkla Med J. 2019;37(2):87–98.
15.Khampanya P, Thammajinda P.(2022). Family resilience and caregiving adaptation in Thai elderly care. J Community Dev. 2022;17(3):112–25.
16.Health Systems Research Institute.(2020). Long-term care systems for dependent older persons in Thailand: Situation and policy gaps. Nonthaburi: HSRI; 2020.
17.Jindasook S, Tipayamongkholgul M.(2019). Community caregiving systems in rural Thailand: A qualitative inquiry. J Public Health (Thailand). 2019;49(1):56–68.
18.Suttharangsee W, Pinyopasakul W.(2024). Roles of village health volunteers in caregiving for older adults: A rural ethnographic study. J Adv Nurs. 2020;76(5):1234–44.
19.Phetsuriya K, Sirikantraporn S.(2021). Cultural meanings of caregiving among Thai families: A qualitative synthesis. Thai J Nurs Res. 2021;25(2):67–79.
20.Noblit GW, Hare RD.(1988). Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies. Newbury Park (CA): Sage.
21.Sandelowski M, Barroso J.(2018). Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer; 2007.
22.Critical Appraisal Skills Programme (CASP).(2018). CASP Qualitative Research Checklist. Oxford: CASP; 2018.
23.World Health Organization Centre for Health Development.(2024). Financing robust, responsive and equitable long-term care systems around the world [news release]. Kobe: World Health Organization Centre for Health Development.
24.Duangjina T, Hershberger PE, Gruss V, Fritschi C.(2025). Resilience in family caregivers of Asian older people with dementia: An integrative review. J Adv Nurs. 2025;81(1):156–170.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

Effectiveness of Rational Medication Literacy Enhancement Program in Tambon Gao Ngiew, Phon District, Khon Kaen Province.

(Received: December 3,2025 ; Revised: December 10,2025 ; Accepted: December 16,2025)

ลลิตา เพชรภา[1]ชนะพล ศรีฤาชา[2] วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา[2]
Lalita Pethpa [1] Chanaphol Sriruecha [2]Veena Israngkura Na Ayudhya[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental Rresearch One Group Pre-Posttest Design) วัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชนตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ในปี 2567 เดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568 จำนวน 48 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test

ผลการศึกษาพบว่า พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพ ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพ ความสามารถในการโต้ตอบ การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองแต่ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ P-value < .05 ส่วนการบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ P-value < .05

คำสำคัญ: ความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

Abstract

This quasi-experimental study, employing a one-group pre-post-test design, aimed to evaluate the effectiveness of a program to enhance rational drug use literacy in the community of Kaeng Ngiu Subdistrict, Phon District, Khon Kaen Province. The study was conducted between December 2024 and March 2025. The sample consisted of 48 residents selected through systematic random sampling. Data were collected using a questionnaire assessing rational drug use literacy and analyzed using the t-test.

The findings revealed no significant differences in the participants' abilities to access drug and health information, understand drug and health information, interact, make decisions about drug use and health care, or manage their drug use and health care independently after was higher than before and non significantly (P-value < 0.05). However, there was significantly improvement in participants' ability to share information about drug use and health care with others after was higher than before (P-value < 0.05).

Keywords: Rational drug use literacy, self-efficacy, rational drug use in the community

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

[2] รองศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและการจัดการสุขภาพคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย Corresponding author E-mail : Lalitasee123@gmail.com

บทนำ

การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเป็นการได้รับยาและใช้ยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิกในปริมาณที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้นและเกิดความคุ้มค่าสูงสุดทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง อย่างไรก็ตามการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลมีปัจจัยที่ยังเป็นอุปสรรคตั้งแต่การจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการปลอมปนสเตียรอยด์ มีการโฆษณาหลอกลวงให้หลงใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วยและของประเทศ ปัญหาเหล่านี้มีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้นในอนาคต ในขณะที่ภาครัฐยังคงไม่สามารถจัดการกับปัญหาดังกล่าวได้ ทั้งในระดับนโยบายหรือระดับต้นน้ำเพื่อป้องกันปัญหาที่จะส่งผลกระทบกับชุมชนได้ ดังนั้นปัญหายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในชุมชนจึงยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง[1] สาเหตุสำคัญ คือ การเข้าถึงระบบบริการด้านสาธารณสุขและยาของประชาชนในชุมชน ทำให้ร้านค้าในหมู่บ้านเป็นทางเลือกเดียวที่มีพร้อมทั้งเครื่องใช้อุปโภคบริโภค รวมถึงยาสามัญประจำบ้าน ยาปฏิชีวนะ ยาลูกกลอน และยาชุด[2]

ความรอบรู้ด้านการใช้ยาเป็นทักษะและความสามารถในการอ่าน (reading) คำนวณตัวเลข (calculate) และสื่อสาร (communicate) เพื่อให้สามารถเข้าถึง (access) ข้อมูลหรือแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพแล้ว เกิดความเข้าใจ (understand) สามารถประเมิน (evaluate) เพื่อนำข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือไปใช้ในการตัดสินใจ (make decision) เลือกใช้ยาได้อย่างปลอดภัย (safety) และมีประสิทธิผล (effectiveness) เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes) ที่ดีต่อตนเองและส่วนรวม[3] ดังนั้นการนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์เป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจะสามารถเสริมสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในการรับรู้ทางปัญญา และทักษะทางสังคมในระดับบุคคล และดำรงรักษาสุขภาพตนเองของประชาชนได้อย่างยั่งยืน สามารถปกป้องตนเองหรือลดความเสี่ยงรวมทั้งเป็นการแก้ปัญหาเชิงระบบที่ทำให้ชุมชนสามารถดูแลปกป้องมิให้มีการจำหน่ายหรือโฆษณายาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) ซึ่งแนวคิดด้านทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยใช้องค์ประกอบด้านบุคคลเป็นสำคัญ วิธีการหนึ่งที่สามารถสร้างการเรียนรู้ได้คือ การที่บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างถูกต้องจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเรียนรู้ได้[4] ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและวิธีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่ได้มีเพียงทักษะที่บุคคลมีในขณะนั้นเท่านั้น หากแต่ขึ้นอยู่กับการตัดสินของบุคคลว่าสามารถทำสิ่งใดได้ด้วยทักษะที่มีอยู่โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนี้ สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ ดังนั้น การที่บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลนั้นจะส่งผลถต่อพฤติกรรมที่จะใช้ยาหรือไม่ใช้ยานั้นด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เช่น การศึกษาของ[5] ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยาชุด พฤติกรรมการบริโภคยาชุด ความสัมพันธ์กันระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการบริโภคยาชุด ของประชากรบ้านโพธิ์ ตำบลโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคยาชุดอยู่ในระดับปานกลาง ความความรู้ในการบริโภคยาชุด อยู่ในระดับมากที่สุด และพบว่า ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคยาชุดมีความสัมพันธ์กัน การศึกษาของ[6] ที่ได้ศึกษาปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคยาชุดของประชากร อายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองฉิม อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ประชากรมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยาชุด อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.3 มีเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคยาชุด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.9 การเข้าถึงของการบริโภคยาชุดและแหล่งขายยาชุด อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.3 แรงสนับสนุนจากสังคมในการบริโภคยาชุด อยู่ในระดับปานกลาง และประชากรมีพฤติกรรมการบริโภคยาชุด อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.9 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคยาชุด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยาชุด เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคยาชุด การเข้าถึงของการบริโภคยาชุดและแหล่งขายยาชุด และแรงสนับสนุนจากสังคมในการบริโภคยาชุด และการศึกษาของ[7] ที่ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ประสิทธิผลของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีร้อยละ 35.3 และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 65.8 และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เห็นได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคยาชุดมีความสัมพันธ์กับความรู้ อีกทั้งเจตคติ การเข้าถึงแหล่งขาย การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ดังนั้น หากต้องดำเนินการเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่สมเหตุสมผลด้านการใช้ยาในชุมชนนั้น ควรมีการส่งเสริมด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยาชุด เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคยาชุด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนจากสังคม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ผลการสำรวจภาวะสุขภาพในปี 2567 พบว่า มีผู้ป่วยใช้ยาชุดจำนวน 36 ราย ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพจำนวน 27 ราย เกิดภาวะ Cushing's syndrome จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 8 เกิดภาวะ Adrenal insufficiency จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 5 ผลการสำรวจร้านค้าพบว่า มีร้านค้าที่ขายยาชุดจำนวน 9 ร้าน ยาที่พบบ่อยคือ กลุ่มยาที่อ้างว่าใช้รักษาอาการปวดกล้ามเนื้อ และอาการไข้ ปัญหาที่พบ คือ การดำเนินงานในภาคประชาชน และการควบคุมการจำหน่ายสินค้าควบคุมของหน่วยงานภาครัฐ และอุปสรรค คือ การเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีข้อจำกัด เช่น ต้องมีบัตรประชาชน ความสะดวกในการเดินทางและในเวลาราชการ การดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นการดำเนินงานโดยเน้นการคัดกรองเป็นหลัก ขาดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลแก่ประชาชนในชุมชน จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชนตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยผลการศึกษาผู้วิจัยจะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานและพัฒนาเป็นแนวทางการป้องกันการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในพื้นที่รับผิดชอบต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชนตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.เพื่อศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้การใช้ยาของประชาชนในชุมชนตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่นก่อนทดลอง และหลังทดลอง

2.เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้การใช้ยาของประชาชนในชุมชนตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่นก่อนทดลอง และหลังทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research One Group Pre-Post Test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนในชุมชนตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 3,053 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในชุมชนตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนกันยายน 2567 ถึงธันวาคม 2567 เลือกแบบสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

Inclusion Criteria 1) เป็นประชาชนในชุมชนตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ที่มีชื่อในทะเบียนราษฎรไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) มีอายุตั้งแต่ 20 ถึง 65 ปี 3) สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ และสามารถอยู่ร่วมจนครบกำหนดวิจัย

Exclusion Criteria 1) มีพฤติกรรมใช้ยาสมุนไพร 2) ย้ายถิ่นฐานระหว่างเข้าร่วมโครงการ

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การประมาณค่าเฉลี่ย(กรณี ทราบ จำนวน ประชากร) โดยกำหนดค่าที่สำคัญ คือ จำนวนประชากร (N) ระดับความเชื่อมั่น (Confidence level) เท่ากับ 1.96 ระดับของความแปรปรวน (Degree of variability; σ) ได้จากการทบทวนวรรณกรรมของ[8] ที่มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เท่ากับ 0.53 คะแนน กำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อนของการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมร้อยละ 15 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.17 แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{NZ^2\alpha/_2\sigma^2}{[e^2(N-1)]+[Z^2\alpha/2\,\sigma^2]}$$

เมื่อ n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากร 472 คน

e แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% of σ เท่ากับ 0.17

Z แทน ค่าปกติมาตรฐานที่ α = 0.05 เท่ากับ 1.96

σ แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.53

แทนค่าในสูตร

n = 43 คน

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10 % ดังนั้นในการวิจัยนี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคเรื้อรัง อาชีพ สถานภาพสมรส

1.2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ 9 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2564) ประกอบด้วย 6 ตอน จำนวนรวม 52 ข้อ ได้แก่ ตอนที่ 1 ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและ สุขภาพ 8 ข้อ ตอนที่ 2 ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพ 10 ข้อ ตอนที่ 3 ความสามารถในการโต้ตอบ 7 ข้อ ตอนที่ 4 การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ 11 ข้อ ตอนที่ 5 การจัดการตนเองดานการใช้ยาและดูแลสุขภาพ 10 ข้อและตอนที่ 6 การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ 6 ข้อ[9]

การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนน มากกว่า 41.5 คะแนน แปลว่า มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ

คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 41.5 คะแนน แปลว่า มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่เพียงพอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนโดยหาคุณภาพด้านความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับประชาชนในตำบลใกล้เคียง และมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Item-total correlation of Cronbach) ได้ค่าเทากับ 0.81 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมาใช้ในการเก็บข้อมูลต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คือ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้ประยุกต์จากโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนกลุ่มวัยทำงาน กระทรวงสาธารณสุข(2562) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้และฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล บริการสุขภาพ การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

กิจกรรมที่ 2 เสริมสร้างทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ ฝึกการวิเคราะห์แยกแยะและตัดสินใจเลือกวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย

กิจกรรมที่ 3 เสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล รวมทั้งการสื่อสาร บอกต่อ แบ่งปันความรู้ให้กับผู้อื่น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นแพทย์เวชปฏิบัติ-เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน ในโรงพยาบาลพล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น และนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Valid Index) ได้เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. ระยะก่อนทดลอง

1.1 ประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโดยสอบถามความสมัครใจการเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และลงนามเข้าร่วมการวิจัย

1.3 อธิบาย ชี้แจง ตอบข้อซักถามอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัย

1.4 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน ระหว่างเดือนกันยายน 2567

2. ระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชนตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

3. ระยะหลังการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน เมื่อสิ้นสุดการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนก่อน และ หลังทดลองโโดยใช้สถิติ Paired t-test วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนก่อนและ หลังทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย โดยยึดหลักเกณฑ์ตามหลักการแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ

(Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (Good Clinical Practice: GCP) โดยรับรอง ณ วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2567 โครงการวิจัย เลขที่ CASHE670030

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ขึ้นไป จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 29 มีระดับการศึกษาระหว่าง ม.4-ม.6 จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 37 เคยตรวจโรคเรื้อรังโดยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 62 โดยพบว่า เป็นโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงจำนวนเท่ากันคือ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 33 มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 33 มีสถานภาพไม่เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 77 ไม่เป็น อสม. หรือ อสส. จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 77

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลก่อนและหลังการทดลองผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีค่าเฉลี่ยก่อนทดลองและหลังทดลองตามลำดับดังนี้ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและ สุขภาพมีค่าเฉลี่ยก่อนทดลองและหลังทดลองเท่ากับ 6.55 และ 6.89 คะแนน ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพมีค่าเฉลี่ยก่อนทดลองและหลังทดลองเท่ากับ 9.21 และ 9.43 คะแนนความสามารถในการโต้ตอบมีค่าเฉลี่ยก่อนทดลองและหลังทดลองเท่ากับ 5.88 และ 6.51 คะแนนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยก่อนทดลองและหลังทดลองเท่ากับ 4.94 และ 7.67คะแนน การจัดการตนเองดานการใช้ยาและดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยก่อนทดลองและหลังทดลองเท่ากับ 8.00 และ 8.57 คะแนน การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยก่อนทดลองและหลังทดลองเท่ากับ 4.97 และ 5.11 คะแนน เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในภาพรวมพบว่ามีค่าเฉลี่ยก่อนทดลองและหลังทดลองเท่ากับ 5.88และ 6.51 คะแนน ถือว่ามีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ คือ สูงกว่า 41.50 คะแนน

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิเคราะห์พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและ สุขภาพก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน (P-value < .05) ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน (P-value **<** .05) ความสามารถในการโต้ตอบก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน (P-value **<** .05) การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน (P-value < .05) การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน (P-value < .05) การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพก่อนและหลังทดลองแตกต่างกัน (P-value < .05) เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวมพบว่า ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน (P-value **<** .05) ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนก่อนและหลังการทดลองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (n= 48)

ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและ สุขภาพ	6.55	1.94	.89	.89	47	.050	.09
ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพ	9.21	0.86	.43	.47	47	.012	.07
ความสามารถในการโต้ตอบ	5.88	2.01	.51	.12	47	.054	.09
การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ	4.94	2.21	.67	.32	47	.074	.35
การจัดการตนเองดานการใช้ยาและดูแลสุขภาพ	8.00	2.62	.57	.62	47	.070	.12
การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ	.97	.88	.11	.45	47	.050	.03 *
ภาพรวม	43.55	7.03	44.18	4.37	47	.065	.15

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชนตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่นในครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 กล่าวว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของประชาชนในตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและ สุขภาพมีค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพมีค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ความสามารถในการโต้ตอบ มีค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพมีมีค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองการจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่ามีค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชนตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่นโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล บริการสุขภาพ การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล การเสริมสร้างทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ ฝึกการวิเคราะห์แยกแยะและตัดสินใจเลือกวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย และการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล รวมทั้งการสื่อสาร บอกต่อ แบ่งปันความรู้ให้กับผู้อื่น เป็นกระบวนการเรียนรู้และการส่งเสริมความรู้ที่มีประสิทธิภาพร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลและประสบการณ์ที่ช่วยพัฒนาความรู้และความสามารถในด้านการเข้าถึงและการใช้ข้อมูลยาและสุขภาพ การให้ข้อมูลที่เข้าใจง่ายและนำไปใช้ได้จริงเนื้อหาหรือวิธีการสอนที่ใช้ในโครงการอาจถูกออกแบบให้เหมาะสมกับผู้เข้าร่วม เช่น การใช้สื่อภาพ วิดีโอ การเล่าเรื่อง หรือกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจข้อมูลได้ง่ายขึ้นและเกิดการตัดสินใจนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ รวมทั้งจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็น

ประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นอารมณ์ทางสรีระ เช่น การอธิบายถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมถึงการเชื่อมโยงกับผลกระทบที่เป็นประโยชน์ต่อชีวิต สิ่งนี้อาจช่วยให้ผู้เข้าร่วมใส่ใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงขึ้นอีกทั้งการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือเพื่อนร่วมกลุ่ม ที่ส่งเสริมบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ ทำให้ผู้เข้าร่วมเกิดความมั่นใจและพัฒนาทักษะได้รวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ [10] พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความร่วมมือในการใช้ยามีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ[8] พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับไม่เพียงพอ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับเพียงพอ

สมมุติฐานที่ 2 กล่าวว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้การใช้ยาของประชาชนในตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ก่อนทดลอง และหลังทดลองแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและ สุขภาพ ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพ ความสามารถในการโต้ตอบ การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ และในภาพรวมก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนการบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพก่อนและหลังทดลองแตกต่างกัน อธิบายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชนตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่นเป็นโปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล บริการสุขภาพ การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

การเสริมสร้างทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ ฝึกการวิเคราะห์แยกแยะและตัดสินใจเลือกวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย และการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล รวมทั้งการสื่อสาร บอกต่อ แบ่งปันความรู้ให้กับผู้อื่น อาจมีระยะเวลาในการดำเนินงานที่สั้นเกินไปอีกทั้งเนื้อหาในโปรแกรมนั้นอาจเป็นแนวทางวิชาการมากเกินไปจึงไม่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ปัจจัยเศรษฐกิจและสังคมที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และมีระดับการศึกษาระหว่าง ม.4-ม.6 โดยแนวคิดของ 4 Bandura(1997) เชื่อว่าปัญญาความสามารถตนเองเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างนี้อาจเป็นไปได้ว่าการที่ประชาชนส่วนใหญ่จะต้องประกอบอาชีพตลอดวัน การเร่งทำงานเพื่อเพิ่มรายได้ ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นไม่แตกต่างกันได้ ยกเว้นแต่พฤติกรรมการบอกต่อนั้นเป็นพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างสามารถพูดคุยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ง่ายตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ[10] พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือการใช้ยาหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ[8] พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยามีความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความแตกต่างกัน

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชนตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังทดลองแตกต่างกัน ในด้านการบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อให้เกิดการสื่อสารบอกต่อในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินว่าความรู้ที่ได้รับสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างยั่งยืนหรือไม่

2.ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรอบรู้ เช่น บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนจากครอบครัว และความพร้อมของข้อมูลด้านสุขภาพ

3.ควรศึกษาและเปรียบเทียบวิธีการสื่อสารด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เช่น การใช้สื่อสิ่งพิมพ์ วิดีโอ อินโฟกราฟิก หรือโซเชียลมีเดีย เพื่อหาแนวทางที่ดีที่สุดในการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

1.สิริลักษณ์ รื่นรวย, 2562).การจัดการปัญหายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยเครือข่าย บวร.ร. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2563;12(3):858-68.

2.ชมพูนุท เสียงแจ้ว, 2562).การสำรวจการใช้ยาปฏิชีวนะและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผสมสเตียรอยด์ใน ผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 33(1); 231–42.

3.(กมลรัตน์ นุ่นคง, 2565).ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง เหมาะสมของประชาชนในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย, 4(3); 23-31.

4.(Bandura, 1986). Social foundations of thought and action : A social cognitive Theory. New Jercy : Prentice-Hall.

5.เสาวณีย์ ลาเสือ และคณะ(2560).ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคยาชุดของประชากรบ้านโพธิ์ตำบลโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา, 4(2); 70-76.

6.ชัญญานุช ไพรวงษ และคณะ (2565).ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรที่มีภาวะโภชนาการเกินในตำบลโนนตูม อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 14(2); 90-20.

7.ณัฐพล ผลโยน (2566).ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16(3); 333-347.

8.มนตรี ทองอินทร์ และปัทมา ล้อพงค์พานิชย์ (2567).ประสิทธิผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอำเภอซำสูงจังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุภาพชุมชน , 9(2), 599-607.

9. ตวงรัตน โพธะ และคณะ. (2564).การพัฒนาเครื่องมือและประเมิน ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอยางสมเหตุผลของประชาชนไทย นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

10.เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ และคณะ (2565).รายงานการวิจัยเรื่อง โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย. มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

อิทธิพลของความเอียงของฟันหน้าตัดด้านข้างส่งผลต่อการรับรู้ความสวยงามของรอยยิ้ม

The influence of the profile incisor inclination on the esthetic perception of the smile.

(Received: December 4,2025 ; Revised: December 14,2025 ; Accepted: December 16,2025)

ดวงฤดี พลนิวัตน์วงศ์[1]

Duangrudee Pholniwatwong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความแตกต่างของการรับรู้ความสวยงามระหว่างทันตแพทย์จัดฟันและบุคคลทั่วไปเมื่อมองในมุมมองด้านข้างที่มีความเอียงในแนวหน้าหลังของฟันหน้าตัดที่แตกต่างกัน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสวยงามของความเอียงในแนวหน้าหลังของฟันหน้าตัดที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ภาพรอยยิ้มด้านข้างของผู้หญิงอายุ 29 ปี ที่ตรงตามเกณฑ์คัดเลือกมาปรับแต่งมุมความเอียงของฟันหน้าตัดบนตั้งแต่ +15 ถึง –15 องศา โดยปรับทีละ 5 องศา ได้ภาพรวม 7 ภาพ และนำภาพนั้นมาทำซ้ำและจัดเรียงแบบสุ่มเพื่อใช้ประเมินคะแนนความสวยงามตามมาตรวัดความสวยงามแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale: 1–10 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างผู้ประเมินคะแนนประกอบด้วยทันตแพทย์จัดฟัน 120 คน และบุคคลทั่วไป 120 คน ผลการวิเคราะห์โดย 2-Sample Independent t-test พบว่าบุคคลทั่วไปให้คะแนนรอยยิ้มที่มีมุมความเอียงของฟันหน้าตัดบนที่ 70, 75 และ 85 องศา สูงกว่าทันตแพทย์จัดฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p < 0.05$) ขณะที่ภาพในมุม 80, 90, 95 และ 100 องศา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) ผลการวิเคราะห์ภาพที่พึงพอใจมากที่สุดและไม่ชอบที่สุดโดยใช้ Pearson's Chi-square test พบว่าสัดส่วนของผู้ที่เลือกภาพในแต่ละมุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม ทั้งในภาพที่ชอบที่สุด ($\chi^2 = 15.77$, $p = 0.015$) และภาพที่ไม่ชอบที่สุด ($\chi^2 = 35.20$, $p < 0.001$) โดยทั้งสองกลุ่มชอบรอยยิ้มที่มีมุมเอียง 85° มากที่สุด ขณะที่ทันตแพทย์จัดฟันไม่ชอบมุม 70° มากที่สุด และบุคคลทั่วไปไม่ชอบมุม 100° มากที่สุด

คำสำคัญ: อิทธิพลของความเอียง ฟันหน้าตัดด้านข้าง การรับรู้ความสวยงามของรอยยิ้ม

Abstract

This study was survey research by cross-sectional study aimed to evaluate differences in the perception of smile esthetics between orthodontists and laypersons when viewing lateral smile profiles with varying degrees of upper incisor inclination, and to examine the relationship between incisor inclination and esthetic perception within each group. Lateral smile photographs of a 29-year-old female who met the inclusion criteria were digitally manipulated to create seven upper incisor inclinations ranging from +15 to –15 degrees in 5 degrees increments. Each image was duplicated and randomly ordered, resulting in 14 images scored using a Numerical Rating Scale (1–10). The evaluators consisted of 120 orthodontists and 120 laypersons. 2-Sample Independent t-test analysis showed that laypersons assigned significantly higher esthetic scores than orthodontists at 70°, 75°, and 85° at a significance level of 0.05 ($p < 0.05$), while no significant differences were observed at 80°, 90°, 95°, and 100° ($p > 0.05$). Pearson's Chi-square test revealed that the proportions of subjects selecting each angulation differed significantly between the two groups, including for the most-preferred ($\chi^2 = 15.77$, $p = 0.015$) and least-preferred images ($\chi^2 = 35.20$, $p < 0.001$). Both groups most frequently preferred the 85° inclination; however, orthodontists least preferred 70°, whereas laypersons least preferred 100°.

Keywords: Influence of tilt, lateral incisor, aesthetic perception of smile.

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

บทนำ

การยิ้มเป็นการแสดงออกทางสีหน้าที่พบได้บ่อยที่สุด ทั้งใช้ในการแสดงถึงมิตรภาพ การเห็นด้วย และการขอบคุณ จึงมักเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมองหาการดูแลช่องปาก มีรายงานการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับมุมมองด้านหน้าของรอยยิ้ม ในขณะที่มุมมองด้านข้างยังไม่ค่อยได้รับการศึกษามากนัก Sarvor และ Ackerman[1] ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาไปที่การวิเคราะห์รอยยิ้มในทุกมิติ โดยในมุมมองด้านข้างความเอียงของฟันหน้าตัดส่งผลสำคัญต่อรอยยิ้ม Kerns และคณะ[2] พบว่ามุมมองด้านข้างและด้านหน้าของรอยยิ้มเดียวกันไม่ได้ถูกประเมินความสวยงามเท่ากัน โดยมุมมองด้านข้างได้รับการประเมินสูงกว่ามุมมองด้านหน้าของรอยยิ้มเดียวกัน ผลการศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าทันตแพทย์จัดฟันควรพิจารณาทั้งมุมมองด้านหน้าและด้านข้าง เมื่อวางแผนและประเมินการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน[3] จากมุมมองด้านความสวยงาม Schlosser และคณะ[4] พบว่าการจัดเรียงฟันหน้าให้ยื่นเล็กน้อยหรือให้คงไว้ในตำแหน่งแรกเริ่มก่อนจัดฟันดีกว่าการดึงกลับ (Retrocline) ปลายฟันหน้าบน การที่ปลายฟันหน้าบนถูกดึงกลับมากเกินไปมักจะทำให้รอยยิ้มไม่สวยงามและทำให้ดูมีอายุ

โดยทั่วไปทันตแพทย์จัดฟันมักใช้การประเมินความสวยงามของลักษณะใบหน้าและฟันจากการวิเคราะห์ค่าเซฟฟาโลเมตริกซ์ของกะโหลกศีรษะและใบหน้าด้านข้าง (Cephalometric analysis) เพื่อประเมินความสวยงามของใบหน้า แม้ว่าจะพบว่าความสมดุลสวยงามของใบหน้าจะมีค่าปกติของข้อมูลหลากหลายแตกต่างกันตามวิธีการวัดและเชื้อชาติของผู้ป่วย[5,6] หรือถึงแม้ว่าจะจัดเรียงฟันจนเรียบร้อยตามเกณฑ์การประเมินของ ABO (American Board of Orthodontics' criteria) ยังพบว่ารอยยิ้มไม่สวยงามเพียงพอในบางครั้ง[7] ยิ่งไปกว่านั้นความเห็นของทันตแพทย์จัดฟันเมื่อประเมินความสวยงามของรอยยิ้มยังอาจมีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป[8,9] อย่างไรก็ตามแนวคิดเกี่ยวกับความสวยงามเป็นเรื่องที่ยากต่อการวัดค่า เนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสวยงาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักการพื้นฐานของความสวยงามและมุมมองของผู้พิจารณาเกี่ยวกับสิ่งที่ถือว่ามีความสวยงาม[10]

ดังนั้นการศึกษาข้อกำหนดและเกณฑ์พื้นฐานของความสวยงามยังคงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมายด้านความสวยงามที่ชัดเจน และการเข้าใจในมุมมองการรับรู้ความสวยงามที่แตกต่างกันของทันตแพทย์จัดฟันและบุคคลทั่วไปจะทำให้สามารถวางแผนการรักษาและประเมินผลการรักษาได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นที่มาให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาอิทธิพลของความเอียงของฟันหน้าตัดด้านข้างส่งผลต่อการรับรู้ความสวยงามของรอยยิ้มเพื่อนำมาวางแผนการรักษาและประเมินผลการรักษาได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความแตกต่างของการรับรู้ความสวยงามระหว่างทันตแพทย์จัดฟันและบุคคลทั่วไปเมื่อมองในมุมมองด้านข้างโดยพิจารณาจากการเอียงในแนวหน้าหลังของฟันหน้าตัดที่แตกต่างกัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสวยงามของความเอียงในแนวหน้าหลังของฟันหน้าตัดที่แตกต่างกันของทันตแพทย์จัดฟันและบุคคลทั่วไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by cross-sectional study)

รูปภาพรอยยิ้ม

ใช้ภาพตัวอย่างใบหน้าด้านข้างขวาขณะยิ้มของผู้หญิงอายุ 29 ปีที่ได้รับทราบเอกสารชี้แจงรายละเอียดข้อมูลในการร่วมวิจัยและยินยอมให้เก็บข้อมูลเพื่อ

การศึกษาแล้ว ลักษณะใบหน้าของภาพตัวอย่างทั้งทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีค่าเซฟฟาโลเมตริกซ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ (1) มีรอยยิ้มที่สมดุล (Harmonious smile) ทั้งด้านหน้าตรงและด้านข้าง (2) มีการสบฟันแบบปกติไม่มีภาวะฟันยื่นหรือสบฟันลึก (Normal overjet and overbite) (3) ฟันหน้าตัดบนอยู่ในตำแหน่งปกติเมื่อประเมินจากภาพถ่ายรังสีด้านข้าง (4) ลักษณะใบหน้าด้านข้างอยู่ในตำแหน่งปกติ โดยภาพถ่ายใบหน้าด้านข้างขวาขณะยิ้มถูกบันทึกขณะที่ศีรษะอยู่ในตำแหน่งธรรมชาติ (Natural head position) ไม่ก้มหน้าหรือเงยหน้ามากเกินไป ตามหลักการของ Bass[11] การวัดความเอียงของฟันหน้าตัดบนจะวัดโดยการใช้การวัดแบบเส้นและเชิงมุมเปรียบเทียบกับฐานกะโหลกศีรษะหรือกระดูกขากรรไกรบน เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการประเมินอิทธิพลของความเอียงของฟันหน้าตัดด้านข้างส่งผลต่อการรับรู้ความสวยงามของรอยยิ้ม และทราบว่าการจัดฟันสามารถส่งผลต่อบริเวณใบหน้าส่วนล่างได้เท่านั้น จึงพิจารณาจากลักษณะการวัดมุมวัดตามระนาบอ้างอิงต่อไปนี้

- มุมของฟันหน้าตัดบนกับระนาบสุนทรียศาสตร์ (Esthetic plane) ของ Fradeani[12] (เส้นที่เมื่อศีรษะของผู้ป่วยตั้งตรงและมองตรงไปข้างหน้าระนาบแฟรงก์เฟิร์ตจะเอียงขึ้น 8 องศาทางด้านหน้าทำให้เกิดระนาบขนานใหม่)

- มุมของฟันหน้าตัดบนกับเส้น Na-A point

- เส้นสัมผัสของตัวฟันหน้าตัดบนกับเส้นระนาบการสบฟัน Functional occlusal plane

และนำภาพใบหน้าด้านข้างที่ได้มาทำการปรับเปลี่ยนตำแหน่งของฟันหน้าตัดบน ภาพถ่ายรอยยิ้มนี้จะใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการจัดทำการปรับแต่งตำแหน่งความเอียงของฟันหน้าตัด โดยใช้โปรแกรมโดยใช้โปรแกรม Adobe Photoshop ตำแหน่งปลายฟันหน้าตัดซี่กลางบน (Maxillary central incisor teeth) ทาบกับปลายฟันของภาพถ่ายรังสีเซฟฟาโลเมตริกซ์ด้านของฟันหน้าตัดซี่กลางบน โดยแต่ละภาพจะเพิ่มองศาที่แตกต่างทีละ 5 องศา (+15, +10, +5, 0, -5, -10, -15 องศา) ได้ภาพรวมทั้งหมด 7 ภาพที่มีความแตกต่างของรอยยิ้มที่ความเอียงของฟันหน้าตัดด้านข้างแตกต่างกัน ดังแสดงในภาพประกอบที่ 1





ภาพประกอบที่ 1 แสดงภาพที่มีความแตกต่างของรอยยิ้มที่ความเอียงของฟันหน้าตัดด้านข้างแตกต่างกัน

ตัวอย่าง

ตัวอย่างประกอบด้วย ทันตแพทย์จัดฟัน และบุคคลทั่วไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแผนการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยตัวอย่างมี 240 คน ซึ่งประกอบด้วย ทันตแพทย์จัดฟัน 120 คน และ บุคคลทั่วไป 120 คน ซึ่งคำนวณจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณสัดส่วนประชากร (The master formula) คือ

$$n_0 = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

โดยอิงจำนวนประชากรหลักจากจำนวนทันตแพทย์จัดฟันที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้เชี่ยวชาญจำนวน 545 คนจากราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย คำนวณขนาดตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (Z = 1.96) โดยใช้สัดส่วนที่คาดการณ์ (p = 0.10) หมายความถึงประชากรร้อยละ 10 อาจจะเป็นกลุ่มที่ไม่พึงพอใจรูปภาพรอยยิ้มนั้นๆ ทั้งนี้ค่า p ดังกล่าวใช้เพื่อการคำนวณขนาดตัวอย่างเท่านั้น ไม่ใช้ผลการวิจัยที่วัดได้จริง และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 (d = 0.05) เนื่องจากประชากรทันตแพทย์จัดฟันมีขนาดจำกัด (N = 545) จึงปรับด้วย Finite Population Correction (FPC) คือ

$$n = \frac{n_0}{1+\frac{n_0-1}{N}}$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่เหมาะสมสำหรับประชากรคือไม่ต่ำกว่า 107 คน จึงถือว่ามีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอและเหมาะสมต่อการวิเคราะห์ข้อมูล เกณฑ์และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการได้แก่ ทันตแพทย์จัดฟันที่มีประสบการณ์รักษาด้านทันตกรรมจัดฟันตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป, บุคคลทั่วไปที่จบการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า เกณฑ์การแยกกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ คือ ทันตแพทย์จัดฟันที่ไม่ได้ปฏิบัติงานรักษาด้านทันตกรรมจัดฟัน, บุคคลทั่วไปที่มีคนในครอบครัวมีอาชีพเกี่ยวกับด้านทันตกรรม

แบบสอบถาม

จัดทำแบบสอบถามแบบออนไลน์เพื่อเก็บข้อมูล โดยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ ส่วนเอกสารชี้แจงรายละเอียดข้อมูลในการร่วมวิจัยและการยินยอมให้เก็บข้อมูล, ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานทันตกรรม และส่วนการประเมินภาพตัวอย่างรอยยิ้ม ซึ่งรูปภาพตัวอย่างรอยยิ้มของผู้ป่วยที่ใช้ในการประเมินจะมีทั้งหมด 14 ภาพ เป็นภาพซ้ำกันอย่างละภาพ นำมาจัดเรียงแบบสุ่มและประเมินความสวยงามด้วยมาตรวัดความสวยงามแบบตัวเลข (Numerical rating scale : NRS) ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความสวยงามประเมินให้คะแนนในช่วง 1–10 คะแนน โดยคะแนน 1 คือไม่สวยที่สุด และ 10 คือสวยมากที่สุด โดยผู้ประเมินทุกคนจะได้ดูภาพแต่ละภาพซ้ำ 2 ครั้ง แล้วให้คะแนน นำค่าเฉลี่ยที่ได้จากการประเมินแต่ละภาพมาใช้สำหรับการเปรียบเทียบทางสถิติ

ความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของความสามารถในการทำซ้ำได้ของคะแนนระหว่างการประเมินทั้งสองแบบได้รับการทดสอบโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบ intra-class correlation coefficients (ICC) โดยมีช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) แสดงลักษณะการกระจายของคะแนนความสวยงามของรอยยิ้มที่มีความเอียงของฟันหน้าตัดด้านข้างที่แตกต่างกัน แยกตามกลุ่มทันตแพทย์จัดฟันและกลุ่มบุคคลทั่วไป การทดสอบการแจกแจงของข้อมูล

ทดสอบสมมติฐานการแจกแจงปรกติของคะแนนความสวยงามในแต่ละมุมและแต่ละกลุ่มด้วย Kolmogorov–Smirnov test โดยพิจารณาระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และใช้ค่า p-value เทียบกับระดับนัยสำคัญ 0.05 หาก p-value มีค่าสูงกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด แสดงถึงคะแนนความสวยงามในแต่ละมุมและแต่ละกลุ่มมีการแจกแจงปรกติ ทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน (F-test) ก่อนทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทันตแพทย์จัดฟันและกลุ่มบุคคลทั่วไปในแต่ละมุม

ทำการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของคะแนนความสวยงามด้วย F-test โดยเปรียบเทียบอัตราส่วนของความแปรปรวนระหว่างสองกลุ่มและใช้ค่า p-value เทียบกับระดับนัยสำคัญ 0.05 หาก p-value มีค่าสูงกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด แสดงถึงความแปรปรวนของคะแนนความสวยงามในแต่ละมุมที่ประเมินโดยทันตแพทย์จัดฟันและบุคคลทั่วไปไม่แตกต่างกัน ใช้การทดสอบ 2-Sample Independent t-test เพื่อประเมินความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความสวยงามของรอยยิ้มระหว่างกลุ่มทันตแพทย์จัดฟันและกลุ่มบุคคลทั่วไปในแต่ละมุม โดยเลือกใช้สถิติทดสอบ t ตามผลการทดสอบของ F-test ในข้อ 3 และพิจารณาความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิเคราะห์ภาพรอยยิ้มที่พึงพอใจมากที่สุดและไม่ชอบมากที่สุด สำหรับผู้ประเมินแต่ละคน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสวยงามของ กลุ่มทันตแพทย์จัดฟันและบุคคลทั่วไป กับภาพรอยยิ้มมีมุมของความเอียงในแนวหน้าหลังของฟันหน้าตัดที่แตกต่างกัน กำหนดให้

- “ภาพที่พึงพอใจมากที่สุด” หมายถึง ภาพที่มีคะแนนความสวยงามสูงสุดในบรรดาภาพทั้ง 7 มุม หากคะแนนสูงสุดเท่ากันหลายมุม จะพิจารณามุมที่ปรากฏเป็นลำดับแรกตามการจัดเรียงตัวแปร (70, 75, 80, 85, 90, 95, 100 องศา)
- “ภาพที่ไม่ชอบมากที่สุด” หมายถึง ภาพที่มีคะแนนความสวยงามต่ำสุด โดยใช้หลักการเดียวกัน

จากนั้นนำจำนวนครั้งที่ภาพแต่ละมุมถูกเลือกเป็น “ภาพที่พึงพอใจมากที่สุด” และ “ภาพที่ไม่ชอบมากที่สุด” มาแสดงเป็นจำนวน (n) แยกตามกลุ่มทันตแพทย์จัดฟันและกลุ่มบุคคลทั่วไป แล้วใช้ Pearson’s Chi-square test ทดสอบความแตกต่างของการกระจายความถี่ของภาพรอยยิ้มที่ถูกเลือกเป็น “ภาพที่พึงพอใจมากที่สุด” และ “ภาพที่ไม่ชอบมากที่สุด” ระหว่างกลุ่มทันตแพทย์จัดฟันและกลุ่มบุคคลทั่วไป โดยพิจารณาระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม หมายเลขรับรอง 34/2567

ตารางที่ 1 แสดงผลค่าคะแนนเฉลี่ย, ผลการทดสอบความแปรปรวน (F-test) และผลการทดสอบ Independent t-test ของภาพรอยยิ้มที่ความเอียงของฟันหน้าตัดด้านข้างแตกต่างกันของทันตแพทย์จัดฟันและบุคคลทั่วไป

	ทันตแพทย์จัดฟัน		บุคคลทั่วไป		Equality of Variances Test		Test for Equality of Means	
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	f-value	p-value	t-value	p-value
70 องศา	3.89	1.45	5.95	1.81	5.131	0.0244	-9.69	$8.498\times10^{-19**}$
75 องศา	4.81	1.48	6.34	1.52	0.183	0.6694	-7.89	$1.098\times10^{-13**}$
80 องศา	6.67	1.55	7.05	1.61	0.459	0.4988	-1.88	0.062
85 องศา	7.25	1.19	7.80	1.12	0.227	0.6343	-3.68	0.00029^{**}
90 องศา	6.60	1.83	6.72	1.31	13.180	0.0003	-0.59	0.557
95 องศา	7.05	1.36	7.10	1.35	4.120×10^{-5}	0.9949	-0.32	0.748
100 องศา	5.51	1.82	5.65	1.78	0.095	0.7587	-0.62	0.536

หมายเหตุ ** แสดงถึงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p<0.05$)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบ“ภาพรอยยิ้มที่ได้รับความพึงพอใจมากที่สุด”ระหว่างทันตแพทย์จัดฟันและบุคคลทั่วไป (Pearson’s Chi-square test: χ^2รวม = 15.77, df = 6, p = 0.015)

รูปภาพ	ทันตแพทย์จัดฟัน		บุคคลทั่วไป		Chi-square contribution	
	จำนวนครั้งที่สังเกตได้ (O)	จำนวนครั้งที่คาดหวัง(E)	จำนวนครั้งที่สังเกตได้ (O)	จำนวนครั้งที่คาดหวัง(E)	ทันตแพทย์จัดฟัน	บุคคลทั่วไป
70 องศา	2	6.50	11	6.50	3.115	3.115
75 องศา	5	7.50	10	7.50	0.833	0.833
80 องศา	19	22.00	25	22.00	0.409	0.409
85 องศา	38	36.50	35	36.50	0.061	0.061
90 องศา	24	17.00	10	17.00	2.882	2.882
95 องศา	23	23.50	24	23.50	0.011	0.011
100 องศา	9	7.00	5	7.00	0.571	0.571
รวม	120		120			

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบ“ภาพรอยยิ้มที่ไม่ชอบมากที่สุด”ระหว่างทันตแพทย์จัดฟันและบุคคลทั่วไป (Pearson’s Chi-square test: χ^2รวม = 35.20, df = 6, $p \approx 3.9\times10^{-6}$)

รูปภาพ	ทันตแพทย์จัดฟัน		บุคคลทั่วไป		Chi-square contribution	
	จำนวนครั้งที่สังเกตได้ (O)	จำนวนครั้งที่คาดหวัง(E)	จำนวนครั้งที่สังเกตได้ (O)	จำนวนครั้งที่คาดหวัง(E)	ทันตแพทย์จัดฟัน	บุคคลทั่วไป
70 องศา	59	45.50	32	45.50	4.005	4.005
75 องศา	33	24.50	16	24.50	2.949	2.949
80 องศา	4	7.00	10	7.00	1.286	1.286
85 องศา	0	1.50	3	1.50	1.500	1.500
90 องศา	6	10.00	14	10.00	1.600	1.600
95 องศา	1	4.00	7	4.00	2.250	2.250
100 องศา	17	27.50	38	27.50	4.009	4.009
รวม	120		120			

ผลการวิจัย

ตัวอย่างซึ่งประกอบด้วยทันตแพทย์จัดฟัน 120 คน และบุคคลทั่วไป 120 คนได้ทำแบบสอบถามประเมินความสวยงามของรอยยิ้ม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะให้คะแนนภาพรอยยิ้มแต่ละภาพ 2 ครั้ง เมื่อพิจารณาความสามารถในการทำซ้ำได้ของการให้คะแนนความสวยงามของภาพรอยยิ้มในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ICC พบว่าค่า ICC โดยรวมสำหรับการให้คะแนนภาพเดียวกันอยู่ในช่วง 0.55–0.66 โดยทันตแพทย์จัดฟัน และบุคคลทั่วไปมีความน่าเชื่อถืออยู่ในช่วง 0.54 - 0.69 และ 0.47 - 0.63 ตามลำดับซึ่งจัดอยู่ในระดับความเชื่อมั่นปานกลางถึงดี โดยมีระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ค่าคะแนนเฉลี่ย, ผลการทดสอบความแปรปรวน (F-test) และผลการทดสอบ Independent t-test ของภาพรอยยิ้มที่ความเอียงของฟันหน้าตัดด้านข้างแตกต่างกันของทันตแพทย์จัดฟันและบุคคลทั่วไปแสดงไว้ในตารางที่ 1 โดยใช้การทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พิจารณาการแจกแจงของข้อมูลพบว่ามีการแจกแจงเป็นแบบปรกติ และเมื่อทำการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของคะแนนความสวยงามระหว่างกลุ่มตัวอย่างในแต่ละมุมด้วย F-test พบว่า ที่มุม 70 และ 90 องศา มีความแปรปรวนของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในขณะที่มุมอื่นๆมีความแปรปรวนของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงใช้ Welch}s t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของมุม 70 และ 90 องศา และใช้ Student's t-test แบบ equal variances สำหรับมุมอื่น ๆ

ผลการวิเคราะห์ด้วย 2-Sample Independent t-test พบว่าภาพรอยยิ้มที่มีมุมระหว่างเส้นสัมผัสของฟันหน้าตัดบนกับเส้นระนาบการสบฟัน (Functional occlusal plane) ที่มุม 70, 75 และ 85 องศา กลุ่มบุคคลทั่วไปให้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทันตแพทย์จัดฟันอย่างมีนัยสำคัญทาสถิติ ($p<0.05$) ในขณะที่ภาพรอยยิ้มที่มีมุมระหว่าง 80, 90, 95 และ 100 องศา ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสวยงามระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) กล่าวโดยสรุปคือ กลุ่มบุคคลทั่วไปมีแนวโน้มให้คะแนนความสวยงามของรอยยิ้มสูงกว่าทันตแพทย์จัดฟันในบางมุม โดยเฉพาะที่มุม 70, 75 และ 85 องศา

ข้อมูลแสดงการเปรียบเทียบ"ภาพรอยยิ้มที่ได้รับความพึงพอใจมากที่สุด"ระหว่างทันตแพทย์จัดฟันและบุคคลทั่วไป และ "ภาพรอยยิ้มที่ไม่ชอบมากที่สุด" แสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง "ภาพรอยยิ้มที่ได้รับความพึงพอใจมากที่สุด" กับกลุ่มทันตแพทย์จัดฟันและบุคคลทั่วไป โดยใช้ Pearson's Chi-square test พบว่ามีกระจายของการเลือกภาพรอยยิ้มที่มีความเอียงของฟันหน้าตัดด้านข้างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ค่า $\chi^2 \approx 15.77$, df = 6, $p \approx 0.015$) ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยทั้งสองกลุ่มเลือกภาพที่มุม 85 องศาเป็นภาพที่ชอบที่สุดในสัดส่วนสูงที่สุด (กลุ่มทันตแพทย์จัดฟันจำนวน 38 คน ร้อยละ 31.67 กลุ่มบุคคลทั่วไป จำนวน 35 คน ร้อยละ 29.17) อย่างไรก็ตาม กลุ่มบุคคลทั่วไปมีแนวโน้มเลือกมุม 70 และ 80 องศามากกว่าทันตแพทย์จัดฟัน ในขณะที่ทันตแพทย์จัดฟันมีแนวโน้มเลือกมุม 90 องศามากกว่ากลุ่มบุคคลทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับค่า Chi-square contribution ที่พบว่ามุม 70 และ 90 องศามีส่วนสำคัญต่อความแตกต่างของรูปแบบการเลือกภาพระหว่างสองกลุ่ม

สำหรับ "ภาพที่ไม่ชอบมากที่สุด" พบว่ากระจายของการเลือกภาพรอยยิ้มที่มีความเอียงของฟันหน้าตัดด้านข้างระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงมาก ($\chi^2 = 35.20$, df = 6, $p < 0.001$) ตามตารางที่ 3 กลุ่มทันตแพทย์จัดฟันส่วนใหญ่ไม่ชอบภาพที่มุม 70 องศาในสัดส่วนเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 49.17) ในขณะที่บุคคลทั่วไปไม่ชอบภาพที่มุม 100 องศามากที่สุด (ร้อยละ 31.67)

รองลงมาคือมุม 70 องศา จากค่า Chi-square contribution พบว่ามุม 70 และ 100 องศาเป็นมุมที่มีส่วนสำคัญต่อความแตกต่างของรูปแบบการเลือกภาพที่ไม่ชอบมากที่สุดระหว่างสองกลุ่ม แสดงให้เห็นว่า การกระจายของภาพที่ถูกเลือกว่า “ไม่ชอบมากที่สุด” ระหว่างกลุ่มทันตแพทย์จัดฟันและกลุ่มบุคคลทั่วไปแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยสอดคล้องกับแนวโน้มว่า ทันตแพทย์จัดฟันไม่ชอบรอยยิ้มฟันหน้ามีความเอียงหุบเข้าไปข้างหลัง (Retrocline) มาก (เช่น มุม 70 องศา) ในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มบุคคลทั่วไป

อย่างไรก็ตามค่าความเอียงของฟันหน้าตัดบนที่กลุ่มบุคคลทั่วไปพึงพอใจ คือ

- ฟันหน้าตัดบนกับระนาบสุนทรียศาสตร์ ทำมุม 98 องศา
- ฟันหน้าตัดบนกับเส้น Na-A point ทำมุม 15 องศา
- เส้นสัมผัสของตัวฟันหน้าตัดบนกับเส้นระนาบการสบฟัน Functional occlusal plane ทำมุม 85 องศา

สรุปและอภิปรายผล

หนึ่งในปัจจัยสำคัญที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยคือความสวยงามของและที่สำคัญคือมุมมองดังกล่าวไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ป่วยเสมอไป จากหลายการศึกษา[8,9] พบว่ามีความแตกต่างของเกณฑ์การประเมินระหว่างผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่ายังมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้เกณฑ์เหล่านี้มีความสอดคล้องมากขึ้นเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย Kokich และคณะ[9] เป็นผู้บุกเบิกการใช้ภาพถ่ายที่ผ่านการปรับแต่งด้วยคอมพิวเตอร์เพื่อการวิจัยด้านความงามทางทันตกรรม เทคนิคดังกล่าวช่วยให้การปรับแต่งภาพอยู่ภายใต้ตัวแปรที่กำหนดอย่างชัดเจน และนับแต่นั้นเป็นต้นมาวิธีการนี้ก็ได้รับการใช้ในการศึกษารับรู้ความสวยงามของรอยยิ้มอย่างแพร่หลาย

การใช้มาตรวัดแบบ Numerical Rating Scale (NRS) ประเมินการรับรู้ความสวยงามของรอยยิ้มสามารถสะท้อนความแตกต่างของการรับรู้ความสวยงามได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะดวกในการใช้ในแบบสอบถามออนไลน์กับกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก[13] โดย Rosas และคณะ[14] พบ Numerical Rating Scale (NRS สามารถใช้แทน Visual analogue scale (VAS) ได้โดยยังคงความเที่ยงตรงของผลลัพธ์ด้านความสวยงาม จากการศึกษาของ Punyaardhansakun และคณะ[15] ได้ใช้ NRS เพื่อศึกษาความสวยงามรอยยิ้มโดยเปรียบเทียบมุมเอียงฟันและรูปแบบโครงกระดูกจำลองที่แตกต่างกัน ในกลุ่มทันตแพทย์จัดฟัน ทันตแพทย์ทั่วไป และบุคคลทั่วไป พบว่าการเปลี่ยนมุมเอียงของฟันหน้าบนมีผลต่อคะแนนความสวยงามอย่างมีนัยสำคัญ และรูปแบบการประเมินของผู้เชี่ยวชาญแตกต่างจากบุคคลทั่วไปอย่างชัดเจน ยืนยันว่าการใช้ NRS สามารถประเมินผลของความเอียงฟันหน้าตัดต่อรอยยิ้มในมุมด้านข้างได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการวัดมุมความเอียงของฟันหน้าตัดบนจากการศึกษาของ Javier และคณะ[16] ใช้การวัดมุมความเอียงของฟันหน้าตัดโดยเลือกใช้มุมของฟันหน้าตัดบนกับระนาบสุนทรียศาสตร์ (Esthetic plane) ของ Fradeani[12] เนื่องจากระนาบนี้อ้างอิงตำแหน่งศีรษะ ทำให้ลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนโครงหน้าแต่ละบุคคลระหว่างการวัดระนาบสบฟันร่วมกับฟันหลัง และใช้มุมของเส้นสัมผัสของตัวฟันหน้าตัดบนกับเส้นระนาบการสบฟัน Functional occlusal plane เนื่องจากระนาบสบฟันยังสามารถควบคุมได้จริงในทางคลินิก

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างบางประการในการรับรู้ความสวยงามของรอยยิ้มระหว่างกลุ่มทันตแพทย์จัดฟันและกลุ่มบุคคลทั่วไป

โดยกลุ่มบุคคลทั่วไปให้คะแนนความสวยงามของรอยยิ้มที่มีความเอียงของฟันหน้าตัดบนเอียงหุบเข้า (Retrocline) มากกว่ากลุ่มทันตแพทย์จัดฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อีกทั้งเมื่อพิจารณาจากภาพรอยยิ้มที่ได้รับ “ความพึงพอใจมากที่สุด” และ“ไม่ชอบมากที่สุด”กับกลุ่มตัวอย่าง ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มบุคคลทั่วไปอาจมีแนวโน้มให้การพึงพอใจต่อรอยยิ้มที่มีความเอียงของฟันหน้าตัดบนเอียงหุบเข้า (Retrocline) มากกว่าทันตแพทย์จัดฟัน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Parekhและคณะ[17] ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงของแนวฟันหน้าตัดบนเพียงเล็กน้อยสามารถส่งผลต่อการรับรู้ความสวยงามของรอยยิ้ม โดยบุคคลทั่วไปมักให้การยอมรับกับรอยยิ้มที่มีแนวฟันหน้าเอียงในมุมเอียงเข้ามากกว่าค่าปกติเล็กน้อย ตรงข้ามกับทันตแพทย์จัดฟันที่มีความพึงพอใจรอยยิ้มที่มีความเอียงของฟันหน้าตัดบนเอียงยื่นออก(Procline) มากกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Javierและคณะ[16] พบว่าทันตแพทย์จัดฟันมีแนวโน้มที่จะชอบฟันหน้าตัดบนเอียงยื่นออก (Procline) มากกว่ากลุ่มทันตแพทย์ทั่วไปและบุคคลทั่วไป ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ทันตแพทย์จัดฟันมักคุ้นชินกับความจำเป็นต้องสร้างพื้นที่สำหรับการเรียงตัวของฟัน ซึ่งอาจทำให้รับรู้ว่าการยื่นของฟันหน้าตัดล่างเป็นสิ่งที่พบได้ตามกลไกการรักษาหากไม่ได้รับการควบคุม นอกจากนี้ การยื่นของฟันหน้าล่างยังอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนตำแหน่งของฟันหน้าตัดบน ซึ่งนำไปสู่การแทรกซ้อนในการสบฟันส่งผลกับความสวยงามซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Sarver[18] ที่เน้นบทบาทของ dentofacial esthetics ในการสร้างความกลมกลืนของรอยยิ้มกับสัดส่วนใบหน้าโดยรวม

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Javier และคณะ[15] พบว่าทันตแพทย์จัดฟันมีแนวโน้มที่จะชอบฟันหน้าตัดบนเอียงยื่นออก (Procline) มากกว่ากลุ่มทันตแพทย์ทั่วไปและบุคคลทั่วไป

สรุปได้ว่ากลุ่มบุคคลทั่วไปมีแนวโน้มพึงพอใจต่อรอยยิ้มที่มีความเอียงของฟันหน้าตัดบนเอียงหุบเข้า (Retrocline) ในขณะที่กลุ่มทันตแพทย์จัดฟันมีความพึงพอใจรอยยิ้มที่มีความเอียงของฟันหน้าตัดบนเอียงยื่นออก (Procline) มากกว่า

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประกอบแนวทางการวางแผนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ช่วยลดช่องว่างในการรับรู้ความสวยงามระหว่างทันตแพทย์จัดฟันและผู้ป่วย เพื่อจัดเรียงฟันหน้าให้ได้ความเอียงที่เหมาะสม เกิดความสวยงาม สามารถใช้งานได้ และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย

2. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและแยกกลุ่มอายุของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านอายุมีผลต่อมุมมองความสวยงามที่แตกต่างกันหรือไม่

3. แนะนำให้มีการศึกษาเปรียบเทียบรอยยิ้มที่มีความเอียงของฟันหน้าตัดเมื่อมองในมุมมองด้านหน้าว่ามีผลที่แตกต่างกันหรือไม่

4. ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ต่อยอดในการรวบรวมเป็นฐานข้อมูลความพึงพอใจในรอยยิ้มเพื่อนำไปพัฒนาระบบประเมินรอยยิ้มทางคลินิกหรือเครื่องมือ Smile Design ในอนาคตได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ผศ.ดร. วิภาวรรณ เล้าอรุณ และ รศ.ดร. ประหยัด แสงงาม ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัย ขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามพราน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่ดำเนินกาวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1.Sarvor D, Ackerman MB. (2003). Dynamic smile visualization and quantification: Part 1. Evolution of the concept and dynamic records for smile capture. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2003;124(1):4–12.

2.Kern LL, Silveira AM, Kern DG. (1997). Esthetic preference of the frontal and profile views of the same smile. Journal of Esthetic Dentistry. 197;9:76-85

3.Sarver DM, Prffit WR. (2005). Special considerations in diagnosis and treatment planning in: Graber TM, Vanarsdall RL, Vig KWL (eds.). Orthodontics: current principles and techniques, 4th edn. Elsevier Mosby, St Louis, pp. 18-25. 43-55.

4.Schlosser JB, Preston CB, Lampasso J. (2005). The effect of computer aided anteroposterior maxillary incisor movement on ratings of facial attractiveness. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2005;127:17-24.

5.Peck H, Peck S. (1970). A concept of facial esthetics. Angle Orthod 1970;40:284-318.

6.Moss JP, Linney AD, Lowey MN. (1995). The use of three-dimensional techniques in facial esthetics. Seminars in Orthodontics 1995;1:94-104.

7.Schabel BJ, McNamara JA, Baccetti T, Franchi L, Jamieson SA. (2008). The relationship between posttreatment smile esthetics and the ABO Objective Grading System. Angle Orthod 2008;78:570-584.

8.Johnston CD, Burden DJ, Stevenson MR. (1999). The influence of dental to facial midline discrepancies on dental attractiveness ratings. Eur J Orthod 1999;21:517-522.

9.Kokich VO Jr, Kiyak HA, Shapiro PA. (1999). Comparing the perception of dentists and lay people to altered dental esthetics. J Esthet Den 1999;11:311-324.

10.Rodrigues CDT, Magnani R, Machado MS, Oliveira OB. (2009). The perception of smile attractiveness: variations from esthetic norms, photographic framing and order of presentation. Angle Orthod 2009;79:634-9.

11.Bass NM (2003). Measurement of the profile angle and the aesthetic analysis of facial profile. Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2003;30:3-9.

12.Fradeani M (2006). Evaluation of dentolabial parameters as part of a comprehensive esthetic analysis. European Journal of Esthetic Dentistry. 2006;1:62.

13.Jarusripat P, Leevairoj C, Srisawasdi S. (2022). Comparison of the perception of smile esthetics between dentists and laypersons under different evaluation times. J Dent Assoc Thai. 2022;72(1):129-138.

14.Rosas S, Paço M, Lemos C, Pinho T. (2017). Comparison between the Visual Analog Scale and the Numerical Rating Scale in the perception of esthetics and pain. Int Orthod. 2017;15(4):543-560.

15.Punyaardhansakun W, Jearanai T, Samruajbenjakun B, Chanmanee P. (2024). Influence of upper incisor inclination on smiling profile aesthetics in skeletal Class III. Arch Orofac Sci. 2024;19(2):161-171

16.Javier GV, Pablo C, Gorka U. (2017). The influence of maxillary incisor torque pn the esthetic perception of the smile. The international journal of esthetic dentistry. 2017:12:(3):378-395

17.Parekh S, Fields HW, Beck M, Rosenstiel S (2006). Attractiveness of variations in the smile arc and buccal corridor space as judged by orthodontists and laymen. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006;129(4):530–535.

18.Sarver DM (2011). The importance of incisor positioning in the esthetic smile: The smile arc. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2011;120(2):98–104.

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

THE IMPACT OF IMPLEMENTING A NURSING PRACTICE GUIDELINE OF PREVENT ACCIDENTAL EXTUBATION IN CRITICAL CARE UNIT AT SAWANG DAENDIN CROWN PRINCE HOSPITAL.

(Received: December 22,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

มณีรัตน์ โสมศรีแพง[1]
Maneerat Somsripaeng[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ **1)**เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาล 2) เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาล 3) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาล 4) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ก่อนและหลัง การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โดยศึกษาในพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ 13 คน ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กันยายน 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ การปฏิบัติการพยาบาลและแบบสำรวจความพึงพอใจ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการศึกษา: พบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีระดับความรู้ ก่อนการใช้แนวปฏิบัติอยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 76.92 หลังการใช้แนวปฏิบัติอยู่ที่ระดับสูง ร้อยละ 100 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติถูกต้อง ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 55.77 หลังใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 96.58 พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติพึงพอใจอยู่ที่ระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.84 และพบอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 13.33 และหลังใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 2.22 ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, การป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด, งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

Abstract

This quasi-experimental research objective is: 1) compare nurses' knowledge; 2) compare the proportion of nurses who performed correct practice; 3) study nurses' satisfaction levels; and 4) examine the incidence of endotracheal tube prolapse before and after implementing the nursing practice guidelines for preventing endotracheal tube prolapse in critically ill nursing at Sawang Daendin Crown Prince Hospital. Thirteen nurses who implemented the guidelines were enrolled between May and September 2025. The research instruments included a personal data assessment form, nursing knowledge, and practice, and a satisfaction survey. Data collection tools included a general questionnaire and an observation record. Data were analyzed using descriptive statistics, standard deviation, and a paired t-test.

Results: The nurses who implemented the guidelines had a moderate level of knowledge (76.92%) before implementation. The nurses who implemented the guidelines were at a high level (100%). Professional nurses correctly followed the guidelines (55.77%) before implementation and 96.58% after implementation. Nurses who implemented the guidelines were highly satisfied, with a mean score of 4.84. The incidence of endotracheal tube prolapse was also found. Before using the guidelines, 13.33 percent and after using the guidelines, 2.22 percent ($p < 0.05$).

Keywords: Nursing practice guideline, Prevention of endotracheal tube unplanned extubation, Critical care nursing

บทนำ

ภาวะการณ์เจ็บป่วยวิกฤต เกิดจากความผิดปกติที่มีความล้มเหลวหลายระบบพร้อม ๆกัน ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างเร่งด่วน เพื่อประคับประครองทางเดินหายใจให้เปิดโล่ง ช่วยลดแรงต้านในทางเดินหายใจ และเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอด ระหว่างที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วย

หายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จนกระทั่งเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้[1] อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพบว่ายังมีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned Extubation: UE) สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยดึงออกเอง (Self Extubation) เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย เช่น สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง การได้รับยาระงับความรู้สึกที่ไม่เพียงพอ การเลื่อนหลุดจากอุบัติเหตุในขณะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย (Accidental Extubation) เช่น ดูดเสมหะ การพลิกตัว การเคลื่อนย้าย เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น วิธีการในการผูกยึดท่อช่วยหายใจ และการผูกมัดผู้ป่วย ในต่างประเทศ พบอุบัติการณ์การเกิดท่อหายใจเลื่อนหลุด ร้อยละ 2.6-22.5 ในประเทศไทยพบอัตราการเกิดท่อหายใจเลื่อนหลุด 3.9-15.3 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ5 และยังพบว่าส่วนใหญ่ดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง ร้อยละ 79.70 พบท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ร้อยละ 10.37 มีเพียงร้อยละ 9.03 ที่เกิดจากอุบัติเหตุระหว่างการดูแล ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง (Reintubation) ร้อยละ 50.2[2] ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia: VAP) ทำให้จำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ วันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลสูงขึ้น บางรายถึงขั้นเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) และเสียชีวิตในเวลาต่อมา

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก เปิดให้บริการ 10 เตียง ผู้รับบริการส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 90 ทางหน่วยงานมีการพัฒนางาน ด้านคุณภาพ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นเกณฑ์ชี้วัดมาตรฐาน แต่ยังพบว่าปัญหาท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ยังคงเป็นความเสี่ยงอันดับ 1 ใน 5 อันดับความเสี่ยงของหน่วยงาน จากสถิติการรายงาน ในปีงบประมาณ 2565 ถึง 2567 พบอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด คิดเป็น 10.43, 10.01 และ 11.08 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ยังพบว่าผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 46.43, 72.22 และ 83.87 ตามลำดับ มีความรุนแรงถึงขั้นอาการทรุดลง เหนื่อยหอบ ออกซิเจนปลายนิ้วต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และในปี 2568 เสียชีวิตขณะใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ 1 ราย

ทางหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนทำให้มีความหลากหลายในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ผลลัพธ์การดูแลยังไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทั้งยังไม่มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยมาปรับใช้ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มสูงขึ้น[3] ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ของ นลินรัตน์ พรหมโส[4] โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในเนบลาสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup,2000) ซึ่งศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 25 เรื่อง เป็นระดับ 2A จำนวน 23 เรื่อง ระดับ 7A จำนวน 2 เรื่อง ในช่วงปี 2555-2563 ซึ่งแบ่งสาระสำคัญ ได้เป็น 4 ด้าน คือด้านที่ 1 การประเมินความเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) แบบประเมินพฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Motor Activity Assessment Scale MAAS) เพื่อประเมินการผูกมัด 2) การประเมินภาวะง่วงซึม The Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) เพื่อประเมินผลของระดับยา Sedation ในผู้ป่วยที่ได้ยาสงบประสาท

ด้านที่ 2 การดูแลขณะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) การวัด Cuff Pressure 2) การดูดเสมหะ 3) การยึดตรึงท่อช่วยหายใจ 4) การดูแลท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ ด้านที่ 3 การให้ข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจและการสื่อสาร ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) การให้ข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจกับผู้ป่วยและญาติ 2) การสื่อสารกับผู้ป่วย ด้านที่ 4 การบริหารจัดการ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) การบริหารจัดการเพื่อการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด 2) การกำกับติดตามเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนากลุ่มแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดนี้ ได้ผ่านการทดลอง ใช้ในทุกหน่วยงานของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามและได้ผลดี[4] มีความเหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะงานของงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยจึงสนใจนำมาทดลองใช้ในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยไม่ได้วางแผน อย่างเหมาะสมกับบริบทและบรรลุเป้าหมาย ตามจุดเน้นของโรงพยาบาล คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาล ก่อนและหลัง การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

2. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาล ก่อนและหลัง การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลัง การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

4. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดก่อนและหลัง การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว (One Group Pretest - Posttest Design) ทดสอบก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ตั้งแต่พฤษภาคม 2568 ถึง กันยายน 2568 จำนวน 13 คน การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่างกรณีที่มีประชากรแน่นอนของ เครซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) เท่ากับ .05 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติ 45 คน หลังการใช้แนวปฏิบัติ 45 คน

กลุ่มตัวอย่างพยาบาล

1. เกณฑ์การคัดเข้าเป็นอาสาสมัคร คือ ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และมีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนักดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

2. เกณฑ์การคัดออกเป็นอาสาสมัคร คือ อาสาสมัครไม่สามารถอยู่ร่วมโครงการตลอดครบกระบวนการ เช่น การเจ็บป่วย ลาคลอด ลาป่วย ศึกษาอบรมต่อ หรือไม่สมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการเลื่อน หลุดของท่อช่วยหายใจ7 เครื่องมือที่ ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และ แบบบันทึกข้อมูลหลังการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบ Check list การสังเกตอธิบายข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Paired t-test การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและหาคำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ของนลินรัตน์ พรหมโส[4] (หนังสือขออนุญาติ, 30 เมษายน 2568) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางอายุรกรรมด้านระบบหายใจ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องการทำแนวปฏิบัติและการดูแล

ผู้ป่วยหนักที่มีปัญหาระบบการหายใจ 2 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ผลการตรวจสอบได้ค่า CVI เท่ากับ 1 จากนั้นตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหนักอายุรกรรมที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 ราย จากนั้นคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability) ได้ผลค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องกัน (Percentage of agreement) ได้ค่าเท่ากับ 0.78 และ 0.96 ตามลำดับ

การดำเนินการวิจัย

ระยะเตรียมการ

1) นำหนังสือที่ได้รับการอนุมัติให้ทำการวิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อขออนุญาต ในการทำการวิจัยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

2) เตรียมเอกสารที่ใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่ คู่มือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เอกสารการเก็บข้อมูลผู้ป่วยพยาบาล แบบบันทึกการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจ

3) เตรียมผู้ช่วยวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจไม่น้อยกว่า 10 ปี ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด สังเกต บันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มทดลองก่อน หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

4) ชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยและพยาบาลทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย รายละเอียดของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การบันทึกคะแนน รวมทั้งสาธิตการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด สำหรับผู้ช่วยวิจัยจะได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลของผู้ป่วยเพิ่มเติม โดยประเมินความเข้าใจตรงกันในการปฏิบัติแต่ละประเด็น

ขั้นดำเนินการ

1) เชิญผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ รวมทั้งขอการลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในเอกสารให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) อบรมชี้แจงแก่พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ได้แก่ การให้ความรู้ ชี้แจงคู่มือ และแผนผังแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การใช้เครื่องมือประเมินต่างๆ เช่น MAAS, Sedation Score, เทคนิคการติดพลาสเตอร์ติดท่อช่วยหายใจ, เทคนิคการผูกยึดตรึงผู้ป่วย เทคนิคการสื่อสาร การบริหารจัดการกรณีไม่อยู่เฝ้าหน้าเตียง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการใช้แนวปฏิบัติ และปฏิบัติได้ถูกต้อง

3) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด มาใช้เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ เพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยและญาติตกลง ให้เซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

ระยะประเมินผล

1) ระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติของพยาบาลเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก และให้คำปรึกษา

2) เมื่อการดำเนินการวิจัยครบจนผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ตามแผนการรักษาหรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดให้สิ้นสุดการดำเนินวิจัย กล่าวคำขอบคุณและกล่าวลากลุ่มตัวอย่าง

3) เมื่อพบท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ลงบันทึกเหตุการณ์ในอุบัติการณ์ที่เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

4) เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาล จำนวน 13 คน และอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

5) นำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยมาทำการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมของคณะกรรมการพิจารณาทำวิจัยในคน ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร เลขที่การรับรอง SWDCPH 2025-012 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.62 เพศชายร้อยละ 15.38 อายุเฉลี่ย 28.08 ปี แบ่งเป็นช่วงอายุ 23-29 ปี ร้อยละ 61.54 ช่วงอายุ 30-35 ปี ร้อยละ 30.77 ช่วงอายุ 36-41 ปี ร้อยละ 7.69 ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต ร้อยละ 38.46 ไม่ผ่านการอบรม ร้อยละ 61.54 ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล อายุเฉลี่ย 5.23 ปี ช่วง 0-4 ปี ร้อยละ 46.15 ช่วง 5-8 ปี ร้อยละ 30.8 ช่วง 9-12 ปี ร้อยละ 23.1 ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยหนัก เฉลี่ย 5 ปี ช่วง 1-4 ปี ร้อยละ 46.2 ช่วง 5-7 ปี ร้อยละ 30.77 ช่วง 8-10 ปี ร้อยละ 23.08 ได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในรอบ 1 ปี ร้อยละ 15.38 ไม่เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 84.62

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่ากลาง ระดับความรู้ของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เกี่ยวกับการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

ความรู้พยาบาล	n	Min - Max	Mean	SD	t	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ	13	10 – 13	11.62	1.08	9.61*	0.00
หลังใช้แนวปฏิบัติฯ	13	13 - 15	14.46	0.49		

จากตารางที่ 1 ระดับคะแนนความรู้ของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนการอบรมให้ความรู้ของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เกี่ยวกับการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน คะแนนสูงสุด 13 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 11.62 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.08 หลังการอบรมให้ความรู้ของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเกี่ยวกับการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด คะแนนต่ำสุด 13 คะแนน สูงสุด 15 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 14.46 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.49 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความรู้ก่อนและหลังนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลในการป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ก่อนหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

กิจกรรมที่ปฏิบัติ	สัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้อง				p-value
	ก่อน		หลัง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ด้านที่ 1 การประเมินความเสี่ยง					
1 ประเมินความเสี่ยง MAAS และปฏิบัติตามได้	16	30.77	48	92.31	0.00
2 ประเมินความเสี่ยง RASS และปฏิบัติตามได้	23	44.23	48	92.31	0.00
โดยรวมด้านการประเมินความเสี่ยง เฉลี่ย	19.50	37.50	48	92.31	0.00
ด้านที่ 2 การดูแลขณะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ					
1. พยาบาลสามารถวัด Cuff Pressure ได้ถูกต้อง	29	55.77	50	96.15	0.00
2. พยาบาลสามารถดูดเสมหะ ได้ถูกต้อง	29	55.77	51	98.08	0.00
3. พยาบาลยึดตรึงท่อช่วยหายใจ ได้ถูกต้อง	25	48.08	51	98.08	0.00
4. พยาบาลดูแลขณะใส่ท่อ/ เครื่องช่วยหายใจได้ เช่น การเทน้ำในสายท่อช่วยหายใจ ดูแลทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ดูแลสายไม่ให้หักพับงอ ฯลฯ	29	55.77	50	96.15	0.00
โดยรวมด้านการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ	28.00	53.85	50.5	97.12	0.00
ด้านที่ 3 การให้ข้อมูลการและการสื่อสาร					
1 การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติถึงเหตุผลการใส่ ท่อช่วยหายใจ	40	76.92	52	100	0.00
2 พยาบาลให้ข้อมูลเทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติได้	40	76.92	52	100	0.00
โดยรวมด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสาร	40.00	76.92	52.00	100	0.00
ด้านที่ 4 การบริหารจัดการ					
1. สามารถบริหารจัดการเพื่อการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เมื่อไม่สามารถเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดได้	24	46.15	49	94.23	0.00
2. สามารถส่งต่อข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังต่อเนื่อง	22	42.31	50	96.15	0.00
โดยรวมด้านการบริหารจัดการ	23.00	44.23	49.50	95.19	0.00
โดยรวมเฉลี่ย	28.00	53.85	50.00	96.15	0.00

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลในการป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ก่อนหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

กิจกรรมที่ปฏิบัติ	สัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้อง				p-value
	ก่อน		หลัง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เทคนิคการป้องกันเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด					
1 Extubation Tube Round ต่อเนื่อง	26	50.00	49	94.23	0.00
2 เทคนิคการติดพลาสเตอร์ แบบ Four Point Technique	32	61.54	51	98.08	0.00
3 ประเมินและปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยได้ถูกต้อง	35	67.31	50	96.15	0.00
4 ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้	25	48.08	50	96.15	0.00
โดยรวมด้านเทคนิคการป้องกันท่อเลื่อนหลุด	29.5	56.73	50.00	96.15	0.00
การบันทึกทางการพยาบาล					
1 บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	27	51.92	50	96.15	0.00
2 บันทึกการพยาบาล เมื่อท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	30	57.69	51	98.08	0.00
3 รายงานอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	27	51.92	51	98.08	0.00
โดยรวมด้านการทึกทางการพยาบาล	28.00	53.85	50.67	98.08	0.00
การปฏิบัติถูกต้องโดยรวมเฉลี่ย	29.00	55.77	50.22	96.58	0.00

จากตารางที่ 2 พบว่าก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ปฏิบัติกิจกรรมใน 4 หมวดกิจกรรมถูกต้องโดยรวม ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 53.85 ปฏิบัติถูกต้องมากที่สุดใน ด้านที่ 3 การให้ข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจและการสื่อสาร ร้อยละ 76.92 รองลงมาคือ ด้านที่ 2 โดยรวมด้านการดูแลขณะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 53.85 ด้านที่ 4 โดยรวมด้านการบริหารจัดการ ร้อยละ 44.23 และด้านที่ 1 โดยรวมด้านการประเมินความเสี่ยง ร้อยละ 37.50 ตามลำดับ หลังการใช้แนวปฏิบัติ ปฏิบัติถูกต้องโดยรวม ร้อยละ 96.58 ปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด ด้านที่ 3 การให้ข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจและการสื่อสาร ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ด้านที่ 2 โดยรวมด้านการดูแลขณะผู้ป่วย ใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 97.12 ด้านที่ 4 โดยรวมด้านการบริหารจัดการ ร้อยละ 45.19 และด้านที่ 1 โดยรวมด้านการประเมินความเสี่ยง ร้อยละ 92.31 ตามลำดับ

โดยรวมด้านเทคนิคการป้องกันท่อเลื่อนหลุด ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 56.73 เทคนิคที่ปฏิบัติได้ดีที่สุดคือ สามารถประเมินปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยได้ถูกต้อง ร้อยละ 67.31 รองลงมาคือ เทคนิคการติดพลาสเตอร์ แบบ Four Point Technique ร้อยละ 61.54 พยาบาลตรวจเยี่ยม Extubation Tube Round อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 50.00 ปฏิบัติการพยาบาลตามผังป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้ ร้อยละ 48.08 หลังการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 96.15 เทคนิคที่ทำได้ดีที่สุดคือ เทคนิคการติดพลาสเตอร์ แบบ Four Point Technique ร้อยละ 98.08 สามารถประเมินปฏิบัติการผูกมัดผู้ป่วยได้ถูกต้อง ร้อยละ 96.15 ปฏิบัติการพยาบาลตามผังป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้ ร้อยละ 96.15 และพยาบาลตรวจเยี่ยม Extubation Tube Round อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 94.23

โดยรวมด้านการทึกทางการพยาบาล ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 53.85 มีการบันทึกมากที่สุดคือการบันทึกทางการพยาบาล เมื่อท่อช่วยหายใจ

เลื่อนหลุด ร้อยละ 57.69 รองลงมาคือ มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และมีการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เท่ากัน ร้อยละ 51.92 หลังการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 53.85 มีการบันทึกมากที่สุด คือการบันทึกทางการพยาบาล เมื่อท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและมีการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ร้อยละ 98.08 รองลงมา คือ มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 96.15

สรุปผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยรวม ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 55.77 หลังการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 96.58 พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ก่อนหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ	**ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ (n=45)**		**หลังการใช้แนวปฏิบัติ (n=45)**		**สถิติ**		
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**SD**	t	p-value
ไม่เกิด	39	86.67	44	97.78	0.11	2.35	0.01
เกิด	6	13.33	1	2.22	0.02		

จากตารางที่ 3 ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ พบอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ เกิด 6 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 13.33 ค่า SD 0.11 หลังการใช้แนวปฏิบัติพบอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนัก ลดลง เป็น 1 ครั้ง คิดเป็น เป็นร้อยละ 2.22 ค่า SD 0.02 พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ก่อนหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

อัตราการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ครั้ง/ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ)	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ (n=45)		หลังการใช้แนวปฏิบัติ (n=45)	
	จำนวน (ครั้ง/ วันใส่ท่อ)	อัตราการเกิดอุบัติการณ์	จำนวน (ครั้ง/วันใส่ท่อ)	อัตราการเกิดอุบัติการณ์
	6/325	18.46	1/305	3.28

จากตารางที่ 4 ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ พบอัตราการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนัก 6 ครั้ง คิดเป็น 18.46 ครั้งต่อ 1000 วันนอนท่อช่วยหายใจ หลังการใช้แนวปฏิบัติพบอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนัก 1 ครั้ง ลดลงคิดเป็นอัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 3.28 ครั้งต่อ 1000 วันนอนท่อช่วยหายใจ

ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ก่อนหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

ระดับความพึงพอใจ	n	Min - Max	Mean	SD	t	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ	13	3 – 4	3.91	0.01	16.25	0.00
หลังใช้แนวปฏิบัติฯ	13	4 - 5	4.84	0.02		

จากตารางที่ 5 พบระดับความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ พบคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.91 ค่า SD 0.01และหลังการใช้แนวปฏิบัติพบคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น อยู่ที่ 4.84 ค่า SD 0.02 พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับความรู้ของพยาบาล เกี่ยวกับการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด พบว่าพยาบาลมีความรู้ ความสามารถและทักษะเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[7,8,9] ได้ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลจอมทอง ที่กล่าวถึงการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อ ช่วยหายใจว่าการให้ความรู้และการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติ แก่พยาบาลวิชาชีพเป็นบทบาทที่สำคัญมาก โดยการให้ ข้อมูลที่ละเอียดและแนวทางที่ชัดเจน ช่วยให้พยาบาลเข้าใจขั้นตอนของการปฏิบัติจริงมากขึ้น นอกจากนี้การเรียนรู้ที่มีการมีส่วนร่วม เช่น การทำเวิร์กชอปหรือฝึกอบรม จะช่วยให้พยาบาลสามารถจดจำและนำความรู้นั้นไปใช้จริงได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้อัตราการเลื่อน หลุดของท่อช่วยหายใจลดลง

2. พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ4 ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม[10] โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่าการเตรียมความพร้อมทีมพยาบาลที่ดี การให้ความรู้ การส่งเสริมการใช้ แนวปฏิบัติ ติดตามนิเทศสม่ำเสมอ กระตุ้นให้พยาบาลมีความตระหนักในความสำคัญของปัญหา ส่งผลให้อุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลง

3. จากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ร้อยละ 2.22 ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ร้อยละ 13.33 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับ[2,4,8,10] ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ ได้แนวทางในการดูแลที่ชัดเจน ส่งผล ให้พยาบาลผู้ดูแลมีความรู้ นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง และเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานทำให้ทีมมีความมั่นใจ และมีการ ปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จากการทำงานที่ผ่านมาพบว่า สาเหตุของการเลื่อนหลุดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเอง จากญาติคลายผ้าผูกมัดแล้วไม่แจ้งเจ้าหน้าที่ให้รับทราบ ด้านเจ้าหน้าที่ พบว่าประสบการณ์การทำงานของพยาบาล[4,10,12,13] ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ทำให้ขาดการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และขาด การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง[11] ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องนิเทศ ควบคุมกำกับอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีมากขึ้น

4. ระดับความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ อยู่ที่ระดับพึงพอใจมากที่สุดหลังการใช้แนวปฏิบัติ สอดคล้องกับ10 ศึกษาการพัฒนาแนว

ทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้ปฏิบัติได้สะท้อนถึงประโยชน์และความเป็นไปได้ใน การใช้งานจริง และการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายผลการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติเพื่อการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ไปยังหอผู้ป่วยอื่นที่มีการใส่ท่อช่วยหายใจ

2. พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจควรตะหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่นำมาใช้ให้สม่ำเสมอ

3. ควรนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนางานและลดอุบัติการณ์เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

เอกสารอ้างอิง

1. มณีนุช สุทธสนธิ์, ขนิษฐา แก้วกัลยา, วาสนา นัยพัฒน์.(2560). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในผู้ป่วยอาการหนักที่ใส่ท่อช่วยหายใจ. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2560; 10(2): 51–70.
2. บุษบา อัครวนสกุล, เครือวัลย์ แวงวรรณ์, นงเยาว์ มลคลอิทธิเวช.(2563). ผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร. 2563; 12(1): 73–81.
3. พัชรวรรณ สลักคำ, สุเพียร โภคทิพย์, พิมลพันธ์ เจริญศรี, อรทัย วะสมบัติ, พัลยมนต์ พุ่มทอง, สุพจน์ สายทอง.(2562). สถานการณ์การดึงท่อช่วยหายใจ/ท่อช่วยหายใจหลุด (Unplanned Extubation: UE) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. สรรพสิทธิเวชสาร. 2562; 40(1-3): 51-60.
4. นลินรัตน์ พรหมโส.(2024). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2024; 16(2): 101–3.
5. ราตรี จันทะจิต, นิตยา นิลรอด, อุดมรัตน์ สุขสำราญ.(2567). การพัฒนาแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารกองการพยาบาล. 2567; 52(3): 218-30.
6. กุสุมาลย์ รามศิริ, นิติภา เพชรสิงห์, จีระพรรณ วันหากิจ.(2562). ประสิทธิผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่ออุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย. ชัยภูมิวารสาร. 2562; 30(1): 16–25.
7. รสลิน ชัยวุฒิ, จิรณัฐ ชัยชนะ.(2567). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลจอมทอง. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2567; 25(49): 22-33.
8. นงลักษณ์ ณ นคร.(2563). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563; 3(2): 30–44.
9. Almarhabi M, Cornish J, Lee G.(2021). The effectiveness of educational interventions on trauma intensive care unit nurses' competence: A systematic review and meta analysis. Intensive Critical Care Nurse. 2021; 64: 1029-31.
10. ปิ่นสุรางค์ กระเสาร์.(2563). ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2563; 28(1): 27-41.
11. สำลี คิมนารักษ์, ราตรี สุขหงส์, ยุพา พิมพ์ดี, สมปอง ใจกล้า.(2562). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2562; 38(3): 210-25.
12. พิลัยลักษณ์ คำาแป้น, สุพัตรา ภานนท์, ณิชกานต์ ใจมา.(2563). การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก. วารสารนราธิวาสราชนครินทร์. 2563; 12(1): 25-35.
13. วิภารัตน์ นาวารัตน์, พนมพร พฤทธิพงศ์พันธุ์, ปริชาติ ศรีอนุรักษ์, ปทุมพร กานยะคามิน, สุวีณา เบาะเปลี่ยน.(2560). ผลของการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยไม่ได้ วางแผนต่ออัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560; 18(1): 167-75.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

Development of a Nursing Care Model for Cataract Surgery Patients with Medical Comorbidities at Khumphawapi Hospital, Udonthani Province.

(Received: December 22,2025 ; Revised: December 27,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ณิชา บุตตะหึงษ์[1]
Nicha Budtaheung[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับกระบวนการ 3P (Purpose-Process-Performance) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม พัฒนารูปแบบการพยาบาล และศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ประชากรประกอบด้วย เชิงคุณภาพ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 30 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 45 คน ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ คือ การวางแผนและเตรียมการ การพัฒนารูปแบบ การนำรูปแบบไปใช้ และการประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบเก็บข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพยาบาลประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ การคัดกรองและประเมินความพร้อมอย่างครอบคลุม การใช้กระบวนการพยาบาล การเสริมสร้างความรู้และทักษาการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็ม การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และการบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์แสดงถึง EI3O พบว่าสมรรถนะพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 3.35 เป็น 4.72 อัตราการใส่เลนส์ผิดขนาดลดเป็นศูนย์ อัตราการเลื่อนผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 1.89 เป็นร้อยละ 0.50 ระยะเวลารอคอยลดจาก 2.30 ชั่วโมงเป็น 25 นาที ความรู้เพิ่มขึ้นจาก 2.98 เป็น 4.36 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 3.08 เป็น 4.28 และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจาก 3.68 เป็น 4.74 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก, โรคร่วมทางอายุรกรรม, การพัฒนารูปแบบ, การดูแลตนเอง[1]

Abstract

This action research integrated with the 3P process (Purpose-Process-Performance) aimed to study the situation and problems of caring for cataract surgery patients with medical comorbidities, develop a nursing care model, and evaluate the outcomes of implementing the nursing care model for cataract surgery patients with medical comorbidities at Khumphawapi Hospital, Udon Thani Province. The population consisted of qualitative participants including a multidisciplinary team of 30 healthcare professionals, and quantitative participants including 45 cataract surgery patients aged 60 years and above with medical comorbidities. The research was conducted in four phases: planning and preparation, model development, implementation, and evaluation. Mixed-methods data collection included both quantitative and qualitative approaches. Research instruments comprised focus group discussion guidelines, nursing care guidelines for cataract surgery patients with medical comorbidities, general information questionnaire, clinical data form, knowledge assessment tool, self-care behavior assessment tool, and satisfaction questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and t-test, while qualitative data were analyzed through content analysis.

[1] โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

The results revealed that the nursing care model consisted of six key components: comprehensive screening and readiness assessment, nursing process implementation, knowledge and self-care skills enhancement based on Orem's theory, empowerment based on Gibson's concept, continuous follow-up care, and multidisciplinary team integration. The outcomes reflecting EI3O demonstrated that nurses' competency increased from 3.35 to 4.72, incorrect lens implantation was reduced to zero, surgery postponement rate decreased from 1.89% to 0.50%, waiting time reduced from 2.30 hours to 25 minutes, knowledge increased from 2.98 to 4.36, self-care behavior improved from 3.08 to 4.28, and satisfaction increased from 3.68 to 4.74, all statistically significant at the .05 level.
Keywords: Cataract surgery nursing, Medical comorbidities, Model development, Self-care

บทนำ

โรคต้อกระจกเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียการมองเห็นที่สามารถรักษาให้กลับมาเห็นได้ทั่วโลก โดยพบว่าร้อยละ 33.40 ของภาวะตาบอดทั่วโลกเกิดจากโรคต้อกระจก[1] องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคต้อกระจกประมาณ 94 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ โดยอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุ พบร้อยละ 3.90 ในผู้ที่มีอายุ 55-64 ปี เพิ่มเป็นร้อยละ 92.60 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี[2] การผ่าตัดต้อกระจกเป็นหัตถการที่มีประสิทธิภาพสูงในการฟื้นฟูการมองเห็น มีอัตราความสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90.00[3] ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมหลายโรค โดยพบว่าร้อยละ 62.30 ของผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.50 มีโรคเบาหวาน และร้อยละ 18.70 มีโรคหัวใจและหลอดเลือด[4] โรคร่วมเหล่านี้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งระหว่างและหลังการผ่าตัด รวมถึงการติดเชื้อในลูกตา การมองเห็นไม่ดีตามคาด และการรักษาที่ไม่เป็นไปตามแผน[5]

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งหมด[6] ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคต้อกระจกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคต้อกระจกสะสมประมาณ 1.2 ล้านคน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 80,000-100,000 ราย[7] อัตราการผ่าตัดต้อกระจกในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 4,200 รายต่อประชากร 1 ล้านคนในปี 2563 เป็น 5,800 รายต่อประชากร 1 ล้านคนในปี 2566[8] แม้จำนวนการผ่าตัดจะเพิ่มขึ้น แต่ยังพบปัญหาภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม พบอัตราการติดเชื้อในลูกตาร้อยละ 0.08-0.12 อัตราการมองเห็นไม่ดีตามคาดร้อยละ 2.50-5.00 และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันร้อยละ 1.20-3.50[9] ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกในประเทศไทยร้อยละ 78.40 มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โดยพบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 54.30 โรคเบาหวานร้อยละ 32.10 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 28.70 และโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 15.20[10] การมีโรคร่วมหลายโรคเพิ่มความซับซ้อนในการดูแล ทำให้ต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดอย่างรอบด้าน การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และการปรับยาที่มีผลต่อการผ่าตัดอย่างเหมาะสม

สถานการณ์ระดับจังหวัดอุดรธานี

จังหวัดอุดรธานี มีประชากรสูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.30 ของประชากรทั้งหมด สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ[11] จำนวนผู้ป่วยโรคต้อกระจกในจังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 8,450 ราย ในปี 2565 เป็น 9,120 ราย ในปี 2566 และ 9,780 ราย ในปี 2567 อัตราการผ่าตัดต้อกระจกในจังหวัดอุดรธานีเพิ่มขึ้นจาก 3,240 ราย ในปี 2565 เป็น 3,890 รายในปี 2566 และ 4,520 ราย ในปี 2567 ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกร้อยละ 81.20 มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โดยพบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 58.70 โรคเบาหวานร้อยละ 35.40 และมีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปร้อยละ 42.30 อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในจังหวัดพบร้อยละ 2.80 ในปี 2565 ลดลงเหลือร้อยละ 1.90 ในปี 2566 และร้อยละ 1.50 ในปี 2567[11]

อำเภอกุมภวาปี มีประชากรสูงอายุร้อยละ 19.80 จำนวนผู้ป่วยโรคต้อกระจกในอำเภอเพิ่มขึ้นจาก 2,340 ราย ในปี 2565 เป็น 2,580 ราย ในปี 2566 และ 2,850 ราย ในปี 2567 โรงพยาบาลกุมภวาปีมีระบบบริการผ่าตัดต้อกระจกในพื้นที่ มีจำนวนการผ่าตัดเพิ่มขึ้นจาก 1,320 ราย ในปี 2565 เป็น 1,481 ราย ในปี 2566 และ 1,680 ราย ในปี 2567 ข้อมูลจากโรงพยาบาลกุมภวาปีพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกร้อยละ 83.50 มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 61.20 โรคเบาหวานร้อยละ 38.70 และโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 31.40 ผู้ป่วยร้อยละ 45.80 มีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ปัจจุบันโรงพยาบาลมีการรับใหม่ผู้ป่วยต้อกระจกเฉลี่ย 5 รายต่อวัน หรือ 20 รายต่อสัปดาห์ ผ่าตัดสัปดาห์ละ 2 วัน ปัญหาทางการพยาบาลและความสำคัญในการพัฒนารูปแบบ จากข้อมูลการดำเนินงานของโรงพยาบาลกุมภวาปีในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบปัญหาสำคัญหลายประการที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ได้แก่ อุบัติการณ์ใส่เลนส์ผิดขนาดปีละ 1 ครั้ง ในปี 2566 และ 2567 แม้จะมีแนวปฏิบัติการตรวจสอบ แต่ยังพบความผิดพลาดจากบุคลากรที่หมุนเวียนและภาระงานที่มาก ความไม่พร้อมในการเตรียมก่อนผ่าตัดพบหลายประเด็น ทั้งการลืมอุปกรณ์ การติดสติ๊กเกอร์ไม่ตรงชื่อ การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการงดยา และการประเมินความพร้อมไม่ครบถ้วน ส่งผลให้มีการเลื่อนผ่าตัดร้อยละ 2.20 ในปี 2565 ร้อยละ 1.89 ในปี 2566 และร้อยละ 0.50 ในปี 2567 ปัญหาสำคัญที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพคือการดูแลตนเองหลังผ่าตัดที่บ้านของผู้ป่วย โดยเฉพาะการหยอดยาตาไม่ถูกต้อง พบว่าผู้ป่วยหยอดยาตาไม่ครบตามแผนการรักษา หยอดไม่ตรงเวลา หยอดผิดข้าง หรือหยอดข้างที่ไม่ได้ผ่าตัด สาเหตุหลักมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล หรือมีผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุเช่นกัน ทำให้เกิดความหลงลืม นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคต้อหินเดิมต้องหยอดยาตา 2 ข้าง แต่หลังผ่าตัดกลับหยอดเฉพาะข้างที่ผ่าตัด ส่งผลให้การรักษาโรคต้อหินขาดตอน การเลื่อนผ่าตัดจากภาวะเจ็บป่วยในปี 2566 พบ 24 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมที่ควบคุมไม่ได้ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน หรือพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม แสดงให้เห็นว่าการคัดกรองและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค แม้โรงพยาบาลจะมีการพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนาระบบ One Stop Service การจัดทำ Identify Checklist การพัฒนาสื่อการสอน และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร แต่ยังไม่มีรูปแบบการพยาบาลที่เป็นระบบและครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมโดยเฉพาะ รูปแบบเดิมเน้นการดูแลแบบทั่วไปโดยไม่มีการปรับให้เหมาะสมกับความซับซ้อนของโรคร่วม ขาดการบูรณาการระหว่างการดูแลโรคตาและโรคอายุรกรรม ขาดการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และขาดการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างแท้จริง ผลลัพธ์ทางคลินิกของโรงพยาบาลกุมภวาปีแม้จะอยู่ในเกณฑ์ดี เช่น อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดเท่ากับศูนย์ อัตราผู้ป่วยมองเห็นดีขึ้น 2 แถวมากกว่าร้อยละ 97.00 และอัตราความพึงพอใจร้อยละ 89.30 แต่ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนา โดยเฉพาะอัตรา Blinding cataract ที่ผ่าตัดใน 30 วัน ซึ่งในปี 2565 พบเพียงร้อยละ 46.96 ต่ำกว่าเกณฑ์มาก แม้จะปรับปรุงเป็นร้อยละ 60.49 ในปี 2566 และร้อยละ 96.03 ในปี 2567[11] แต่ยังต้องมีระบบที่รับประกันการรักษาที่ทันท่วงทีอย่างต่อเนื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของปัญหา มีการบูรณาการระหว่างการดูแลโรคตาและโรคร่วม เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง และลดภาวะแทรกซ้อนทั้งระหว่างและหลังการผ่าตัด รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นควรใช้หลักการของกระบวนการพยาบาล บูรณาการทฤษฎีการดูแล

ตนเองของโอเร็มและแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ใช้ยาตามแผนการรักษา และควบคุมโรคร่วมได้อย่างเหมาะสม

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกุมภวาปี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ลดปัญหาที่เกิดขึ้น เพิ่มคุณภาพการดูแล ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย และพัฒนาผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับกระบวนการ 3P (Purpose-Process-Performance) ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 12 เดือน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย จักษุแพทย์ แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยจักษุ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพคลินิกจักษุผู้ป่วยนอก เภสัชกร และผู้บริหารการพยาบาล เชิงปริมาณในการประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ถึงสิงหาคม 2568 จำนวน 140 ราย

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวน 30 คน ประกอบด้วย จักษุแพทย์ จำนวน 2 คน แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยจักษุ จำนวน 12 คน พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด จำนวน 6 คน พยาบาลวิชาชีพคลินิกจักษุผู้ป่วยนอก จำนวน 4 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน และผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 2 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เชิงปริมาณในการประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ถึงสิงหาคม 2568 จำนวน 45 ราย โดยคำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วนเมื่อทราบจำนวนประชากร และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจักษุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โดยการจัดกระบวนการกลุ่ม การรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดมาตรการ กำหนดบทบาททีมสหสาขาวิชาชีพ ถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข การปรับปรุงมาตรการให้สอดคล้องกับแนวทางใหม่ที่

จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม

1.2) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 1) กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) การประเมิน วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติการ และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงปัญหาทั้งโรคตาและโรคร่วมทางอายุรกรรม 2) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ระบุข้อบกพร่อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง เช่น การหยอดยาตา การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การรับประทานยาโรคประจำตัว การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดต้อกระจกและการดูแลโรคร่วม การให้การสนับสนุนจากพยาบาลและครอบครัว 3) การเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (Gibson's Empowerment) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วม การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง การให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจและควบคุมสุขภาพของตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล

2.2) แบบเก็บข้อมูลทางคลินิก จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้างตาที่ผ่าตัด ระยะเวลาการเป็นโรคต้อกระจก โรคร่วมทางอายุรกรรม ระยะเวลาการเป็นโรคร่วม ยาที่ใช้รักษาโรคร่วม ค่าสายตาก่อนผ่าตัด ชนิดเลนส์ที่ใส่ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด ค่าสายตาหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การกลับมารักษาซ้ำ และผลการควบคุมโรคร่วม

2.3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกและการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การหยอดยาตา การดูแลแผลผ่าตัด อาการแสดงที่ต้องพบแพทย์ การควบคุมโรคร่วมทางอายุรกรรม และการนัดติดตามผล รวม จำนวน 30 ข้อ

2.4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก โดยกำหนดเป็นแบบประเมิน 5 ระดับ แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ การหยอดยาตา การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด การรับประทานยาโรคประจำตัว การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด รวม จำนวน 25 ข้อ

2.5) แบบประเมินความพึงพอใจ โดยกำหนดเป็นแบบประเมิน 5 ระดับ แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ กระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ เจ้าหน้าที่และบุคลากรผู้ให้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวก ผลลัพธ์และคุณภาพการบริการ การให้ข้อมูลและคำแนะนำ รวม จำนวน 15 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์และแบบเก็บข้อมูลมาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจ ด้วยความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความพึงพอใจ หลังพัฒนาโดยใช้สถิติ t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1) จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดต้อกระจกและการดูแลตนเองหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น พบปัญหาการหยอดยาตาไม่ถูกต้อง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่เหมาะสม และการควบคุมโรคร่วมที่ไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบปัญหาความไม่พร้อมในการเตรียมก่อนผ่าตัด การใส่เลนส์ผิดขนาด การเลื่อนผ่าตัดจากภาวะเจ็บป่วย และระยะเวลารอคอยที่นาน การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และวางแผนการแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการร่วมกับคณะผู้บริหารโรงพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนจนเกิดความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินงาน รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบปัญหาอุปสรรคในการถ่ายทอดเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติซึ่งดำเนินการยากต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว ความซับซ้อนมากในด้านการบริหารจัดการทีมดูแลผู้ป่วย การบูรณาการระหว่างการดูแลโรคตาและโรคร่วม และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม 45 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน ร้อยละ 60.00 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 18 คน ร้อยละ 40.00 ตามลำดับช่วงอายุส่วนมากอยู่ในช่วง 60-69 ปี จำนวน 18 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมาช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 15 คน ร้อยละ 33.33 และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน ร้อยละ 26.67 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 71.24 ± 8.36 ปี อาชีพส่วนมากทำไร่ทำนา จำนวน 22 คน ร้อยละ 48.89 รองลงมารับจ้างทั่วไป จำนวน 10 คน ร้อยละ 22.22 ค้าขาย จำนวน 7 คน ร้อยละ 15.56 ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 4 คน ร้อยละ 8.89 และรับราชการบำนาญ จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.44 ตามลำดับ ศาสนาทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 45 คน ร้อยละ 100.00 ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 28 คน ร้อยละ 62.22 รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 5 คน ร้อยละ 11.11 มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 3 คน ร้อยละ 6.67 และปริญญาตรี จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ โรคร่วมทางอายุรกรรมในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 32 คน ร้อยละ 71.11 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 28 คน ร้อยละ 62.22 โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 18 คน ร้อยละ 40.00 โรคต้อหิน จำนวน 12 คน ร้อยละ 26.67 โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 โรคไตเรื้อรัง จำนวน 5 คน ร้อยละ 11.11 และโรคหอบหืด จำนวน 3 คน ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จำนวน 38 คน ร้อยละ 84.44 ข้างตาที่ผ่าตัดส่วนมากเป็นตาข้างเดียว จำนวน 37 คน ร้อยละ 82.22 และผ่าตัด 2 ข้าง จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 ระยะเวลาการเป็นโรคต้อกระจกก่อนผ่าตัดเฉลี่ย 2.84 ± 1.52 ปี ค่าสายตาก่อนผ่าตัดเฉลี่ย 0.18 ± 0.12 การใช้ยาโรคประจำตัวทั้งหมดใช้ยาโรคร่วมอย่างสม่ำเสอ จำนวน 45 คน ร้อยละ 100.00

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลใช้กระบวนการ 3P (Purpose-Process-

Performance) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

2.1 พัฒนาระบบการคัดกรองและประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัดอย่างครอบคลุม โดยพัฒนาแบบประเมินความพร้อมที่ครอบคลุมทั้งด้านจักษุวิทยาและโรคร่วมทางอายุรกรรม มีการประสานงานระหว่างจักษุแพทย์และแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมในการควบคุมโรคร่วมให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมก่อนผ่าตัด จัดทำระบบการโทรติดตามผู้ป่วยก่อนวัน Admit เพื่อประเมินอาการและยืนยันความพร้อม

2.2 พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแกนหลัก ครอบคลุมการประเมิน วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติการ และประเมินผลอย่างเป็นระบบ พัฒนา Identify Checklist สำหรับการผ่าตัด 1 ข้างและ 2 ข้าง จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.3 พัฒนาระบบการเสริมสร้างความรู้และทักษาการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็ม โดยประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พัฒนาสื่อการสอนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ จัดทำแผนการสอนรายบุคคล ฝึกปฏิบัติการหยอดยาตาจริงก่อนกลับบ้าน ให้ความรู้เรื่องการควบคุมโรคร่วมและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2.4 พัฒนาระบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองตามแนวคิดของ Gibson ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการดูแล สร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง มีระบบการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและทีมสุขภาพ สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

2.5 พัฒนาระบบการติดตามดูแลหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง โดยมีการโทรติดตามผู้ป่วยหลังกลับบ้าน 3 วัน ประเมินการหยอดยาตา การปฏิบัติตัว และอาการแทรกซ้อน จัดทำระบบนัดติดตามที่ชัดเจน มีช่องทางการติดต่อสื่อสารกับทีมพยาบาลเมื่อมีปัญหา

2.6 พัฒนาระบบบูรณาการการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการประชุมทีมเป็นประจำ แลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน จัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง
กุมภวาปี

3. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3)

3.1 ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม ผลลัพธ์การดำเนินงานแสดงถึง EI3O (Evaluation, Improvement, Integration, Innovation, Outcome) ดังนี้

Evaluation (การประเมิน): พยาบาลมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมเพิ่มขึ้น เดิมในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.35 ภายหลังการพัฒนารูปแบบ สมรรถนะการดูแลเพิ่มขึ้นในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.72 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

Improvement (การปรับปรุง): อัตราการใส่เลนส์ผิดขนาดลดลงจากปี 2566-2567 มี 1 ครั้งต่อปี เป็น 0 ครั้งในปี 2568 อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมกระบวนการ Pre-op ก่อนพัฒนาร้อยละ 1.89 หลังพัฒนาลดลงเหลือร้อยละ 0.50 อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากภาวะเจ็บป่วยเดิมร้อยละ 1.62 ภายหลังการพัฒนาลดลงร้อยละ 0.67

Integration (การบูรณาการ): ระยะเวลารอคอยการ Admit ที่ OPD ลดลงจาก 2.30 ชั่วโมง เป็น 25 นาที หลังจากพัฒนาระบบ One Stop Service การบูรณาการระหว่างทีมจักษุและทีมอายุรกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทำให้การควบคุมโรคดีขึ้น

Innovation (นวัตกรรม): พัฒนานวัตกรรมการติดสติ๊กเกอร์ตาขวา-ตาซ้ายบนซองยา แยกแพ็คยาเป็นหยอดตาขวาและหยอดตาซ้าย พัฒนา Application Line สำหรับสต๊อกเลนส์และแจ้งเตือน

วัน Expire พัฒนาระบบการโทรติดตามผู้ป่วยก่อนวัน Admit และหลังกลับบ้าน

Outcome (ผลลัพธ์): อัตราผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกสายตาดีขึ้น 2 แถว VA ก่อนพัฒนาร้อยละ 97.15 หลังพัฒนาเพิ่มขึ้นร้อยละ 98.67 อัตรา Blinding cataract ผ่าตัดใน 30 วัน ก่อนพัฒนาร้อยละ 96.03 ภายหลังการพัฒนาคงที่ร้อยละ 98.22 อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจก (Endophthalmitis) และอัตรา Readmit ใน 28 วัน คงที่เท่ากับศูนย์ อัตราความพึงพอใจการบริการเดิมร้อยละ 89.30 ภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นร้อยละ 94.80

3.2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบความรู้อยู่ในระดับปานกลาง 2.98 ภายหลังการพัฒนารูปแบบความรู้เพิ่มมากขึ้นเป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=8.42, p<.001) พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 3.08 ภายหลังการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นเป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=7.89, p<.001) ความพึงพอใจ พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก 3.68 ภายหลังการพัฒนารูปแบบความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นเป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.74 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=6.95, p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (n=45)

รายการ	$\bar{x}$	ระดับ	S.D.	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง					
ก่อนพัฒนา	2.98	ปานกลาง	0.96	8.42	<.001*
หลังพัฒนา	4.36	มาก	0.78		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
ก่อนพัฒนา	3.08	ปานกลาง	1.02	7.89	<.001*
หลังพัฒนา	4.28	มาก	0.85		
ความพึงพอใจ					
ก่อนพัฒนา	3.68	มาก	0.89	6.95	<.001*
หลังพัฒนา	4.74	มาก	0.72		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิก ผลการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าส่วนใหญ่มีการปรับปรุงที่ดีขึ้น โดยพิจารณาจากตัวชี้วัดสำคัญทั้งด้านผู้ป่วยและทางคลินิก มีรายละเอียดดังนี้ ด้านผู้ป่วยมีการปรับปรุงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ การหยอดยาตาถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.45 เป็นร้อยละ 91.28 (t=5.67, p<.001) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.32 เป็นร้อยละ 93.45 (t=4.89, p<.001) และการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86.78 เป็นร้อยละ 95.67 (t=3.24, p=.002) ส่วนการรับประทานยาโรคประจำตัวสม่ำเสมอคงที่ในระดับสูง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านทางคลินิกพบว่า อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 1.45 เป็นร้อยละ 0.56 (t=2.78, p=.008) อัตราการควบคุมโรคเบาหวานได้ดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.24 เป็นร้อย

ละ 82.45 (t=4.12, p<.001) และอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.89 เป็นร้อยละ 88.92 (t=3.56, p=.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่อัตราสายตาดีขึ้น 2 แถว VA และระยะเวลาพักรักษาเฉลี่ยคงที่ในระดับดี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิกก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	t	p-value
ด้านผู้ป่วย					
การหยอดยาตาถูกต้อง (ร้อยละ)	≥90	72.45	91.28	5.67	<.001*
การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดถูกต้อง (ร้อยละ)	≥85	78.32	93.45	4.89	<.001*
การรับประทานยาโรคประจำตัวสม่ำเสมอ (ร้อยละ)	≥95	94.56	97.82	1.48	.145
การมาตรวจตามนัด (ร้อยละ)	≥90	86.78	95.67	3.24	.002*
ด้านทางคลินิก					
อัตราสายตาดีขึ้น 2 แถว VA (ร้อยละ)	≥97	97.15	98.67	1.12	.268
อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ)	<2	1.45	0.56	2.78	.008*
อัตราการควบคุมโรคเบาหวานได้ดี HbA1c<7% (ร้อยละ)	≥70	68.24	82.45	4.12	<.001*
อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ดี <140/90 (ร้อยละ)	≥75	76.89	88.92	3.56	.001*
ระยะเวลาพักรักษาเฉลี่ย (วัน)	≤2	1.85	1.72	0.98	.332

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 บทเรียนจากการปรับปรุงผลดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมให้ผลการเรียนรู้ที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดต่อความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบ การประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสอและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดการบูรณาการการทำงานที่ดี 2) การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเฉพาะการเสริมสร้างความรู้และพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหลังกลับบ้าน 3) การใช้นวัตกรรมที่เหมาะสม เช่น สติ๊กเกอร์แยกยาตาขวา-ซ้าย ระบบการโทรติดตาม Application Line ช่วยลดความผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน 4) การติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นกุญแจสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาและสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง 5) ความท้าทาย ที่พบคือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลหรือมีผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุเช่นกัน ต้องมีการปรับกลยุทธ์โดยเน้นการสอนซ้ำ ใช้สื่อที่เข้าใจง่าย และมีระบบการติดตามที่ใกล้ชิดมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่โรงพยาบาลกุมภวาปีส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมหลายโรค โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรี ศรีสุข จิดาภา ตั้งปัญญาวงศ์ และมณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์[12] ที่พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกมีโรคร่วมทางอายุรกรรมสูง และการศึกษาของ Henderson, Liu และ Chen[13] ที่รายงานว่าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมที่พบบ่อยในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ทั้งนี้เนื่องจากประชากรไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีโรคร่วมเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ปัญหาที่พบในการ

ดูแลผู้ป่วยมีหลายประการ ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเอง พบปัญหาการหยอดยาตาไม่ถูกต้อง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่เหมาะสม และการควบคุมโรคร่วมที่ไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของปรัศนีย์ พันธุ์กสิกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล[14] ที่พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีพฤติกรรมการหยอดยาตาและการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ ไม่มีผู้ดูแลหรือมีผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุเช่นกัน ทำให้เกิดความหลงลืมและไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบปัญหาเชิงระบบ ได้แก่ การเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมและภาวะเจ็บป่วย อุบัติการณ์ใส่เลนส์ผิดขนาด และระยะเวลารอคอยที่นาน สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรี ศรีสุข จิดาภา ตั้งปัญญาวงศ์ และมณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์[12] ที่พบปัญหาการเลื่อนผ่าตัดจากการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตไม่ได้ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบเดิมเน้นการดูแลแบบทั่วไปโดยไม่มีการปรับให้เหมาะสมกับความซับซ้อนของโรคร่วม ขาดการบูรณาการระหว่างการดูแลโรคตาและโรคอายุรกรรม และขาดการประเมินความพร้อมอย่างเป็นระบบก่อนผ่าตัด ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยหกองค์ประกอบหลักที่ครอบคลุมทุกมิติของการดูแล โดยบูรณาการกระบวนการพยาบาล ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson เข้าด้วยกัน สอดคล้องกับการศึกษาของปรัศนีย์ พันธุ์กสิกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล[14] ที่พัฒนาโปรแกรมตามทฤษฎีโอเร็ม และการศึกษาของละมิตร์ ปึกขาว เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และกาญจนา หัตถรังสี[15] ที่ใช้ทฤษฎี Swanson ในการพัฒนารูปแบบ ทั้งนี้เนื่องจากทฤษฎีการดูแลตนเองเน้นความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเมื่อได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม และการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการตัดสินใจและควบคุมสุขภาพของตนเอง องค์ประกอบสำคัญคือระบบการคัดกรองและประเมินความพร้อมอย่างครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Henderson, Liu และ Chen[13] ที่เน้นความสำคัญของการประเมินก่อนผ่าตัดรวมถึงการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม และการศึกษาของสุนทรี ศรีสุข จิดาภา ตั้งปัญญาวงศ์ และมณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์[12] ที่พัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินที่ครอบคลุมทั้งด้านจักษุวิทยาและโรคร่วมทางอายุรกรรม ช่วยลดการเลื่อนผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Machado, Santana, Vaqueiro, Santos และ Souza[16] ที่พบว่าการติดตามทางโทรศัพท์ช่วยลดระยะเวลาฟื้นตัวและภาวะแทรกซ้อน และการศึกษาของพิมพ์ชนก วงศ์ประเสริฐ สายฝน ตันติวิทยาพิทักษ์ และนิตยา แก้วมุกดา[17] ที่ใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ทั้งนี้เนื่องจากการติดตามอย่างใกล้ชิดช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาและให้คำแนะนำได้ทันท่วงที ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องหลังกลับบ้าน

ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี จากการประเมินผลพบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปรัศนีย์ พันธุ์กสิกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล[14] และอังคนา อัศวบุญญาเดช ดุจดาว ศุภจิตกุลชัย และวริศนันท์ ปุรณะวิทย์[18] ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและการสอนด้วยสื่อวีดีทัศน์มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการให้ความรู้อย่าง

เป็นระบบและต่อเนื่อง ใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีการฝึกปฏิบัติจริง และมีการติดตามประเมินความเข้าใจอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ชนก วงศ์ประเสริฐ สายฝน ตันติวิทยาพิทักษ์ และนิตยา แก้วมุกดา[17] ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และการศึกษาของละมิตร์ ปึกขาว เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และกาญจนา หัตถรังสี[15] ที่พบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการหยอดยาตาที่ถูกต้องและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่เหมาะสม ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นในหลายตัวชี้วัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Zuo, Sun และ Wen[19] ที่พบว่าการพยาบาลคุณภาพสูงช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต และการศึกษาของ Wang, Zhang, Yu, Yang และ Jiang[20] ที่พบการพยาบาลเชิงลำดับช่วยให้การฟื้นตัวดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ มีการใช้นวัตกรรมที่เหมาะสม และมีระบบการติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราภาวะแทรกซ้อนลดลง การควบคุมโรคร่วมดีขึ้น และความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกุมภวาปี

ข้อเสนอแนะ

1) การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากฝ่ายการพยาบาล จักษุแพทย์ แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม และเภสัชกร ในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาในการบริหารจัดการกำลังคน ปัญหาการดำเนินงาน และอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินงานรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมวิเคราะห์และคืนข้อมูลให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน การประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติร่วมกันทั้งองค์กร ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกมีมาตรฐาน มีความปลอดภัยมากขึ้น และทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การปรับปรุงมาตรฐานทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงควรปรับให้ทันสมัยต่อเนื่องควบคู่กับการพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาลและการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร

3) การมีกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกให้มีประสิทธิภาพผ่านตัวบุคลากรทางการพยาบาล ทำให้เกิดความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่างบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ

4) ควรศึกษาในโรงพยาบาลอื่นที่มีขนาดใหญ่กว่าหรือมีบริบทแตกต่างกัน เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในบริบทที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น

5) ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมในเชิงปริมาณที่ซับซ้อน เช่น ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดูแลตนเอง ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด เพื่อให้ได้ปัจจัยในการแก้ไขปัญหาและพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพิ่มเติม

6) ควรพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย เช่น แอปพลิเคชันสำหรับการติดตามดูแลผู้ป่วย ระบบเตือนการหยอดยาตา หรือสื่อการสอนในรูปแบบดิจิทัลที่

เข้าถึงได้ง่าย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและลดภาระงานของบุคลากร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมในพื้นที่ของโรงพยาบาลกุมภวาปี และบุคลากรในโรงพยาบาลกุมภวาปี ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย จักษุแพทย์ แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยจักษุ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพคลินิกจักษุผู้ป่วยนอก เภสัชกร และผู้บริหารการพยาบาล ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนการเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Steinmetz, J. D., Bourne, R. R., Briant, P. S., Flaxman, S. R., Taylor, H. R., Jonas, J. B., ... & Vos, T. (2021). Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years: Evaluating the prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020. The Lancet Global Health, 9(2), e144-e160.
2. World Health Organization. (2019). World report on vision. Geneva: World Health Organization.
3. Liu, Y. C., Wilkins, M., Kim, T., Malyugin, B., & Mehta, J. S. (2017). Cataracts. The Lancet, 390(10094), 600-612.
4. Keay, L., Lindsley, K., Tielsch, J., Katz, J., & Schein, O. (2019). Routine preoperative medical testing for cataract surgery. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1(1), CD007293.
5. Chen, X., Fu, Z., Yu, J., Ding, X., & Zhang, J. (2020). Prevalence of diabetic retinopathy in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. BMJ Open Ophthalmology, 5(1), e000418.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). รายงานสถิติประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
7. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์โรคตาและการผ่าตัดต้อกระจกในประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
8. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2567). สถิติการผ่าตัดต้อกระจกในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2563-2566. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
9. สมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติการผ่าตัดต้อกระจกในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย.
10. จิราภรณ์ บุญญานุรักษ์, ศิริพร ทองคำ, และสุภาพร วงศ์ใหญ่. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลทหารบก, 23(2), 45-56.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2567). รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2567. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.
12. สุนทรี ศรีสุข, จิดาภา ตั้งปัญญาวงศ์ และมณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์. (2565). การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 41(2), 45-58.
13. Henderson, B. A., Liu, Y. C., & Chen, X. (2021). Preoperative care for cataract surgery: The Society for Ambulatory Anesthesia position statement. Anesthesia and Analgesia, 133(6), 1431-1443.
14. ปรัศนีย์ พันธุ์กสิกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. (2563). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก. วารสภาการพยาบาล, 35(4), 84-98.
15. ละมิตร์ ปึกขาว, เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และกาญจนา หัตถรังสี. (2563). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทรตามทฤษฎี Swanson โรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(5), 864-875.
16. Machado, T. M. D., Santana, R. F., Vaqueiro, R. D., Santos, C. T. B., & Souza, P. A. (2020). Telephone follow-up of the elderly after cataract surgery. Sage Open Nursing, 6, 1-9.

17. พิมพ์ชนก วงศ์ประเสริฐ, สายฝน ตันติวิทยาพิทักษ์ และนิตยา แก้วมุกดา. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(3), 156-168.
18. อังคนา อัศวบุญญาเดช, ดุจดาว ศุภจิตกุลชัย และวริศนันท์ ปุรณะวิทย์. (2565). ผลการสอนสุขศึกษาโดยใช้สื่อวีดีทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้อกระจกให้กับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก. บูรพาเวชสาร, 9(1), 13-27.
19. Zuo, K., Sun, Z., & Wen, K. (2024). Study on the impact and clinical effect of high-quality nursing intervention on the quality of life of elderly cataract patients. Pakistan Journal of Medical Sciences, 40(3), 499-504.
20. Wang, J. C., Zhang, Q., Yu, M. R., Yang, Y. X., & Jiang, H. M. (2024). Effect of sequential nursing care combined with communication intervention on visual recovery and pain after cataract ultrasound emulsification. World Journal of Clinical Cases, 12(27), 6087-6093.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

ผลกระทบของอุปสรรคเชิงโครงสร้างต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า: การวิเคราะห์ทุติยภูมิเชิงตัวแปรปรับ

The Impact of Structural Barriers on Cardiovascular Disease Risk in the Akha Ethnic Group: A Secondary Moderation Analysis)

(Received: December 22,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

จิตราภรณ์ สุทธิพงศ์[1] วิภาดา ศรีมันทยามาศ[2] พิมพ์รัตน์ บุณยะภักดิ์[1]
Jitraphorn Sutthipong[1] Wipada Srimanthayamas[2] Pimrat Bunyaphak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินบทบาทของปัจจัยเชิงโครงสร้าง (ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทยและอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ) ในการเป็นตัวแปรปรับต่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพ (ความดันโลหิตสูง) และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้าในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวอาข่าอายุ 35–70 ปี จำนวน 128 คน ในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ประเมินความเสี่ยงด้วย Thai CV Risk Score และวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกและการวิเคราะห์ตัวแปรปรับโดยใช้ Hayes Process Macro

ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 77.30 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยง CVD ระดับต่ำ ขณะที่ร้อยละ 22.60 อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเดียวที่สัมพันธ์กับความเสี่ยง CVD อย่างมีนัยสำคัญ (OR = 3.48, 95%CI = 1.33–9.11, p < .05) ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยง CVD และส่งผลโดยตรงต่อคะแนนความเสี่ยง (b = –1.29, p < .001) แต่ไม่ทำหน้าที่เป็นตัวกลางหรือ ตัวแปรปรับระหว่างความดันโลหิตสูงและความเสี่ยง CVD ส่วนอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพแม้สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง (b = 0.42, p < .001) แต่ไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยง CVD และไม่พบผลทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: กลุ่มชาติพันธุ์อาข่า; ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด; ปัจจัยเชิงโครงสร้าง; ความสามารถทางภาษา; การเข้าถึงบริการสุขภาพ; การวิเคราะห์ตัวแปรปรับ

Abstract

This research is an exploratory study aiming to evaluate the role of structural factors (ability to communicate in Thai and barriers to accessing healthcare) as moderators on the relationship between biological risk factors (hypertension) and the risk of cardiovascular disease over the next 10 years among the Akha ethnic group. Data were obtained from 128 Akha adults aged 35–70 years residing in Mae Suai District, Chiang Rai Province. CVD risk was assessed using the Thai CV Risk Score, and logistic regression and moderation analyses were performed using the Hayes Process Macro.

Results showed that 77.30% of participants were classified as low risk, while 22.60% were at moderate-to-high risk. Hypertension was the only factor significantly associated with higher CVD risk (OR = 3.48, 95% CI = 1.33–9.11, p < .05). Thai language communication ability was significantly associated with lower CVD risk (b = –1.29, p < .001), demonstrating a direct effect, but did not mediate or moderate the relationship between hypertension and CVD risk. Barriers to healthcare access were positively associated with hypertension (b = 0.42, p < .001) but were not associated with CVD risk and showed no significant indirect effect.

Keywords: Akha ethnic group; cardiovascular disease risk; structural barriers; language proficiency; healthcare access; moderation analysis

[1] สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย Corresponding author: vipada.sri@crru.ac.th

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease: CVD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าในปี 2022 มีผู้เสียชีวิตจาก CVD ประมาณ 19.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และมากกว่าสามในสี่ของการตายเกิดในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งรวมถึงภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วย[1] ข้อมูล Global Health Estimates แสดงว่าในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตายสำคัญ โดยมีอัตราตายปรับมาตรฐานประมาณ 98.8 และ 72.7 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[2] สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อของกรมควบคุมโรคที่ระบุว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเป็นสาเหตุการตายลำดับต้น ๆ ของคนไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3] สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการเข้าถึงบริการป้องกัน รักษา CVD เป็นโจทย์เร่งด่วนของระบบสุขภาพไทย

องค์การอนามัยโลกเสนอกรอบแนวคิด Social Determinants of Health (SDH) ซึ่งอธิบายว่าผลลัพธ์สุขภาพไม่ได้ขึ้นกับปัจจัยชีวภาพหรือพฤติกรรมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ถูกกำหนดโดยโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ที่ทำให้ประชากรถูกจัดชั้นตามรายได้ การศึกษา อาชีพ เพศ เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ และสถานะทางกฎหมาย[4,5] ปัจจัยเชิงโครงสร้างเหล่านี้นำไปสู่ intermediary determinants เช่น พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะเครียด สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และที่สำคัญคือการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม[4] ภายใต้กรอบนี้ อุปสรรคเชิงโครงสร้างด้านภาษาและการเข้าถึงบริการ เป็นกลไกสำคัญที่สร้างความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์

กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงในภาคเหนือของไทย เช่น กลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ลาหู่ และชนเผ่าอื่น ๆ เป็นหนึ่งในประชากรที่เผชิญภาระโรค NCD สูง ในขณะที่เผชิญข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ การศึกษา ภาษา และสิทธิด้านสุขภาพ การศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงพบความชุกของความดันโลหิตสูงและเบาหวานในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป[6,7] การศึกษาของ Apidechkul และคณะ ในผู้สูงอายุชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงในภาคเหนือของไทยรายงานความชุกของความดันโลหิตสูงและเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับสูง และชี้ให้เห็นบทบาทของสถานะเศรษฐกิจสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด ในการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด[7] ขณะเดียวกัน งานวิจัยด้านความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพในอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์ประสบอุปสรรคด้านภาษา สิทธิการรักษา ระยะทาง การเดินทาง และการตีตรา ซึ่งล้วนเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น[8]

สำหรับกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าโดยเฉพาะ การศึกษาเชิงปฐมภูมิในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์อาข่ามีความเสี่ยงต่อการเกิด CVD ในระยะ 10 ปีในระดับปานกลางถึงสูงในสัดส่วนที่น่ากังวล โดยใช้ Thai CV Risk Score เป็นเครื่องมือประเมินความเสี่ยง[9] ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนว่า แม้จะไม่มีโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน แต่ประชากรอาข่าจำนวนมากอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ศึกษาความเสี่ยง CVD ในกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง มักมุ่งเน้นปัจจัยเสี่ยงทางชีวการแพทย์ (เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ดัชนีมวลกาย) และพฤติกรรมสุขภาพ (การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย) มากกว่าปัจจัยเชิงโครงสร้าง เช่น ภาษาและการเข้าถึงบริการ[6,7,8,9]

ในด้านปัจจัยเสี่ยงทางชีวการแพทย์ ความดันโลหิตสูง (hypertension) ได้รับการยอมรับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดประการหนึ่งของ CVD และโรคไตเรื้อรัง การควบคุมความดันโลหิตมีส่วนสำคัญต่อการลดความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาระดับประชากรจำนวนมากพบว่าความดันโลหิตสูงเป็น

ภาระโรคสำคัญในหลากหลายเชื้อชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ และเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านรายได้ การศึกษา และกลุ่มชาติพันธุ์[6,7,10] ในบริบทไทย Thai CV Risk Score ซึ่งพัฒนาจากข้อมูล cohort ขนาดใหญ่และได้รับการตรวจสอบความถูกต้องภายนอกหลายครั้ง[7,11,12,13] ได้รับการใช้แพร่หลายในการประเมินความเสี่ยง CVD ระยะ 10 ปีในเวชปฏิบัติ รวมทั้งในงานวิจัยในชุมชน ทำให้สามารถจัดระดับความเสี่ยงและกำหนดแนวทางป้องกันเชิงรุกได้อย่างมีหลักฐานรองรับ

อย่างไรก็ดี การมีความดันโลหิตสูงอาจไม่แปลผลไปเป็นความเสี่ยง CVD ในระดับเดียวกันในทุกกลุ่มประชากร ปัจจัยเชิงโครงสร้าง เช่น การรู้ภาษาไทย การมีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ความสามารถในการเดินทางไปสถานบริการ และประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติ อาจทำหน้าที่เป็น “ตัวแปรปรับ” (moderator) ที่เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและความเสี่ยง CVD กล่าวคือ ในกลุ่มที่มีอุปสรรคด้านภาษาและการเข้าถึงบริการ ความดันโลหิตสูงอาจนำไปสู่ความเสี่ยง CVD ระยะ 10 ปีที่สูงกว่ากลุ่มที่สามารถสื่อสารและเข้าถึงบริการได้ดี แม้จะมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน เนื่องจากได้รับการวินิจฉัยล่าช้า การดูแลต่อเนื่องไม่เพียงพอ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้ไม่ดี ในงานวิจัยระดับนานาชาติ กลุ่มผู้ป่วยที่มี limited English proficiency (LEP) ถูกพบอย่างสม่ำเสมอว่ามีสถานะสุขภาพแย่กว่า การควบคุมความดันโลหิตและปัจจัยเสี่ยง CVD ไม่ดี และผลลัพธ์โรคหัวใจและหลอดเลือดด้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ใช้ภาษาหลักของประเทศได้คล่อง[10,11,12,13] การศึกษาของ Kim และคณะ พบว่าผู้ใหญ่ที่มี LEP ในสหรัฐอเมริกามีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการวินิจฉัยและควบคุมได้ไม่ดีมากกว่าผู้ที่ใช้ภาษาอังกฤษได้ดี[10] งานวิจัยเชิงผสมผสานของ Wang และคณะ ในผู้ป่วย CVD รายงานว่าผู้ที่มีอุปสรรคด้านภาษาประสบปัญหาทั้งในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารแพทย์–ผู้ป่วย และการยึดตามแผนการรักษา[11] ขณะที่การศึกษาล่าสุดชี้ว่า LEP มีบทบาทเชื่อมโยงกับความไม่เสมอภาคด้านการคัดกรองโรค NCD การเข้าถึงบริการปฐมภูมิ การนอนโรงพยาบาล และผลลัพธ์เฉพาะโรค รวมถึง CVD[12,13] นอกจากนี้ งานวิจัยเชิงระบาดวิทยาใหม่ ๆ ยังเริ่มตั้งคำถามว่า LEP อาจทำหน้าที่เป็นตัวแปรปรับในความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยง CVD กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น การเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคโควิด–19 ที่มีภาวะเสี่ยง CVD ร่วมด้วย[12] ในประเทศไทยและกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง งานวิจัยด้านภาษายังมีจำกัด แม้จะมีหลักฐานเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่สะท้อนว่า การไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดีเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการใช้บริการสุขภาพทั้งด้านการเข้าถึง การทำความเข้าใจคำอธิบายเรื่องโรคและการรักษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ[8] การศึกษาของ Apidechkul และคณะ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มชาติพันธุ์ที่มีการศึกษาและทักษะภาษาไทยต่ำ มีแนวโน้มเข้าถึงบริการเชิงป้องกัน (เช่น การคัดกรอง NCDs และการตรวจสุขภาพประจำปี) น้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาและภาษาไทยดีกว่า[7,8] อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีงานวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงสถิติขั้นสูงเพื่อตรวจสอบบทบาทของความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย และ อุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ ในฐานะตัวแปรปรับความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงกับระดับความเสี่ยง CVD ในระยะเวลา 10 ปี ในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในบริบทชนบทของไทย ช่องว่างเชิงวิชาการที่สำคัญจึงอยู่ที่การไม่ทราบอย่างชัดเจนว่า อุปสรรคเชิงโครงสร้างด้านภาษาและการเข้าถึงบริการสุขภาพ เปลี่ยนความชันของความเสี่ยงจากความดันโลหิตสูงไปสู่ความเสี่ยง CVD ระยะ 10 ปีในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าอย่างไร การศึกษาก่อนหน้าในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในอำเภอแม่สรวยมุ่งเน้นการพรรณนาระดับความเสี่ยง CVD และปัจจัยเสี่ยงชีวการแพทย์และพฤติกรรม โดยยังไม่ได้วิเคราะห์บทบาทของตัวแปรเชิงโครงสร้างในฐานะตัวแปรปรับ[9] การวิจัยเชิงวิเคราะห์ที่วางอยู่บนกรอบแนวคิด social determinants of health ของ WHO[4,5] และใช้วิธีการวิเคราะห์ตัวแปรปรับ

(moderation analysis) เช่น วิธีของ Hayes ซึ่งสามารถตรวจสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงกับตัวแปรเชิงโครงสร้างในการทำนายระดับความเสี่ยง CVD จะช่วยเติมเต็มช่องว่างดังกล่าวได้อย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษานี้จึงออกแบบเป็นการวิเคราะห์ทุติยภูมิ (secondary analysis) ของข้อมูลจากการศึกษาเชิงสังเกตการณ์แบบย้อนหลังในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าอายุ 35–70 ปี ในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ซึ่งเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 โดยมีเป้าหมายเฉพาะในการตรวจสอบว่าความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย และอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพทำหน้าที่เป็นตัวแปรปรับในความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงกับความเสี่ยง CVD ระยะ 10 ปี (วัดโดย Thai CV Risk Score Application)[9,11,12,13] หรือไม่ การวิเคราะห์ทุติยภูมิบนข้อมูลที่เก็บอย่างเป็นระบบจากการศึกษาที่ผ่านการอนุมัติด้านจริยธรรมแล้ว และมุ่งตอบคำถามวิจัยใหม่ที่แตกต่างจากการเผยแพร่ตีพิมพ์เดิม ช่วยลดภาระการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรเปราะบาง รักษาหลักการใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์สูงสุด และไม่ซ้ำซ้อนกับการตีพิมพ์เดิม ซึ่งสอดคล้องกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และแนวทางการใช้ข้อมูลทุติยภูมิในระดับนานาชาติ ความคาดหวังคือ ผลการศึกษาจะช่วยอธิบายเชิงกลไกว่า ปัจจัยเชิงโครงสร้างด้านภาษาและอุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพมีบทบาทในการขยายหรือลดทอน ผลกระทบของความดันโลหิตสูงต่อความเสี่ยง CVD ระยะ 10 ปี ในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าหรือไม่ เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายและการออกแบบบริการสุขภาพที่ไวต่อบริบทวัฒนธรรมและภาษา สำหรับกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินบทบาทของปัจจัยเชิงโครงสร้าง (ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทยและอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ) ในการเป็นตัวแปรปรับต่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพ (ความดันโลหิตสูง) และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้าในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า

วิธีการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ทุติยภูมิเชิงสถิติ (secondary quantitative analysis) ของข้อมูลการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ชุดเดิมของ Suthipong และคณะ โครงการวิจัยเรื่อง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึง มกราคม 2566 โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย[9] รหัส EC 136/2565 การศึกษาเดิมได้ถูกดำเนินการเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพและพฤติกรรมต่อความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า การวิเคราะห์ทุติยภูมินี้เป็นการขยายการศึกษาเดิมเพื่อสำรวจมิติเพิ่มเติม คือ บทบาทของปัจจัยเชิงโครงสร้าง (ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทยและอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ) ในการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพ (ความดันโลหิตสูง) และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจระยะเวลาสิบข้างหน้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายเป็นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าอายุ 35-70 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอแม่สรวยจังหวัดเชียงราย ได้มาจากการคำนวณทางสถิติโดยใช้โปรแกรม G*Power ผลการคำนวณให้ค่าตัวอย่างเบื้องต้น n = 115 คน และเมื่อเพิ่มค่าการ dropout ร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างสุดท้าย n = 128 คน คัดเลือกด้วยวิธี simple random sampling ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึง มกราคม 2566

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นชาวชาติพันธุ์อาข่า 2) อายุระหว่าง 35–70 ปี ณ

เวลาของการศึกษาเดิม 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอแม่สายจังหวัดเชียงรายอย่างน้อย 1 ปี 4) ไม่มีประวัติการเป็นโรคโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน 5) สามารถให้ความยินยอมอย่างเต็มใจ (informed consent) เข้าร่วมการศึกษาเดิม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) เป็นหญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร และเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต 2) ไม่สามารถให้ความยินยอมหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์ 3) ข้อมูลมีการขาดหายไปในตัวแปรหลัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ภาษาที่ใช้ ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย กระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การมีโทรศัพท์ใช้ ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ที่ สามารถติดต่อได้ และสิทธิบัตรที่ใช้ในการรับบริการสุขภาพ โดยผ่านล่ามภาษาอาข่า ซึ่งเป็นผู้ช่วยพยาบาลในชุมชน

2. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัจจัยการเกิดโรค ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ส่วนสูง น้ำหนัก ความดันโลหิต เส้นรอบเอว และข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจรับบริการสุขภาพ แหล่งที่อยู่อาศัยและมลพิษ อุปสรรคในการเข้ารับบริการ และแหล่งการให้บริการสุขภาพที่ใช้ประจำ โดยผ่านล่ามภาษาอาข่า ซึ่งเป็นผู้ช่วยพยาบาลในชุมชน

3. แบบประเมินความเครียด Stress Test 5 (ST5) ของกรมสุขภาพจิต 1) ปัญหาการนอนหลับ นอนไม่หลับ หรือนอนน้อย 2) มีสมาธิลดลง 3) หงุดหงิด/กระวนกระวาย/วุ่นวายใจ 4) รู้สึกเบื่อเซ็ง 5) ไม่อยากพบปะผู้คน โดยผ่านล่ามภาษาอาข่า ซึ่งเป็นผู้ช่วยพยาบาลในชุมชน

4. โปรแกรมประเมิน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะเวลา 10 ปี ข้างหน้า ใช้ Thai CV Risk Score Application พัฒนาโดยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยล่าม ภาษาอาข่าเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียด

5. สายวัดรอบเอว ที่วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิต และหูฟัง และเครื่องชั่งน้ำหนัก

คุณภาพของเครื่องมือ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ โดยนำเสนอเครื่องมือต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งพบว่าแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพมีค่า CVI เท่ากับ 0.96 และ 0.93 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือทั้งสองชุดมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน (CVI ≥ 0.80) ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มประชากรชาติพันธุ์อาข่าที่มีคุณลักษณะเทียบเคียงได้กับกลุ่มตัวอย่างหลัก จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.85 ซึ่งอยู่ในระดับความเชื่อมั่นสูง ($\alpha \geq 0.80$) สะท้อนให้เห็นถึงความสอดคล้องภายในของข้อคำถามในเครื่องมือวัด

6. เครื่องมือมาตรฐานที่นำมาใช้

6.1 Thai CV Risk Score Application เป็นแอปพลิเคชันประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พัฒนาโดยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาและผ่านการทดสอบคุณภาพตามมาตรฐานสากล มีความตรงและความเชื่อมั่นที่ได้รับการรับรองในระดับมาตรฐาน การแปลผลผลลัพธ์จำแนกเป็นระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า เครื่องมือนี้เคยถูกนำไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยต่างๆ ในกลุ่มประชากรทั่วไปมาแล้ว

6.2 แบบประเมินความเครียด ST-5 (Stress Test 5) เป็นเครื่องมือคัดกรองความเครียดที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานตามหลักการทางวิชาการ เครื่องมือนี้ใช้ประเมินระดับความเครียดในประชากรทั่วไป โดยมีการแปลผลที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุเดียวกัน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. การขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการยื่นขออนุมัติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Institutional Review Board: IRB) เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัย คำนึงถึงหลักการเคารพในบุคคล (Respect for Persons) หลักการไม่เบียดเบียน (non-maleficence) หลักการให้ประโยชน์ (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) รวมทั้งการคุ้มครองสิทธิและความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

2. การชี้แจงข้อมูลการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดต่อผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างครอบคลุม ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าร่วมวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ รวมถึงการรับประกันความลับและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

3. การขอความยินยอมโดยสมัครใจ (Informed Consent) ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ หลังจากได้รับทราบข้อมูลครบถ้วนแล้ว โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือใช้ลายพิมพ์นิ้วมือแทนลายมือชื่อในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ โดยมีพยานรับรองการลงนามหรือประทับลายพิมพ์นิ้วมือดังกล่าว

4. การเก็บข้อมูลประชากรศาสตร์ (Demographic Data) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครัวเรือนต่อเดือน และสิทธิการรักษาพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง

5. การประเมินความสามารถในการสื่อสาร ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยสอบถามเกี่ยวกับทักษะการพูด ความเข้าใจ และการอ่านภาษาไทย ด้วยคำถามที่มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อจำกัดในการสื่อสารภาษาไทย ผู้วิจัยจะประสานงานใช้ล่ามภาษาที่ผ่านการอบรมเพื่อให้การสื่อสารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

6. การประเมินอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้วิจัยสำรวจอุปสรรคและปัญหาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยประสบในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพ ความสะดวกของการเดินทาง/การคมนาคม และความสะดวกด้านเวลา/ภาระงาน

7. การวัดสัณฐานวิทยา ผู้วิจัยดำเนินการวัดค่าสัณฐานวิทยา ดังนี้

7.1ส่วนสูง วัดโดยใช้เครื่องวัดส่วนสูงชนิดติดผนัง ที่ผ่านการสอบเทียบมาตรฐาน โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยยืนตรงบนพื้นราบ เท้าเปล่า ส้นเท้าชิดติดกัน ศีรษะอยู่ในระนาบแนวนอน บันทึกค่าเป็นเซนติเมตร ทศนิยม 1 ตำแหน่ง

7.2น้ำหนัก วัดโดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัลที่ผ่านการสอบเทียบ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสวมเสื้อผ้าเบา ถอดรองเท้า ยืนบนเครื่องชั่งอย่างนิ่ง บันทึกค่าเป็นกิโลกรัม ทศนิยม 1 ตำแหน่ง จากนั้นคำนวณดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ด้วยสูตร น้ำหนัก (กิโลกรัม) / ส่วนสูง^2 (เมตร)

7.3เส้นรอบเอว วัดโดยใช้เทปวัดแบบยืดหยุ่น (Non-elastic Tape Measure) ที่บริเวณจุดกึ่งกลางระหว่างกระดูกซี่โครงล่างสุดกับสันกระดูกสะโพกด้านบน ขณะหายใจออกปกติ บันทึกค่าเป็นเซนติเมตร ทศนิยม 1 ตำแหน่ง

8. การวัดความดันโลหิต ผู้วิจัยวัดความดันโลหิตตามมาตรฐาน American Heart Association (AHA) โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนั่งพักผ่อนในท่าที่สบายอย่างน้อย 5 นาที ก่อนทำการวัด งดสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีก่อนการวัด ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ หรือเครื่องวัดความดันโลหิตแบบใช้มือ ที่ผ่านการสอบเทียบ วัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 1-2 นาที บันทึกค่าทั้งสองครั้งและคำนวณค่าเฉลี่ยเพื่อใช้ในการวิเคราะห์

9. การประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ

9.1พฤติกรรมการสูบบุหรี่ สอบถามสถานะการสูบบุหรี่ ได้แก่ ไม่เคยสูบ เคยสูบแต่เลิกแล้ว หรือสูบในปัจจุบัน หากสูบในปัจจุบัน สอบถามจำนวนมวนต่อวันและระยะเวลาที่สูบบุหรี่

9.2พฤติกรรมการออกกำลังกาย สอบถามประเมินความถี่ ระยะเวลา และความหนักเบาของการออกกำลังกาย

9.3ระดับความเครียด ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเครียด ST-5 (Stress Test 5) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ แปลผลเป็นระดับความเครียดปกติ เล็กน้อย ปานกลาง หรือมาก

9.4การคำนวณคะแนนความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง (CVD Risk Score Calculation)

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการเก็บรวบรวม ได้แก่ อายุ เพศ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และโรคประจำตัว บันทึกลงในแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Score Application เพื่อคำนวณคะแนนความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า จำแนกระดับความเสี่ยงออกเป็น ต่ำ (< 10%) ปานกลาง (10-20%) และสูง (> 20%) ตามเกณฑ์ของ World Health Organization (WHO) และ International Society of Hypertension (ISH)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกและการวิเคราะห์ตัวแปรปรับโดยใช้ Hayes Process Macro

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฝ่ายบริหารงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุกจังหวัดเชียงราย รหัสโครงการ EC 136/2565 เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (n=128) พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.1 และเป็นช่วงอายุ 45–59 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 45.3) โดยส่วนใหญ่ไม่มีโอกาสได้รับการศึกษา (ร้อยละ 83.6) ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 83.6) และมีอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ ร้อยละ 7.8 ในด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความชุกความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.0 และมีภาวะอ้วนหรืออ้วนระดับอันตรายรวมร้อยละ 39.1 มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ร้อยละ 32.8 มีระดับความเครียดตั้งแต่ปานกลางถึงสูงรวมร้อยละ 35.9

ส่วนที่ 2 ความชุกของความเสี่ยง CVD กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.30 อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำตามเกณฑ์ Thai CV Risk Score ร้อยละ 20.0 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 7.0 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง

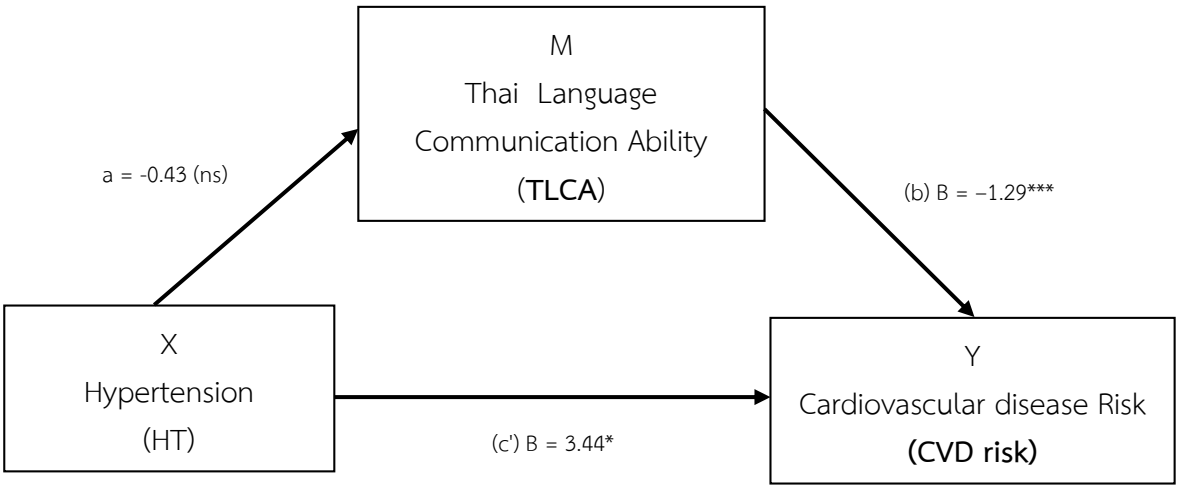
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างกับระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา BMI และเส้นรอบเอว ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับความเสี่ยง CVD พบความดันโลหิตสูง (HT) เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 3.48, p = .008) โดยผู้ที่มี HT มีโอกาสอยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางถึงสูงมากกว่าประมาณ 3.5 เท่าในกลุ่มตัวอย่างนี้

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ Moderation (ตัวแปรปรับ) แสดงผลการวิเคราะห์แบบพหุคูณพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงไม่สามารถทำนายความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทยได้อย่างมีนัยสำคัญ (p = .47) แสดงว่าเส้นทางแรกของโมเดลการไกล่เกลี่ยไม่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ทั้งภาวะความดันโลหิตสูง (p = .02) และระดับความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย (p < .001) ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งโมเดลนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนความเสี่ยง CVD ได้ถึง 25%

ผลทางตรงและผลทางอ้อมของความดันโลหิตสูงต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แสดงว่าความดันโลหิตสูงมีผลทางตรงต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (b = 3.44, p = 0.02, 95% CI = 0.56–6.31) โดยผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีระดับความเสี่ยงสูงกว่าอย่างชัดเจน ในขณะที่ ผลทางอ้อมผ่านความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย (TLCA) ไม่พบความมีนัยสำคัญ (indirect b = 0.55, 95% Bootstrap CI = −1.03 ถึง 1.77)

สรุปเส้นทางความสัมพันธ์ในโมเดลการไกล่เกลี่ย (HT ⟶ TLCA ⟶ CVD risk) แสดงว่า ผลการวิเคราะห์เส้นทางพบว่า Path a (HT ⟶ TLCA) ไม่มีนัยสำคัญ ขณะที่ Path b (TLCA ⟶ CVD risk) และ Path c′ (HT ⟶ CVD risk) มีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า TLCA และ HT ต่างเป็นตัวทำนายสำคัญของความเสี่ยง CVD อย่างไรก็ตาม ผลทางอ้อม (indirect effect) ไม่เป็นนัยสำคัญ จึงสรุปได้ว่า TLCA ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

แผนภาพ 1 โมเดลที่ 1 **Mediation Model (ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย (TLCA))**



Indirect effect (a×b) = 0.55 (ns)
Bootstrap 95% CI = −1.03 to 1.77

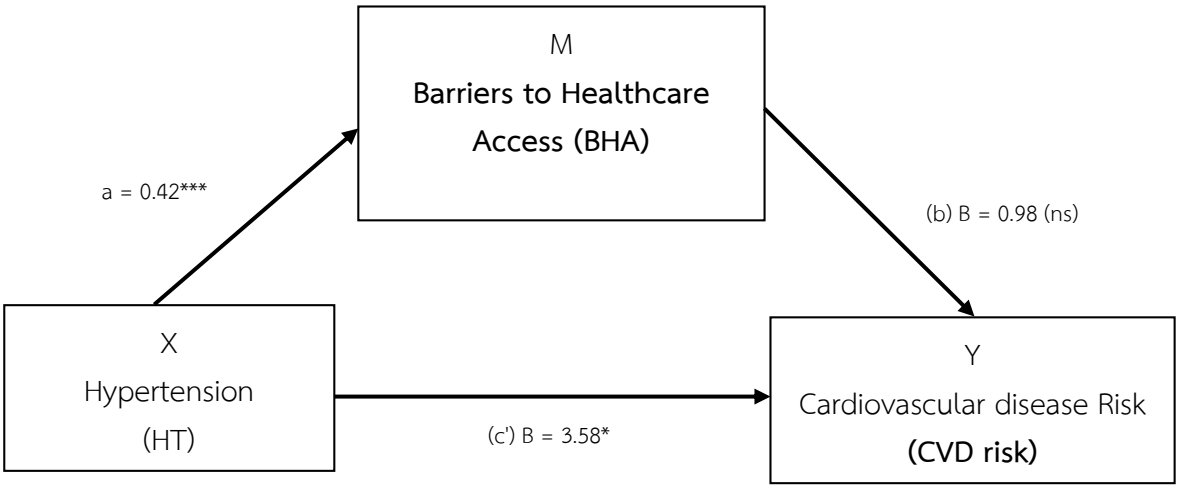
ns = not significant * p < .05 *** p < .001

ผลจากภาพที่ 1 แสดงว่าความดันโลหิตสูงมีผลโดยตรงต่อความเสี่ยงเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (3.44*) และ ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย (TLCA) มีผลต่อความเสี่ยงเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (–1.29***), แต่ เสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่ได้ส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย (–0.43 ns) และผลทางอ้อม (0.55 ns) ไม่เกิดขึ้น จึงไม่พบ mediation effect

ผลการวิเคราะห์การถดถอยเพื่อทำนายตัวแปรตัวกลางอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ (Barriers to Healthcare Access: BHA) แสดงว่า ผลการวิเคราะห์แสดงว่า ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลเชิงบวกต่อระดับอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (b = 0.42, p < .001) ขณะที่อุปสรรคดังกล่าวไม่ได้ส่งผลต่อคะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในโมเดลนี้ (p = .44) ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลโดยตรงต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญ (b = 3.58, p = .04) โดยโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของความเสี่ยง CVD ได้ 5

ผลทางตรงและผลทางอ้อมของภาวะความดันโลหิตสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างผ่านอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ แสดงว่า ผลการวิเคราะห์แสดงว่า ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลโดยตรงต่อคะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญ (b = 3.58, p = .04) แต่ผลทางอ้อมผ่านอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพไม่พบความมีนัยสำคัญ (indirect b = 0.41, 95% CI –0.76 ถึง 1.58)

แผนภาพ 2 โมเดลที่ 2 Mediation (อุปสรรคการเข้าถึงบริการ)



Indirect effect (a×b) = 0.41 (ns)
95% Bootstrap CI = –0.76 to 1.58

ผลจากภาพที่ 2 แสดงว่าภาวะความดันโลหิตสูงมีผลโดยตรงต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูงส่งผลเพิ่มอุปสรรคในการเข้ารับบริการ (BHA) แต่ BHA ไม่ได้เชื่อมโยงภาวะความดันโลหิตสูงกับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด อุปสรรคในการเข้ารับบริการ (BHA) ไม่ใช่ตัวกลาง ระหว่างภาวะความดันโลหิตสูงกับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินบทบาทของปัจจัยเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทยและอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ ในการเป็นตัวแปรปรับ (moderator) ต่อความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้าในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาสามารถสรุปได้เป็น 4 ส่วนสำคัญ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 128 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.1) อยู่ในช่วงอายุ 45–59 ปี (ร้อยละ 45.3) และไม่มีโอกาสได้รับการศึกษา (ร้อยละ 83.6) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Apidechkul และคณะ ที่พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงในภาคเหนือของไทยมีระดับการศึกษาต่ำและเผชิญข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคม[7] ด้านปัจจัยเชิงโครงสร้าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 83.6) และมีอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ (ร้อยละ 7.8) ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงความท้าทายด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพที่กลุ่มชาติพันธุ์เผชิญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Apidechkul และคณะ ที่รายงานว่ากลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงประสบอุปสรรคด้านภาษา สิทธิการรักษา ระยะทาง และการเดินทาง[8] ในด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 82.0 ซึ่งสูงกว่าความชุกในประชากรทั่วไปของไทยอย่างมาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Somprasong และคณะ ที่พบความชุกของความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงอายุ 35 ปีขึ้นไปในภาคเหนือของไทยอยู่ในระดับสูง[6]นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินรวมร้อยละ 64.1 และมีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ร้อยละ 32.8 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 2 ความชุกของความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะ 10 ปีข้างหน้าโดยใช้ Thai CV Risk Score Application พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ (ร้อยละ 77.30) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 15.60) และระดับสูง (ร้อยละ 7.00) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ แต่สัดส่วนของผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางถึงสูงรวมกันได้ร้อยละ 22.60 ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่น่ากังวล โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาว่ากลุ่มประชากรนี้เผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพและมีความชุกของปัจจัยเสี่ยงทางชีวการแพทย์สูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเชิงปฐมภูมิของ Suthipong และคณะ ในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในพื้นที่เดียวกัน ที่รายงานว่ามีสัดส่วนของผู้ที่มีความเสี่ยง CVD ในระดับปานกลางถึงสูงในสัดส่วนที่น่ากังวล[9] การใช้ Thai CV Risk Score ซึ่งได้รับการพัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องในประชากรไทยหลายครั้ง ช่วยให้การประเมินความเสี่ยงมีความเหมาะสมกับบริบทและมีความน่าเชื่อถือ[13,15]

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (OR = 3.48, 95% CI = 1.33–9.11, p = 0.008) โดยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสอยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางถึงสูงมากกว่าผู้ที่ไม่มีความดันโลหิตสูงประมาณ 3.5 เท่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แสดงให้เห็นว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดประการหนึ่งของโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งในประชากรทั่วไปและในกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ[6,7] องค์การอนามัยโลกระบุว่าความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง[1] อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในการศึกษานี้ ทั้งที่ปัจจัยเหล่านี้เป็นที่ยอมรับกัน

โดยทั่วไปว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อจำกัดนี้อาจเกิดจากขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก (n=128) ทำให้มีกำลังทางสถิติ (statistical power) ไม่เพียงพอในการตรวจจับความสัมพันธ์ หรืออาจเกิดจากการกระจายของตัวแปรในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เอื้อต่อการวิเคราะห์

ส่วนที่ 4 บทบาทของปัจจัยเชิงโครงสร้างในฐานะตัวแปรปรับ การวิเคราะห์ตัวแปรปรับ (moderation analysis) โดยใช้ Hayes Process Macro เพื่อตรวจสอบว่าความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทยและอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพเป็นตัวแปรปรับความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือไม่ พบผล ดังนี้

โมเดลที่ 1 ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย (TLCA)

การวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ความดันโลหิตสูงไม่สามารถทำนายความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ($p = 0.47$) แสดงว่า Path a ในโมเดลการไกล่เกลี่ย (mediation model) ไม่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ทั้งความดันโลหิตสูง ($b = 3.44$, $p = 0.02$) และความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย ($b = -1.29$, $p < 0.001$) ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง โดยโมเดลนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของความเสี่ยง CVD ได้ถึงร้อยละ 25

ผลการวิเคราะห์ผลทางอ้อม (indirect effect) พบว่า ความดันโลหิตสูงมีผลทางตรงต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = 3.44$, $p = 0.02$, 95% CI = 0.56–6.31) แต่ผลทางอ้อมผ่านความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยไม่พบความมีนัยสำคัญ (indirect effect = 0.55, 95% Bootstrap CI = –1.03 ถึง 1.77) จึงสรุปได้ว่า TLCA ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นตัวกลาง (mediator) ในความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ($b = -1.29$, $p < 0.001$) หมายความว่า ผู้ที่มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยต่ำมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานจากงานวิจัยระดับนานาชาติที่พบว่า ผู้ที่มีความสามารถในการใช้ภาษาหลักของประเทศจำกัด (limited English proficiency: LEP) มีสถานะสุขภาพแย่กว่า การควบคุมความดันโลหิตและปัจจัยเสี่ยง CVD ไม่ดี และผลลัพธ์โรคหัวใจและหลอดเลือดด้อยกว่า[10-13] การศึกษาของ Kim และคณะ พบว่าผู้ใหญ่ที่มี LEP ในสหรัฐอเมริกามีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและควบคุมได้ไม่ดีมากกว่าผู้ที่ใช้ภาษาอังกฤษได้ดี[10] งานวิจัยเชิงผสมผสานของ Wang และคณะ ในผู้ป่วย CVD รายงานว่าผู้ที่มีอุปสรรคด้านภาษาประสบปัญหาทั้งในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารแพทย์–ผู้ป่วย และการยึดตามแผนการรักษา[11] ในบริบทของไทยและกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง Apidechkul และคณะ รายงานว่า กลุ่มชาติพันธุ์ที่มีการศึกษาและทักษะภาษาไทยต่ำมีแนวโน้มเข้าถึงบริการเชิงป้องกันน้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาและภาษาไทยดีกว่า[7,8]

โมเดลที่ 2 อุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ (BHA) การวิเคราะห์พบว่า ความดันโลหิตสูงมีผลเชิงบวกต่อระดับอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($b = 0.42$, $p < 0.001$) ซึ่งอาจหมายความว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงต้องการใช้บริการสุขภาพบ่อยขึ้นและจึงรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงบริการมากขึ้น อย่างไรก็ตาม อุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพไม่ได้ส่งผลต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในโมเดลนี้ ($p = 0.44$) และความดันโลหิตสูงมีผลโดยตรงต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ($b = 3.58$, $p = 0.04$)

ผลการวิเคราะห์ผลทางอ้อมแสดงว่า ความดันโลหิตสูงมีผลโดยตรงต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผลทางอ้อมผ่านอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพไม่พบความมี

นัยสำคัญ (indirect effect = 0.42, 95% CI = –0.76 ถึง 1.58) จึงไม่พบหลักฐานสนับสนุนว่า BHA ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและความเสี่ยง CVD

ผลการศึกษานี้อาจเกิดจากข้อจำกัดหลายประการ ประการแรก การวัดอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพในการศึกษานี้อาจไม่ครอบคลุมมิติทั้งหมดของอุปสรรค เนื่องจากใช้แบบสอบถามที่จำกัด ประการที่สอง สัดส่วนของผู้ที่รายงานว่ามีอุปสรรคในการเข้ารับบริการค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 7.8) ซึ่งอาจไม่สะท้อนภาพที่แท้จริงของปัญหา ประการที่สาม ขนาดตัวอย่างอาจไม่เพียงพอในการตรวจจับผลทางอ้อมที่อาจมีขนาดเล็ก

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนกรอบแนวคิด Social Determinants of Health (SDH) ขององค์การอนามัยโลก[4,5] ที่อธิบายว่าผลลัพธ์สุขภาพไม่ได้ขึ้นกับปัจจัยชีวภาพหรือพฤติกรรมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ถูกกำหนดโดยโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า แม้ความดันโลหิตสูงจะเป็นปัจจัยเสี่ยงทางชีวการแพทย์ที่สำคัญ แต่ปัจจัยเชิงโครงสร้าง โดยเฉพาะความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย ก็มีบทบาทสำคัญต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเช่นกัน ภายใต้กรอบ SDH ปัจจัยเชิงโครงสร้างด้านภาษาและการเข้าถึงบริการถือเป็นกลไกสำคัญที่สร้างความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์[4,5] การที่กลุ่มชาติพันธุ์อาข่าส่วนใหญ่มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยในระดับต่ำ (ร้อยละ 83.6) สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้างที่มีผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งล้วนมีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในที่สุด

ความสำคัญของความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการศึกษาที่พบว่าความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (b = –1.29, p < 0.001) เป็นผลการศึกษาที่สำคัญที่ยืนยันบทบาทของปัจจัยเชิงโครงสร้างในบริบทของประเทศไทยและกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง แม้ว่าความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยจะไม่ได้ทำหน้าที่เป็นตัวกลาง (mediator) ในความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและความเสี่ยง CVD ตามสมมติฐานเดิม แต่การที่ตัวแปรนี้มีผลโดยตรงต่อความเสี่ยง CVD แสดงให้เห็นว่าอุปสรรคด้านภาษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรได้รับการพิจารณาในการออกแบบนโยบายและการให้บริการสุขภาพ กลไกที่ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยส่งผลต่อความเสี่ยง CVD อาจเกิดจากหลายทาง ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำกัด ทำให้ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค (2) การสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความเข้าใจในการวินิจฉัย การรักษา และการดูแลตนเอง (3) การหลีกเลี่ยงการใช้บริการสุขภาพเนื่องจากความกลัวหรือความไม่สะดวกใจในการสื่อสาร และ (4) การยึดตามคำแนะนำในการรักษาที่ลดลงเนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ชัดเจน[10-13] การศึกษาของ Twersky และคณะ ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า LEP มีผลกระทบต่อผลลัพธ์สุขภาพในหลากหลายมิติ รวมถึงการเข้าถึงบริการ คุณภาพการดูแล ความปลอดภัยของผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางคลินิก[13] ในบริบทของโรคหัวใจและหลอดเลือด Berkowitz และคณะพบว่า LEP เชื่อมโยงกับความไม่เสมอภาคในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง CVD และผลลัพธ์ที่ด้อยกว่าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย[12]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในครั้งนี้

1. ด้านนโยบายและบริการสุขภาพ จัดบริการล่ามทางการแพทย์และพัฒนาสื่อสุขศึกษาในภาษาอาข่า เนื่องจากความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยง พัฒนาโปรแกรมคัดกรองและควบคุมความดันโลหิตเชิงรุกโดยใช้ Thai CV Risk Score เพื่อระบุและติดตามกลุ่ม

เสี่ยง เนื่องจากพบความชุกของความดันโลหิตสูงสูงถึง 82% และอบรมบุคลากรสาธารณสุขด้านความตระหนักทางวัฒนธรรม (cultural competence) เพื่อให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มชาติพันธุ์

2. ด้านการปฏิบัติในสถานบริการ ใช้เทคนิค teach-back method เพื่อยืนยันความเข้าใจของผู้ป่วยแม้มีอุปสรรคด้านภาษา จัดหาอุปกรณ์ช่วยสื่อสาร เช่น แอปแปลภาษา บัตรภาพ แผ่นพับที่มีภาพประกอบ พัฒนาระบบติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ตามกลุ่มชาติพันธุ์เพื่อประเมินความเหลื่อมล้ำ

3. ด้านชุมชน ฝึกอบรม community health workers จากกลุ่มชาติพันธุ์เอง ให้เป็นสะพานเชื่อมระหว่างชุมชนกับระบบสุขภาพ ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านสื่อที่เหมาะสมกับระดับการศึกษาและภาษาท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการออกแบบการวิจัย ศึกษาแบบติดตามระยะยาว เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้างกับการเกิดโรคจริง ดำเนินการ RCT เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการแทรกแซงต่างๆ เช่น บริการล่าม โปรแกรมสร้างเสริม health literacy ใช้แนวทาง mixed methods เพื่อเข้าใจประสบการณ์และอุปสรรคในเชิงลึก

2. ด้านตัวแปรและเครื่องมือ พัฒนาเครื่องมือวัดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ให้ครอบคลุมมิติด้านโครงสร้าง การเงิน ภาษา-วัฒนธรรม และสังคม เพิ่มตัวแปรสำคัญ เช่น health literacy perceived Discrimination social support Medication adherence วัดผลลัพธ์ที่หลากหลาย เช่น การควบคุมความดันโลหิต ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คุณภาพชีวิต

3. ด้านกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 300-500 คน เพื่อเพิ่มกำลังทางสถิติ ขยายไปยังกลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ เช่น ลาหู่ ลีซอ กะเหรี่ยง เพื่อเปรียบเทียบและเพิ่มการนำผลไปใช้ เพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบ (ประชากรไทยพื้นราบ) เพื่อประเมินความเหลื่อมล้ำ

4. ด้านการวิเคราะห์ ใช้สถิติขั้นสูง เช่น SEM Multilevel modeling Propensity score matchingทดสอบโมเดลตัวแปรปรับอย่างเป็นระบบ เพื่อตรวจสอบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงกับความเสี่ยง CVD แตกต่างกันอย่างไรในระดับความสามารถทางภาษาที่แตกต่างกัน17

5. ประเด็นเฉพาะเรื่อง ประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ของการแทรกแซงต่างๆ ศึกษาบทบาทของความเชื่อและแพทย์แผนดั้งเดิม ในการดูแลสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างประเทศ เพื่อเรียนรู้แนวทางที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2025). Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 1]. Available from: องค์การอนามัยโลก+1
2. World Health Organization.(2025). Global Health Estimates: top 10 causes of death, Thailand [Internet]. 2019 [cited 2025 Dec 1]. Available from: datadot+1
3. กรมควบคุมโรค.(2565). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
4. Solar O, Irwin A.(2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization; 2010.
5. World Health Organization.(2025). Social determinants of health: overview [Internet]. 2020 [cited 2025 Dec 1]. Available from: องค์การอนามัยโลก+2องค์กรสุขภาพแห่งอเมริกา+2
6. Somprasong K, Apidechkul T, Kullawong N, Upala P, Tamornpark R, Chomchoei C, et al.(2020). Prevalence of and factors associated with hypertension among the hill tribe population aged 35 years and over in northern Thailand: a cross-sectional study. Am J Cardiovasc Dis. 2020;10(1):6–16.

7. Apidechkul T.(2018). Prevalence and factors associated with type 2 diabetes mellitus and hypertension among the hill tribe elderly populations in northern Thailand. BMC Public Health. 2018;18:694.
8. Apidechkul T, Laingoen O, Suwannaporn S.(2016). Inequity in accessing health care service in Thailand in 2015: a case study of the hill tribe people in Mae Fah Luang District, Chiang Rai Province. J Health Res. 2016;30(1):67–71.
9. Suthipong C., Srimantayamas V., Boonyapuk P.(2024). The cardiovascular diseases risk among the Akha ethnic group in Mae Suai District, Chiang Rai Province. J Royal Thai Army Nurses. 2024;25(1):56-65. (in Thai)
10. Kim EJ, Kim T, Paasche-Orlow MK, Rose AJ, Hanchate AD.(2017). Disparities in hypertension associated with limited English proficiency. J Gen Intern Med. 2017;32(6):632–639.
11. Wang E, Al-Rousan T, Mansour W, Oliva D, Alshawabkeh L.(2022). Language barriers in patients with cardiovascular disease: a mixed methods study. JACC Adv. 2022;1(4):100077.
12. Berkowitz JL, Kennedy KF, Font C, Nerenz DR, Abbott JD, Aronow HD.(2024). Limited English proficiency, cardiovascular risk factors, cardiovascular disease, and in-hospital COVID-19 outcomes. Am J Manag Care. 2024;30(6):251–256.https://doi.org/10.37765/ajmc.2024.89560
13. Twersky SE, et al.(2024). The impact of limited English proficiency on healthcare outcomes: a narrative review. Healthcare (Basel). 2024;12(3):364.
14. Beasant B, et al.(2025). Health literacy and primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review. Eur J Cardiovasc Nurs. 2025;[Epub ahead of print].
15. Satian P, Aramcharoen S, Chotikarn P, Triukose S.(2022). An external validation of Thais' cardiovascular 10-year risk assessment in southern Thailand. Reg 11 Med J. 2022;35(2):66–75. Thai Journal Online+2doi.nrct+2
16. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital.(2015). Thai CV risk score web application [Internet]. 2015 [cited 2025 Dec 1]. Available from: Mahidol University+2Mahidol University+2
17. Hayes AF.(2018). Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis. 2nd ed. New York: Guilford Press.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

ภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

Leadership affecting primary health care service delivery at primary care unit under the Suphanburi Provincial Administrative Organization.

(Received: December 7,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 21,2025)

ดนุพล จันทร์โพธิ์[1] พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์[2] ปริญญา จิตอร่าม[3]
Danuphon Chanpo[1] Patcharaphan Chaisang[2], Prinya Jitaram[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับภาวะผู้นำของหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี (2) ศึกษาระดับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการดังกล่าว และ (3) วิเคราะห์รูปแบบภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ การวิจัยเป็นแบบภาคตัดขวางเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรจำนวน 458 รายจากหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดกลาง ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและมีค่าความเชื่อมั่น 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.23, SD = 0.59) รองลงมาคือภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ตามลำดับ ขณะที่การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.32, SD = 0.47) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแสดงให้เห็นว่า ภาวะผู้นำทั้งสามรูปแบบสามารถอธิบายความแปรปรวนของการจัดบริการสุขภาพได้ร้อยละ 61.10 โดยเฉพาะภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการ (β = 0.439) และภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (β = 0.405) ส่งผลเชิงบวกต่อการจัดบริการอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (β = -0.134) ส่งผลเชิงลบในบริบทของการเปลี่ยนผ่านหน่วยงานหลังการถ่ายโอนภารกิจ

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำ, บริการสุขภาพปฐมภูมิ, หน่วยบริการปฐมภูมิ, องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

Abstract

This survey research aimed to (1) examine the level of leadership in primary care units under the Suphanburi Provincial Administrative Organization, (2) assess the level of primary health care service delivery in these units, and (3) analyze leadership styles that influence service delivery performance. This cross-sectional quantitative research was conducted among 458 personnel working in medium-sized primary care units. Data were collected using a validated questionnaire with a reliability coefficient of 0.97. Descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and multiple linear regression were employed for analysis.

The findings revealed that servant leadership scored the highest ($\bar{x}$ = 4.23, SD = 0.59), followed by transformational and strategic leadership, respectively. Overall, primary health care service delivery was rated at a high level ($\bar{x}$ = 4.32, SD = 0.47). The multiple regression analysis showed that the three leadership styles together explained 61.10% of the variance in service delivery quality. Servant leadership (β = 0.439) and strategic leadership (β = 0.405) had statistically significant positive effects, while transformational leadership (β = -0.134) demonstrated a negative influence in the context of administrative transition.

Keywords: Leadership, Primary health care service, Primary care unit, Suphanburi Provincial Administrative Organization

[1] องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี
[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
[3] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก สถาบันพระบรมราชชนก

บทนำ

ภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะในระบบราชการ ซึ่งผู้นำมิได้มีหน้าที่เพียงสั่งการ หากแต่ต้องสามารถจูงใจ ประสานงาน และตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ท่ามกลางความซับซ้อนของบริบททางสังคม[1] ในระบบสาธารณสุขไทย หน่วยบริการปฐมภูมิทำหน้าที่เป็น “ด่านแรก” ของระบบบริการสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการให้บริการแบบองค์รวมแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการเชื่อมโยงส่งต่อบริการในระดับสูงขึ้น[2]

การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติกระจายอำนาจ พ.ศ. 2549 เพื่อให้การบริหารจัดการใกล้ชิดกับพื้นที่และตอบสนองบริบทท้องถิ่นได้เหมาะสม ณ ปี 2567 มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน 5,596 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 56.69[3],[4] อย่างไรก็ดี การถ่ายโอนกลับพบอุปสรรคจำนวนมาก เช่น การขาดกลไกบริหารที่มีประสิทธิภาพ การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ความไม่ต่อเนื่องในการบริการ และความไม่ชัดเจนของตัวชี้วัดคุณภาพ[5] ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะผู้นำของผู้บริหารหน่วยบริการในการกำหนดทิศทาง พัฒนาแผนงาน และเชื่อมโยงทรัพยากร

จังหวัดสุพรรณบุรีรับถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด 174 แห่งเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 แบ่งเป็นหน่วยบริการขนาดกลาง (M) จำนวน 94 แห่ง (ร้อยละ 54.02) มีบุคลากรรวม 458 ราย[6] หลังการถ่ายโอน พบความท้าทายด้านการบริหารจัดการหลายประการ โดยเฉพาะการขาดแคลนผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำและประสบการณ์ เนื่องจากการแต่งตั้ง การโยกย้าย หรือการไม่ถ่ายโอนผู้บริหารมาพร้อมกับหน่วยบริการ ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพ

แม้มีการศึกษาเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหลังการถ่ายโอน แต่ยังขาดการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบภาวะผู้นำที่เหมาะสมในบริบทของการเปลี่ยนผ่านองค์กร โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างกัน การศึกษาภาวะผู้นำในมิติที่หลากหลาย ได้แก่ ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการ (Servant Leadership) ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (Strategic Leadership) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership)[5] จึงมีความจำเป็นในการทำความเข้าใจว่ารูปแบบใดส่งผลต่อคุณภาพการจัดบริการในบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เพิ่งถ่ายโอนสังกัด ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรีมาก่อน

การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาระดับและลักษณะของภาวะผู้นำในหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดกลางสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับคุณภาพของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายที่สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้บริหารและขับเคลื่อนคุณภาพบริการอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำของหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี
3. เพื่อวิเคราะห์ภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดกลาง (M) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 458 ราย[6]

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย (1) เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และ (2) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดกลาง (M) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย (1) ย้ายที่ปฏิบัติงานไปหน่วยงานหรือจังหวัดอื่น และ (2) ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็ก (S) และขนาดใหญ่ (L) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Total Population) จำนวน 458 ราย กระจายใน 10 อำเภอ รวม 94 หน่วยบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Checklist) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และตำแหน่ง

2. คำถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำ แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการ รูปแบบละ 20 ข้อ รวม 60 ข้อ

3. คำถามเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลเชิงรุก การดูแลสุขภาพของผู้รับบริการที่บ้าน การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้รับบริการและครอบครัว การวางแผนการดูแลและเสริมพลัง และการทำงานเป็นทีม

ลักษณะข้อคำถาม ในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ คือ 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด สำหรับการแปลผลค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น โดยคำนวณจาก (ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด) / จำนวนชั้น = (5-1)/5 = 0.80 กำหนดเกณฑ์การแปลผลดังนี้[7] ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มากที่สุด, 3.41-4.20 หมายถึง มาก, 2.61-3.40 หมายถึง ปานกลาง, 1.81-2.60 หมายถึง น้อย และ 1.00-1.80 หมายถึง น้อยที่สุด

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความสอดคล้องและความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) รายข้ออยู่ที่ 1.00 และมีค่าเฉลี่ยรวม (S-CVI) เท่ากับ 1.00 ซึ่งอยู่ในระดับดีเยี่ยม การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นในระดับสูงมาก

การเก็บรวมรวมข้อมูล

1. ขอหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ถึงผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง

2. ติดต่อขออนุญาตและประสานขอความร่วมมือจากผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ในการตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์ (Google Form) โดยผู้วิจัยได้สร้าง QR CODE และ Link ในการเข้าตอบแบบสอบถามการวิจัย และ

กำหนดวันทำแบบสอบถามระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม 2568 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2568

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยโปรแกรม Google Form

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและแปลเป็นรหัสเพื่อนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

2. การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำแต่ละรูปแบบกับการจัดบริการ

3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) เพื่อตรวจสอบอิทธิพลเชิงพยากรณ์ของภาวะผู้นำต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ PHCSP 2568-042

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 458 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.16) มีอายุในช่วง 41-50 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 31.65) รองลงมาคืออายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 31.22) และอายุ 21-30 ปีน้อยที่สุด (ร้อยละ 9.60) ด้านการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 70.08) รองลงมาคือปริญญาโท (ร้อยละ 18.13) และไม่มีผู้จบการศึกษาระดับปริญญาเอก สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีรายได้มากกว่า 50,001 บาทขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 33.84) รองลงมาคือรายได้ 10,000-20,000 บาท (ร้อยละ 19.21) และรายได้ 40,001-50,000 บาทน้อยที่สุด (ร้อยละ 12.22) ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปัจจุบัน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมากกว่า 3 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 77.07) รองลงมาคือ 1-3 ปี (ร้อยละ 21.17) และน้อยกว่า 1 ปีน้อยที่สุด (ร้อยละ 1.76)

2. ภาวะผู้นำและการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ตารางที่ 1 ระดับภาวะผู้นำและการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ภาวะผู้นำ			
1. ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการ	4.23	0.59	มาก
2. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	4.22	0.59	มาก
3. ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์	4.04	0.49	มาก
ภาวะผู้นำโดยรวม	4.16	0.52	มาก
การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ			
1. การดูแลอย่างต่อเนื่อง	4.33	0.54	มาก
2. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	4.33	0.50	มาก
3. การวางแผนการดูแล	4.32	0.51	มาก
4. การดูแลสุขภาพที่บ้าน	4.32	0.52	มาก
5. การเข้าถึงบริการ	4.31	0.53	มาก
6. การประเมินสุขภาพ	4.30	0.49	มาก
7. การดูแลสุขภาพ	4.29	0.53	มาก

ตารางที่ 1 ระดับภาวะผู้นำและการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การจัดบริการโดยรวม	4.32	0.47	มาก

ระดับภาวะผู้นำของหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

จากตารางที่ 1 พบว่า ภาวะผู้นำโดยรวมของหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.16, SD = 0.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายรูปแบบ พบว่า ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$= 4.23, SD = 0.59) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ($\bar{X}$= 4.22, SD = 0.59) อยู่ในระดับมาก และภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$= 4.04, SD = 0.49) อยู่ในระดับมาก

ระดับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

จากตารางที่ 1 พบว่า การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.32, SD = 0.47) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดมี 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง และด้านการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้รับบริการและครอบครัว ($\bar{X}$= 4.33, SD = 0.54 และ 0.50 ตามลำดับ) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือด้านการวางแผนการดูแลและเสริมพลัง และด้านการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการที่บ้าน ($\bar{X}$= 4.32, SD = 0.51 และ 0.52 ตามลำดับ) อยู่ในระดับมาก ตามด้วยด้านการเข้าถึงบริการตั้งแต่เริ่มแรก ($\bar{X}$= 4.31, SD = 0.53) ด้านการประเมินสุขภาพ ($\bar{X}$= 4.30, SD = 0.49) และด้านการดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$= 4.29, SD = 0.53) อยู่ในระดับมาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวแปร	การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ภาวะผู้นำโดยรวม	0.711**
1. ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการ	0.743**
2. ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์	0.728**
3. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	0.662**

หมายเหตุ: **p < .01

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) พบว่า ภาวะผู้นำโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับสูง (r = 0.711) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายรูปแบบ พบว่า ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสูงสุดในระดับค่อนข้างสูง (r = 0.743, p < .01) รองลงมาคือภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (r = 0.728, p < .01) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (r = 0.662, p < .01) แสดงให้เห็นว่าภาวะผู้นำทั้งสามรูปแบบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างชัดเจน

ภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวแปรพยากรณ์	B	**β**	t	p

ค่าคงที่ (Constant)	1.388	-	12.11	<.001
ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (X_1)	0.405	0.312**	22.70	<.001
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (X_2)	-0.134	-0.098**	69.20	<.001
ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการ (X_3)	0.439	0.356**	66.20	<.001

หมายเหตุ: **p < .01

R = .782, R^2 = .611, Adjusted R^2 = .609, SE = 0.1146, F = 238, t = 12.11, p < .001

จากตารางที่ 3 พบว่า ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (X_1) B = 0.405, ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (X_2) B = -0.134 และภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการ (X_3) B = 0.439 สามารถร่วมกันพยากรณ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 238, t = 12.11, p < .001) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ร้อยละ 61.10 (R^2 = .611, Adjusted R^2 = .609) แสดงให้เห็นว่าภาวะผู้นำทั้งสามรูปแบบเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการจัดบริการในระดับปฐมภูมิ

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) พบว่า ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการมีอิทธิพลเชิงบวกสูงสุด (β = 0.356, p < .001) รองลงมาคือภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (β = 0.312, p < .001) ซึ่งแสดงว่าหากผู้บริหารมีภาวะผู้นำทั้งสองรูปแบบเพิ่มขึ้น คุณภาพการจัดบริการจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ในขณะที่ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงส่งผลเชิงลบต่อการจัดบริการ (β = -0.098, p < .001) ซึ่งอาจเกิดจากบริบทของการเปลี่ยนผ่านหน่วยงานหลังการถ่ายโอนภารกิจ โดยการเปลี่ยนแปลงที่ไม่มีการวางแผนหรือการสื่อสารที่ดีพออาจส่งผลกระทบในทางลบต่อการให้บริการ

จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณได้ดังนี้

$$Y = 1.388 + 0.405X_1 - 0.134X_2 + 0.439X_3$$

โดยที่ Y คือ คะแนนพยากรณ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ, X_1คือ ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์, X_2 คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และ X_3 คือ ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการ สมการนี้สามารถนำไปใช้ในการพยากรณ์ระดับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิจากคะแนนภาวะผู้นำทั้งสามรูปแบบได้

สรุปและอภิปรายผล

ระดับภาวะผู้นำของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.16, SD = 0.52) โดยภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.23, SD = 0.59) รองลงมาคือภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ($\bar{X}$ = 4.22, SD = 0.59) และภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ($\bar{X}$ = 4.04, SD = 0.49) ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เน้นการให้บริการชุมชน ทำให้ผู้บริหารมีแนวโน้มในการแสดงภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการที่เน้นการรับใช้ สนับสนุน และเอาใจใส่บุคลากรและผู้รับบริการ สอดคล้องกับแนวคิดของ Greenleaf[8] ที่เน้นว่าผู้นำแบบใฝ่บริการมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้อื่นเป็นอันดับแรก ซึ่งเหมาะสมกับลักษณะงานด้านสาธารณสุขที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม

ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด แม้จะอยู่ในระดับมาก แต่ยังพบว่าผู้นำมีข้อจำกัดในการบูรณาการปัจจัยต่างๆ เช่น ข้อมูลสุขภาพ ทรัพยากร และเทคโนโลยี เพื่อกำหนดกลยุทธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านการคิดเชิงนวัตกรรมหรือการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานใหม่ๆ ซึ่งอาจเกิดจากโครงสร้างระบบราชการที่ค่อนข้างตายตัว รวมทั้งข้อจำกัดด้านบุคลากร งบประมาณ และอำนาจการตัดสินใจที่ขึ้นอยู่กับนโยบายระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ DuBrin[9] ที่กล่าวว่าภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ต้องการทักษะในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม การคาดการณ์แนวโน้ม และการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ

ระดับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ผลการวิจัยพบว่า การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.32, SD = 0.47)

แสดงให้เห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการตามแนวทางของระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่องและการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้รับบริการและครอบครัวมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.33) ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขให้ความเอาใจใส่ในการติดตามสุขภาพผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ Primary Health Care ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562[2]

ด้านการดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด แม้จะอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.29, SD = 0.53) แต่ยังพบข้อจำกัดในการดำเนินการ เช่น ทรัพยากรวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ จำนวนบุคลากรไม่สอดคล้องกับภาระงาน โดยเฉพาะการขาดพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข รวมทั้งการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ห่างไกลยังมีข้อจำกัด สอดคล้องกับการศึกษาของระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ[5] ที่พบว่าหลังการถ่ายโอนยังมีปัญหาด้านการบริหารจัดการทรัพยากรและการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง

ภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ภาวะผู้นำทั้ง 3 รูปแบบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการมีความสัมพันธ์สูงสุด (r = 0.748) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้นำที่ให้ความสำคัญกับการบริการผู้อื่น การเอื้ออาทร และการสนับสนุนบุคลากรและเครือข่าย มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งต้องอาศัยความใกล้ชิดกับชุมชน การสร้างความไว้วางใจ และความผูกพันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแสดงให้เห็นว่าภาวะผู้นำทั้งสามรูปแบบมีอิทธิพลต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการจัดบริการได้ร้อยละ 61.10 (R^2 = .611) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ดี แสดงให้เห็นว่าภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการในระดับปฐมภูมิอย่างชัดเจน

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน พบว่า ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการ (β = 0.439) เป็นปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุดต่อการจัดบริการ รองลงมาคือภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (β = 0.405) ทั้งสองรูปแบบส่งผลเชิงบวก แสดงว่าหากผู้บริหารมีภาวะผู้นำทั้งสองรูปแบบเพิ่มขึ้น คุณภาพการจัดบริการจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Bass (1985)[10] ที่พบว่าภาวะผู้นำที่เข้มแข็งส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานขององค์กร

อย่างไรก็ตาม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (β = -0.134) ส่งผลเชิงลบต่อการจัดบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์จะแสดงความสัมพันธ์เชิงบวก แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกับตัวแปรภาวะผู้นำอื่นๆ ในสมการถดถอย พบว่ามีทิศทางตรงกันข้าม ซึ่งอาจเกิดจากบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรีที่เพิ่งผ่านการถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุขมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัด เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน เช่น โครงสร้างการบริหารงาน ระบบงาน และบุคลากร เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีการวางแผนเชิงกลยุทธ์ การสื่อสารที่ชัดเจน หรือการสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากรอย่างเพียงพอ อาจส่งผลในทางลบต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ สอดคล้องกับการศึกษาของธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา[11] ที่พบว่าการถ่ายโอนหน่วยบริการส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการบริการและความพร้อมของบุคลากร

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่า ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการ ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับค่อนข้างสูง และสามารถอธิบายความผันแปรได้ถึงร้อยละ 61.10 จึงมีข้อเสนอแนะ คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาและเสริมสร้างภาวะผู้นำในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการ ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อคุณภาพการจัดบริการ ควรมีการอบรม ส่งเสริมทัศนคติ และแนวคิดการเป็นผู้นำที่เน้นการรับใช้และสนับสนุนผู้ใต้บังคับบัญชา

การนำผลการวิจัยไปใช้

มีการวางกลยุทธ์ในการนำการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระบบบริการอย่างเหมาะสม เช่น ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีการสร้างความเข้าใจ ทัศนคติที่ดี และมีการวางแผนกำหนดการปฏิบัติงาน อย่างเหมาะสมกับบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิพร้อมทั้งสร้างความเชื่อมั่นกับผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิ การบริหารจัดการความขัดแย้งอย่างเป็นระบบ ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิสร้างความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรในหน่วยงาน อีกทั้งต้องไว้วางใจ เชื่อใจ ในการปฏิบัติงาน หรือการมอบหมายงาน และใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดแนวนโยบายหรือเกณฑ์ประเมินสมรรถนะของผู้บริหารระดับต้นในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้การสรรหาและพัฒนาผู้นำมีความสอดคล้องกับลักษณะภาวะผู้นำที่ส่งผลดีต่อองค์กร

ข้อเสนอแนะครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม ที่อาจมีผลต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น ความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการ, การบริหารจัดการทรัพยากร, การมีส่วนร่วมของชุมชน หรือสภาพแวดล้อมขององค์กร เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น

2. เนื่องจากผลการวิเคราะห์ถดถอยพบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางลบ จึงควรมีการศึกษาเชิงลึก เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาสาเหตุหรือเงื่อนไขที่ทำให้ภาวะผู้นำลักษณะนี้ไม่ส่งผลเชิงบวกต่อการจัดบริการในบริบทนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สิตา ฟูตระกูล.(2562). ภาวะผู้นำกับการบริหารงานภาครัฐยุคใหม่. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2563.
2. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา. 2562;136(ตอนที่ 54-56ก):1–20. เข้าถึงได้จาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/056/T_0165.PDF
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2568). รายงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สวรส.
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2567). สรุปสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2567. กรุงเทพฯ: สวรส.
5. ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, และคณะ.(2567). รายงานวิจัยระบบสุขภาพปฐมภูมิหลังการถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
6. องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี.(2566). แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ของจังหวัดสุพรรณบุรี (ปีงบประมาณ 2566–2570). สุพรรณบุรี: องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี.
7. บุญชม ศรีสะอาด.(2560). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
8. Greenleaf RK.(1977). Servant leadership: A journey into the nature of legitimate power and greatness. New York: Paulist Press.
9. DuBrin AJ.(2019). Leadership: Research findings, practice, and skills. 9th ed. Boston: Cengage Learning.
10. Bass BM.(1983). Leadership and performance beyond expectations. New York: Free Press.
11. ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา.(2565). รายงานการติดตามและประเมินผลการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง

The Effects of a Competency Development Program in Community-Based Palliative Care for Terminally Ill Patients by Professional Nurses at Sub-District Health Promoting Hospitals, Kra Buri District, Ranong Province.

นาตยา สอนประสิทธิ์[1] เรณุการ์ ทองคำรอด[2] เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย[2]
Nattaya Sonprasit[1] Renukar Thongkamrod[2] Premruthai Noimuanwai[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 16 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะที่พัฒนาจากทฤษฎีของ Ralph W. Tyler กรอบสมรรถนะของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2558 และแบบประเมินสมรรถนะ 3 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 17.44 (SD = 3.22) เป็น 24.56 (SD = 2.34) ทักษะเพิ่มขึ้นจาก 151.56 (SD = 24.11) เป็น 188.69 (SD = 10.59) และทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 47.19 (SD = 7.52) เป็น 69.06 (SD = 4.96) โดยทั้งสามด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ; การดูแลแบบประคับประคอง; พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the knowledge, skills, and attitudes of professional nurses toward community-based palliative care for terminally ill patients at sub-district health-promoting hospitals in Kra Buri District, Ranong Province, before and after participating in a competency development program. Additionally, it sought to compare the outcomes between the experimental and comparison groups. A total of 32 participants were purposively selected and divided into two groups: an experimental group (n = 16) and a comparison group (n = 16). The intervention consisted of a competency development program based on Ralph W. Tyler's theory and the Nursing Council of Thailand's competency framework (2015). Data were analyzed using descriptive statistics, the Chi-square test, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann-Whitney U test.

The results showed that the experimental group's mean scores significantly increased after the program: knowledge scores increased from 17.44 (SD = 3.22) to 24.56 (SD = 2.34), skills scores increased from 151.56 (SD = 24.11) to 188.69 (SD = 10.59), and attitude scores increased from 47.19 (SD = 7.52) to 69.06 (SD = 4.96), with all three domains showing statistically significant differences ($p < .001$). When comparing between groups, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores in knowledge, skills, and attitudes than the comparison group ($p < .001$).

Keywords: Competency Development Program; Palliative Care; Professional Nurses

[1] นักศึกษาหลังสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[2] สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสำคัญและเป็นที่ต้องการของสังคมมากขึ้น เนื่องจากช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับความท้าทายทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ องค์การอนามัยโลก[1] รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากถึง 56.8 ล้านคน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคที่คุกคามชีวิต เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 38.50 โรคมะเร็งร้อยละ 34 โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 10.30 โรคเอดส์ร้อยละ 5 โรคเบาหวาน ร้อยละ 4.60 ผู้ป่วยระยะท้ายต้องเผชิญกับอาการเจ็บปวดเป็นผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องและมะเร็ง ร้อยละ 80 โรคหัวใจ และหลอดเลือดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 67 ซึ่งต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจนถึงระดับรุนแรง ที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง 25.7 ล้านคน และมีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ได้รับการดูแลดังกล่าวซึ่งสะท้อนถึงปัญหาการเข้าถึงบริการที่ยังไม่ทั่วถึงและข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากรด้านสุขภาพ[2]

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เช่น มะเร็ง หัวใจล้มเหลว และโรคระบบหายใจเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ท้าทายระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ[3] ขณะที่บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ยังคงขาดความรู้ความชำนาญ และแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองถือเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต จากการสำรวจสถานการณ์การดูแลระยะท้ายของประเทศไทย พบว่า พยาบาลในระดับปฐมภูมิยังเผชิญข้อจำกัดหลายด้าน ได้แก่ ขาดองค์ความรู้เชิงลึกด้านการประเมินอาการ ขาดทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงมีทัศนคติที่ยังไม่มั่นใจต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย[4]

ข้อมูลจากจังหวัดระนอง พบว่ามีเพียงร้อยละ 40.94 ของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะในอำเภอกระบุรีซึ่งมี รพ.สต. 11 แห่ง พยาบาลวิชาชีพยังมีภาระงานหลากหลายและประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำกัด การอบรมที่ผ่านมาเป็นเพียงระยะสั้นและไม่มีการติดตามผล ทำให้สมรรถนะการดูแลยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข[5]

ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยใช้กรอบสมรรถนะของสภาการพยาบาล[6] และทฤษฎีการเรียนรู้ของ Ralph W. Tyler[7] และผลการศึกษาโปรแกรมการอบรมการดูแลแบบประคับประคองต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่าการอบรมเพื่อการพัฒนาสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในพยาบาลวิชาชีพควรมีทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ[8] และผลการศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้ ทัศนคติ ความสามารถและทักษะในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ กระบวนการพยาบาลตลอดจนนำแนวปฏิบัติมาใช้ประเมินผล เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย[9] จะเห็นได้ว่ามีเพียงในบริบทพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับ ทุติยภูมิและตติยภูมิ เป็นส่วนใหญ่ แต่ในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพยังพบได้น้อยมากจึงเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[10]

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ

ประคับประคองในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง โดยใช้กรอบของสมรรถนะสภาการพยาบาล 2558และทฤษฎีการเรียนรู้ของ ราล์ฟ ดับเบิลยู. ไทเลอร์ (Ralph W.Tyler) ใช้ในการออกแบบการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบมี 4 องค์ประกอบหลักที่เชื่อมโยงกันเป็นวงจร[7] ส่งผลต่อความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดี ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เปรียบเทียบความรู้ ทักษะและทัศนคติ ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง

2. เปรียบเทียบความรู้ ทักษะและทัศนคติ ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi - experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-posttest design)

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Population)

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการกำหนดตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปฏิบัติงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2567 – 2568 จำนวน 11 หน่วยงาน รวมทั้งสิ้น 35 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 32 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ16คน โดยใช้ ตารางขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครซี่และมอร์แกน จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) เป็นการสุ่มที่สมาชิกของประชากรทั้งหมด มีโอกาสอย่างเท่าเทียมกัน และเป็นอิสระได้เป็นกลุ่มตัวอย่างเหมาะสมสำหรับใช้กับประชากรที่มีสภาพคล้ายคลึงกัน

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ ได้รับการมอบหมายงานตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการกำหนดตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2567 – 2568

2. เป็นพยาบาลวิชาชีพวิชาชีพปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี

3. ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการกำหนดตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2567 – 2568

2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนครบตามกำหนด

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง ได้พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ ราล์ฟ ดับเบิลยู. ไทเลอร์ (Ralph

W.Tyler) ใช้ในการออกแบบการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบ มี 4 องค์ประกอบหลักที่เชื่อมโยงกันเป็นวงจร[7] และสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของสภาการพยาบาล (2558)[6] ในการจัดโปรแกรมครอบคลุมทั้ง 9 ด้านของสภาการพยาบาล (2558)[6]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 1 ชุดแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ปฏิบัติงาน ประกอบด้วยคำถาม ปลายปิด จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน โดยดัดแปลงจาก ธิราภรณ์ จันทร์ดาและคณะ (2565)[11] มี 4 ตัวเลือก มีข้อถูกเพียง 1 ข้อหากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 30 ข้อ การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0–10 คะแนน (ระดับน้อย), 11–20 คะแนน (ระดับปานกลาง) และ 21–30 คะแนน (ระดับมาก)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชนโดยดัดแปลงจาก ธิราภรณ์ จันทร์ดาและคณะ (2565)[11] โดยกำหนดการให้คะแนนในการประเมินทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ระดับคะแนนทักษะ/ปฏิบัติ ตั้งแต่ 0 - 3 ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 65 ข้อ การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0–65 คะแนน (ระดับน้อย), 66–130 คะแนน (ระดับปานกลาง) และ 131–195 คะแนน (ระดับมาก)

ส่วนที่ 4 แบบวัดทัศนคติเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน โดยดัดแปลงจาก ธิราภรณ์ จันทร์ดาและคณะ (2565)[11] มี 30 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0–30 คะแนน (ระดับน้อย), 31–60 คะแนน (ระดับปานกลาง) และ 61–90 คะแนน (ระดับมาก)

คุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามความรู้ 30 ข้อ (KR-20 = 0.71) แบบประเมินทักษะ 65 ข้อ (Cronbach's alpha = 0.95) และแบบประเมินทัศนคติ 30 ข้อ (Cronbach's alpha = 0.80) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80, 0.94 และ 0.80 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

2. ดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง การครอบคลุม และครบถ้วน

3. เมื่อได้รับการอนุมัติโครงร่างวิจัย ผู้วิจัยขอหนังสือบันทึกข้อความขออนุญาตดำเนินการวิจัย ที่ต้องการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยลงพื้นที่แจกแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยเอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ในพื้นที่ โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือ จากกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยต้องลงนามเป็นลายลักษณ์ อักษร (Informed consent)

5. รวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

6. นำแบบสอบถามที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติไม่อิงพารามิเตอร์ ได้แก่ Wilcoxon Signed-Rank Test สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม และ Mann-Whitney U Test สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เอกสารรับรองเลขที่โครงการวิจัย COA_PHRN.034/2567 รหัสโครงการ PHRN 047/2567 วันที่ให้การรับรอง 3 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 16 คน ทุกคนเป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 32.75 ปี (SD = 6.66) ส่วนใหญ่โสด (ร้อยละ 68.8) มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 8.62 ปี (SD = 6.04) และประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในชุมชนเฉลี่ย 4.63 ปี (SD = 4.62) ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 44.69 ปี (SD = 11.13) ส่วนใหญ่สมรสแล้ว (ร้อยละ 75) มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 21.87 ปี (SD = 11.55) และประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในชุมชนเฉลี่ย 3.75 ปี (SD = 2.35)

ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 81.3 กลุ่มทดลองร้อยละ 87.5) ดำรงตำแหน่งข้าราชการ และมีประวัติการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1–3 ครั้ง (ร้อยละ 75 และ 81.3 ตามลำดับ) ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะทางประชากรไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นด้านสถานภาพสมรสที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และด้านทัศนคติ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะและทัศนคติ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

สมรรถนะ	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ			หลังเข้าโปรแกรมฯ			Z	P-value
	$\bar{X}$	SD	Mean Rank	$\bar{X}$	SD	Mean Rank		
ความรู้								
กลุ่มทดลอง (n=16)	17.44	3.224	.00	24.56	2.341	8.00	3.433[b]	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ(n=16)	19.13	1.752	5.00	20.50	1.861	6.38	1.705[b]	.088
ทักษะ								
กลุ่มทดลอง (n=16)	151.56	24.113	.00	188.69	10.594	8.50	3.159[b]	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ(n=16)	138.00	34.561	6.14	140.69	33.40	9.63	.969[b]	.333
ทัศนคติ								
กลุ่มทดลอง(n=16)	47.19	7.520	.00	69.06	4.959	8.50	3.518[b]	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ(n=16)	42.81	5.242	3.50	47.19	6.425	9.64	2.637[b]	.008

b. Based on negative rank *p-value < .05

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .05$) ได้แก่ ความรู้เพิ่มจาก 17.44 (SD = 3.22) เป็น 24.56 (SD = 2.34), ทักษะเพิ่มจาก 151.56 (SD = 24.11) เป็น 188.69 (SD = 10.59), และทัศนคติเพิ่มจาก 47.19 (SD = 7.52) เป็น 69.06 (SD = 4.96)

ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบพบว่า คะแนนเฉลี่ยในทั้งสามด้านเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ได้แก่ ความรู้จาก 19.13 (SD = 1.75) เป็น 20.50 (SD = 1.86), ทักษะจาก 138.00 (SD = 34.56) เป็น 140.69 (SD = 33.40), และทัศนคติจาก 42.81 (SD = 5.24) เป็น 47.19 (SD = 6.43)

ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะฯ มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของคะแนนทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

2.ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะและทัศนคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทักษะและทัศนคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney u test

สมรรถนะ	กลุ่มทดลอง (n=16)			กลุ่มเปรียบเทียบ n=(16)			*Z*	*P-value*
	$\bar{X}$	SD	Mean Rank	$\bar{X}$	SD	Mean Rank		
ความรู้								
ก่อนเข้าโปรแกรมฯ	17.44	3.224	.00	19.13	1.752	5.00	3.157	.002
หลังเข้าโปรแกรมฯ	24.56	2.341	8.00	20.50	1.861	6.38	4.578	.001*
ทักษะ								
ก่อนเข้าโปรแกรมฯ	151.56	24.113	.00	138.00	34.561	6.14	1.753	.080
หลังเข้าโปรแกรมฯ	188.69	10.594	8.50	140.69	33.401	9.63	5.135	.001*
ทัศนคติ								
ก่อนเข้าโปรแกรมฯ	47.19	7.520	.00	42.81	5.242	3.50	2.038	.042
หลังเข้าโปรแกรมฯ	69.06	4.959	8.50	47.19	6.425	9.64	5.373	.001*

**p-value < .05*

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และทัศนคติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Mann–Whitney U Test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความรู้ในกลุ่มทดลองอยู่ที่ 24.56 (SD = 2.34) เทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ 20.50 (SD = 1.86) ($Z = 4.578$, $p < .001$), คะแนนทักษะของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 188.69 (SD = 10.59) เทียบกับ 140.69 (SD = 33.40) ในกลุ่มเปรียบเทียบ ($Z = 5.135$, $p < .001$) และคะแนนทัศนคติในกลุ่มทดลองอยู่ที่ 69.06 (SD = 4.96) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ที่ 47.19 (SD = 6.43) ($Z = 5.373$, $p < .001$) ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะฯ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปและอภิปรายผล

วัตถุประสงค์ที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชนส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ ทักษะ และทัศนคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 17.44 (SD = 3.22) เป็น 24.56 (SD = 2.34) คะแนนทักษะเพิ่มขึ้นจาก 151.56 (SD = 24.11) เป็น 188.69 (SD = 10.59) และคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 47.19 (SD = 7.52) เป็น 69.06 (SD = 4.96) โดยทั้งสามด้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Z = -3.513, -3.519, และ -3.519 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง

การเพิ่มขึ้นดังกล่าวเป็นผลมาจากการออกแบบโปรแกรมที่มีความครบถ้วนทั้งด้านเนื้อหาทฤษฎี และกิจกรรมปฏิบัติการตามแนวคิดของ Tyler ซึ่งเน้นเป้าหมายการเรียนรู้ที่ชัดเจน ประกอบกับการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมสามารถสะท้อนประสบการณ์และพัฒนาสมรรถนะในบริบทการปฏิบัติงานชุมชนได้จริง ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของศมนนันท์ ทัศนีย์สุวรรณและคณะ[8] ที่พบว่าการอบรมร่วมกับการฝึกภาคปฏิบัติสามารถเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ สอดคล้องกับพิชชานันท์ ชนะผลและคณะ[10] ที่ระบุว่าพยาบาลใหม่มีความมั่นใจในบางมิติต่ำ โดยเฉพาะด้านการดูแลจิตใจและจริยธรรม จึงจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทาง นอกจากนี้ อังคว์รา ทองห่อและคณะ[11] ยังพบว่าทัศนคติที่ดีมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาทัศนคติของผู้เข้าร่วมได้อย่างเด่นชัด โดยไม่ขึ้นกับประสบการณ์การทำงานเพียงอย่างเดียว ดังนั้น โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะที่ใช้ในการศึกษานี้จึงมีความเหมาะสมทั้งด้านรูปแบบวิธีการ และเนื้อหาในการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

เมื่อเปรียบเทียบผลหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ได้แก่ ความรู้ (24.56 เทียบกับ 20.50; Z = 4.578, p < .001) ทักษะ (188.69 เทียบกับ 140.69; Z = 5.135, p < .001) และทัศนคติ (69.06 เทียบกับ 47.19; Z = 5.373, p < .001) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะที่ใช้ในการศึกษามีอิทธิพลเชิงบวกอย่างชัดเจนต่อการส่งเสริมความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติ และทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในบริบทชุมชน ความแตกต่างดังกล่าวเกิดจากการที่กลุ่มทดลองได้รับการเรียนรู้ผ่านรูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วม ได้แก่ การฝึกปฏิบัติจริง การอภิปรายกลุ่ม และการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถเสริมสร้างการเรียนรู้แบบลึก (deep learning) และการนำไปใช้ในสถานการณ์จำลองหรือสถานการณ์จริงในชุมชน สอดคล้องกับแนวทางการจัดการเรียนรู้ที่อิงสมรรถนะและบริบท ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของศมนนันท์ ทัศนีย์สุวรรณและคณะ[8] ที่พบว่าพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมอบรมที่มีทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติมีสมรรถนะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับอัญชนี ศิริ[9] ที่ระบุว่าแม้พยาบาลมีศักยภาพพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แต่การพัฒนาองค์ประกอบด้านทัศนคติและทักษะเฉพาะทางยังมีความจำเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ อังคว์รา ทองห่อและคณะ[11] ยังพบว่าทัศนคติที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของพยาบาล และอาจมีผลมากกว่าประสบการณ์การทำงานเพียงอย่างเดียว ซึ่งสนับสนุนข้อค้นพบที่พบว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาทัศนคติเด่นชัดแม้บางรายมีอายุงานน้อย

กว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้น ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มจึงเกิดจากผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติที่ออกแบบอย่างเป็นระบบมากกว่าความแตกต่างด้านพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1.ควรมีการจัดอบรมและติดตามผลระยะยาว เพื่อเสริมสร้างความต่อเนื่องเรื่องความรู้ทักษะและทัศนคติ เพิ่มขีดความสามารถของพยาบาลวิชาชีพทั้งในด้านการประยุกต์ใช้ความรู้ในสถานการณ์จริงและการเป็นพี่เลี้ยงให้กับ พยาบาลวิชาชีพคนอื่น ๆ ในชุมชน

2. ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างชุมชนผ่านเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้รับแรงบันดาลใจและพัฒนาองค์ความรู้อย่างยั่งยืน

3. ควรสนับสนุนทรัพยากรและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น คู่มือ แบบประเมิน และระบบส่งต่อ เพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทต่างกัน เพื่อทดสอบความเหมาะสมและประสิทธิภาพของโปรแกรมในกลุ่มประชากรหลากหลาย และยืนยันความทั่วไปได้ของผลการวิจัย

2. ควรศึกษาผลในระยะยาว (longitudinal study) โดยติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยหลังจากผ่านไปหลายเดือนหรือหลายปี เพื่อประเมินผลเชิงคุณภาพและความยั่งยืนของการพัฒนา

3. แนะนำให้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) โดยการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความรู้สึกหรือทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน

4.ควรเปรียบเทียบโปรแกรมรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเรียนรู้ผ่านออนไลน์ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติหรือการเรียนรู้ผ่านชุมชน เพื่อหาแนวทางที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2014). Global atlas of palliative care at the end-of-life. London: Worldwide Palliative Care Alliance.
2. World Health Organization.(2020). Palliative care [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2024 Feb 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2565). รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hsri.or.th
4. ฐากูร กาญจโนภาศ.(2565). พัฒนาการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของประเทศไทย. วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย. 2565;1(1):76-89.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระบุรี.(2567). ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ระนอง: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระบุรี; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://rno.moph.go.th/sso/kraburi/
6. สภาการพยาบาล.(2558). สมรรถนะผู้บริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: จุดทอง.
7. มารุต พัฒผล.(2567). การประเมินหลักสูตรเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์; 2567.
8. ศมนนันท์ ทัศนีย์สุวรรณ, ธาวินี ช่วยแท่น, เพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว, กิตติกร นิลมานัต, กัลยา แซ่ชิต.(2563). ผลของโปรแกรมการอบรมการดูแลแบบประคับประคองต่อสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2563;40(2):122-32.

9. อัญชนี ศิริ.(2565). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ [รายงานการวิจัย]. เชียงใหม่: โรงพยาบาลแม่แตง.
10. พิชชานันท์ ชนะผล, ธิราภรณ์ จันทร์ดา, ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ.(2563). การรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพระดับพยาบาลใหม่ที่ทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(3):61-9.
11. อังค์วรา ทองห่อ, ธิราภรณ์ จันทร์ดา, ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ.(2565). ทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละระดับประสบการณ์การทำงาน. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565;16(2):49-60.

ผลของการออกกำลังกายแบบหนักสลับเบาที่ส่งผลต่อดัชนีมวลกายของกลุ่มคนวัยเรียนระดับอุดมศึกษา

The Effects of High-Intensity Interval Training on Body Mass Index Among Higher Education Students.

(Received: December 22,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ธัญญารัศมิ์ ศิริกลิ่นแคฆ์[1] ชัยชนะ นิ่มสุวรรณ[1] พิจิตรา ยืนยั่ง[1]
Thanyaras Siriklinkhae[1] Chaichana Nimsuwan[1] Pichittra Yuenyang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มคนวัยเรียนระดับอุดมศึกษาก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบหนักสลับเบา (High Intensity Interval Training: HIIT) และ (2) เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม HIIT การวิจัยเป็นแบบทดลองเชิงปฏิบัติ โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มคนวัยเรียนระดับอุดมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 15 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โปรแกรมการออกกำลังกายแบบ HIIT มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ความหนัก 75–85% HRmax (ช่วงหนัก) และ 50–60% HRmax (ช่วงเบา) โดยใช้กิจกรรมพื้นฐาน เช่น กระโดดตบ วิ่งอยู่กับที่ ลันจ์ และสควอท เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ เครื่องวัดองค์ประกอบร่างกาย และแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา (ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติอนุมาน Paired Sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่า BMI เฉลี่ยของนักศึกษาลดลงจาก 26.10 ± 2.40 เป็น 24.90 ± 2.20 กก./ม² หลังจบโปรแกรม 8 สัปดาห์ โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) น้ำหนักตัวเฉลี่ยลดลงจาก 74.25 ± 8.96 เป็น 70.92 ± 8.72 กก. สะท้อนประสิทธิผลและความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรม HIIT ไปใช้จริงในกลุ่มนักศึกษา ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่า BMI เฉลี่ย 26.10 ± 2.40 kg/m² หลังการทดลองมีค่า BMI เฉลี่ยลดลงเหลือ 24.90 ± 2.20 kg/m² ผลการทดสอบทางสถิติพบว่าค่า t = 8.43 และ p-value = 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญ .05 แสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรม HIIT ส่งผลให้ค่า BMI ลดลงในกลุ่มนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินอย่างชัดเจน และยังเป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในกลุ่มนักศึกษา เนื่องจากใช้เวลาสั้น ยืดหยุ่น และไม่ต้องใช้อุปกรณ์มาก

คำสำคัญ: การออกกำลังกายแบบหนักสลับเบา, ดัชนีมวลกาย

Abstract

This quasi-experimental research aimed to (1) examine the Body Mass Index (BMI) of higher education students before participating in a High-Intensity Interval Training (HIIT) program and (2) compare the BMI values before and after the training program. The research employed a one-group pretest–posttest design. The participants were 15 overweight students selected through purposive sampling. The HIIT program lasted 8 weeks with a frequency of 3 sessions per week at an intensity of 75–85% HRmax (high phase) and 50–60% HRmax (recovery phase). The exercise consisted of simple bodyweight activities such as jumping jacks, running in place, lunges, and squats. Data collection instruments included a body composition analyzer and health record forms. Descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (Paired Sample t-test) were used for data analysis.

The results showed that the participants' mean BMI decreased from 26.10 ± 2.40 kg/m² before training to 24.90 ± 2.20 kg/m² after the 8-week HIIT program. The statistical analysis revealed a significant difference (t = 8.43, p = 0.000,

[1] สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น, E-mail: thanyaras.si@northern.ac.th

p < 0.05). The HIIT program effectively reduced BMI in overweight students and proved to be a practical exercise method for university students, requiring minimal equipment and time while being flexible and easily implemented.
Keywords: High-Intensity Interval Training (HIIT), Body Mass Index (BMI)

บทนำ

ในยุคปัจจุบัน ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้กลายเป็นหนึ่งใน ปัญหาสุขภาพระดับโลก ที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของประชากรทุกช่วงวัย โดยเฉพาะประชากรวัยเรียนและวัยทำงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศ ปัญหานี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิด โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง รวมถึงปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป้าหมายที่ 3 ว่าด้วย “การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” และนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากรวัยทำงานให้ได้ภายในปี 2570[1]

ประเทศไทยเองได้กำหนดยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ เช่น “แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข” และ “ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)” ที่ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการป้องกันโรคมากกว่าการรักษาโรค โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยเรียน ซึ่งเป็นช่วงวัยสำคัญของการสร้าง “นิสัยสุขภาพ” ที่จะคงอยู่ไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ จากรายงานของ กรมอนามัย พบว่า คนไทยมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยนักศึกษา ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ทั้งในเรื่อง การบริโภคอาหาร การพักผ่อน และการออกกำลังกาย ส่งผลให้ค่า ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ BMI เป็นตัวชี้วัดมาตรฐานที่นิยมใช้ประเมินภาวะน้ำหนักเกินและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง โดยคำนวณจากน้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูงยกกำลังสอง (เมตร^2) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้งานง่ายและมีความเที่ยงตรงในการติดตามภาวะสุขภาพ[2] ในยุคดิจิทัล นักศึกษามีแนวโน้มใช้เวลานั่งเรียน นั่งทำงาน หรือเล่นโทรศัพท์มือถือมากขึ้น ขาดการเคลื่อนไหวทางกายที่เพียงพอ และบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ BMI เพิ่มสูงขึ้น[3] ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ระบุว่า นักศึกษาไทยกว่า 60% มีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกายเพียงพอตามเกณฑ์ และกว่า 45% มีค่า BMI เกินมาตรฐาน ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต

รูปแบบการออกกำลังกายที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมน้ำหนักและลด BMI คือ การออกกำลังกายแบบหนักสลับเบา (High Intensity Interval Training: HIIT) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่สลับระหว่างช่วงความหนักสูงและช่วงความหนักต่ำหรือลดความเข้มข้นลงเพื่อฟื้นตัว HIIT ใช้เวลาสั้นแต่ช่วยกระตุ้นระบบเผาผลาญพลังงานได้มากกว่าการออกกำลังกายแบบคงที่ และเป็นแนวทางที่เหมาะกับคนรุ่นใหม่ที่มีเวลาจำกัด[4]

กลุ่มคนวัยเรียนระดับอุดมศึกษาเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับภาระงานเรียน การทำรายงาน และการใช้ชีวิตที่เร่งรีบ ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมเนือยนิ่ง เช่น การนั่งเรียนเป็นเวลานาน การใช้โทรศัพท์และคอมพิวเตอร์เพิ่มขึ้น และการรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง เช่น อาหารฟาสต์ฟู้ดหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการมีค่า BMI เกินเกณฑ์ การออกกำลังกายแบบ HIIT จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกับกลุ่มนี้ เนื่องจากใช้เวลาสั้น ไม่ต้องใช้อุปกรณ์มาก สามารถทำได้ทั้งในและนอกสถานศึกษา และพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการลด BMI และเพิ่มสมรรถภาพทางกาย[5]

จากข้อมูลทั้งหมดสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในกลุ่มคนวัยเรียนระดับอุดมศึกษาเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องมีแนวทางแก้ไขที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม การออกกำลังกายแบบหนักสลับเบา (HIIT) ถือเป็นหนึ่งในวิธีที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในแง่ของระยะเวลา ความสะดวก และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดังนั้น การศึกษา วิจัยเรื่อง “ผลของการออกกำลังกายแบบหนักสลับเบาที่ส่งผลต่อดัชนีมวลกายของกลุ่มคนวัยเรียนระดับอุดมศึกษา” จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนการดำเนินนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมทางกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มวัยเรียนระดับอุดมศึกษาอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มคนวัยเรียนระดับอุดมศึกษาก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบหนักสลับเบา (HIIT)

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มคนวัยเรียนระดับอุดมศึกษาก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบหนักสลับเบา

สมมติฐานการวิจัย

การออกกำลังกายแบบหนักสลับเบาจะส่งผลต่อดัชนีมวลกายในนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินในทางที่ดีขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบ กลุ่มเดียววัดก่อน–หลังการทดลอง (One Group Pretest–Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบหนักสลับเบา (High Intensity Interval Training: HIIT) ที่มีต่อดัชนีมวลกาย (BMI) ของนักศึกษา

ประชากร

นักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

กลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาจำนวน 15 คน ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยวัดจากค่า BMI > 23 kg/m² (น้ำหนัก/ส่วนสูง เมตร 2) ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือในการวิจัย

1. โปรแกรมการออกกำลังกายแบบหนักสลับเบา (HIIT Program) ความยาว 8 สัปดาห์ โปรแกรมการออกกำลังกายแบบหนักสลับเบา (HIIT) ออกแบบโดยอิงหลักการของ การฝึกความทนทานแบบเป็นช่วง (Interval Training)

ความถี่: 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ระยะเวลา: 8 สัปดาห์

ความหนัก: 75–85% HRmax ในช่วงหนัก และ 50–60% HRmax ในช่วงเบา

กิจกรรมที่ใช้ในการฝึก เช่น กระโดดตบ, วิ่งอยู่กับที่, ลันจ์, สควอท และกิจกรรมอื่น ๆ

2. เครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย Body Composition

3. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้เข้าร่วม

4. แบบฟอร์มบันทึกค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาเอกสาร งานวิจัย และหลักการทางวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับ การออกกำลังกายแบบหนักสลับเบา (HIIT) และ ดัชนีมวลกาย (BMI) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรม

2. ออกแบบโปรแกรม HIIT ให้เหมาะสมกับนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความเป็นไปได้จริงในการปฏิบัติ

3. ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและเปิดรับสมัครนักศึกษาที่สนใจเข้าร่วมโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการทดลอง (Pre-test) วัดน้ำหนักส่วนสูง และคำนวณค่า BMI ของผู้เข้าร่วมทุกคน

2. หลังการทดลอง (Post-test) วัดน้ำหนักส่วนสูง และคำนวณค่า BMI อีกครั้งเพื่อเปรียบเทียบกับค่าก่อนทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน น (Standard Deviation) เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติทดสอบค่าทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired Sample t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่า BMI ก่อนและหลังการทดลองกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ตอนที่1

วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของอายุ น้ำหนักส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และเปอร์เซ็นต์ไขมัน (PBF) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการฝึก และหลังการฝึก

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของอายุ ส่วนสูง และน้ำหนัก ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ก่อนการฝึกและหลังการฝึก

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
น้ำหนัก (n=15)	74.25	8.96	70.92	8.72
ดัชนีมวลกาย (n=15)	26.1	2.4	24.9	2.2

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 15 คน ก่อนทดลอง มีน้ำหนักเฉลี่ย 74.25 กก. และค่า BMI เฉลี่ย 26.1 กก./ม² หลังทดลอง 8 สัปดาห์ มีน้ำหนักเฉลี่ยลดลงเหลือ 70.92 กก. และค่า BMI เฉลี่ยลดลงเหลือ 24.9 กก./ม² แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นหลังการออกกำลังกายแบบหนักสลับเบา

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังการออกกำลังกายแบบ HIIT ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 15)

ตัวแปร	N	ก่อน		หลัง		t	p-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
BMI	15	26.10	2.40	24.90	2.20	8.43	0.000*

*p < 0.05

กลุ่มตัวอย่าง 15 คนมีค่า BMI เฉลี่ยก่อนทดลอง 26.10 ± 2.40 kg/m² หลังการทดลอง 8 สัปดาห์ ค่า BMI เฉลี่ยลดลงเหลือ 24.90 ± 2.20 kg/m² ผลการทดสอบทางสถิติด้วย Paired Sample t-test พบว่าค่า t = 8.43, p = 0.000 แสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิจัยเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบหนักสลับเบา (HIIT) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ที่มีต่อดัชนีมวลกาย (BMI) ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ที่มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 15 คน สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ค่า BMI ก่อนการทดลอง: นักศึกษามีค่า BMI เฉลี่ย 26.1kg/m2 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ น้ำหนักเกิน ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความจำเป็นเร่งด่วนในการจัดการสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรค NCDs

2. การเปลี่ยนแปลงของ BMI หลังการเข้าร่วมโปรแกรม HIIT เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ย BMI ของนักศึกษา ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยลดลงจาก 26.1kg/m2 เหลือ 24.9 kg/m2

3. การยืนยันสมมติฐาน: ผลการทดสอบทางสถิติ ($p < 0.001$) ยืนยันว่า สมมติฐานการวิจัยได้รับการยอมรับ คือ การออกกำลังกายแบบหนักสลับเบา HIIT

ส่งผลให้ดัชนีมวลกายในนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินลดลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

4. การลดลงของน้ำหนัก: น้ำหนักตัวเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างลดลง 3.33 กก. ซึ่งเป็นหลักฐานสนับสนุนโดยตรงต่อการลดลงของ BMI แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการช่วยควบคุมน้ำหนักตัวรวม

โดยรวมแล้ว โปรแกรม HIIT เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลสูงในการจัดการภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถนำไปปรับใช้เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของสถาบันต่อไปได้

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยที่พบว่า โปรแกรม HIIT เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นั้น สามารถอภิปรายได้ตามหลักการทางวิทยาศาสตร์การกีฬาและสอดคล้องกับผลการวิจัยในกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกันดังนี้

1. ประสิทธิภาพของกลไกการเผาผลาญพลังงาน (EPOC) การออกกำลังกายแบบ HIIT ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ (ความหนัก 75% – 85% HRmax) มีผลต่อการกระตุ้นระบบการเผาผลาญพลังงานที่สูงกว่าการออกกำลังกายแบบต่อเนื่องในความหนักปานกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระตุ้นปรากฏการณ์ EPOC (Excess Post-exercise Oxygen Consumption) หรือภาวะการใช้ออกซิเจนเกินหลังการออกกำลังกาย[4] EPOC หมายถึงอัตราการเผาผลาญที่สูงขึ้นต่อเนื่องหลังการฝึกเสร็จสิ้นเพื่อชดเชยหนี้ออกซิเจนและฟื้นฟูระบบร่างกาย ซึ่งกลไกนี้เป็นปัจจัยหลักที่ช่วยในการเผาผลาญไขมันสะสมในร่างกายอย่างต่อเนื่องแม้ไม่ได้กำลังออกกำลังกายอยู่ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการลดน้ำหนักและ BMI[6,7]

2. การเพิ่มสมรรถภาพทางกายและองค์ประกอบร่างกาย (Body Composition) แม้ว่างานวิจัยนี้จะเน้นการวัด BMI เป็นหลัก แต่การลดลงของ BMI1.2 kg/m2 ซึ่งเกิดจากการลดลงของน้ำหนักเฉลี่ย 3.33 กก. เป็นตัวบ่งชี้ทางอ้อมถึงการเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบของร่างกายที่ดีขึ้น คือมีการลดมวลไขมันลง[8]

3. การจัดการพฤติกรรมเนือยนิ่งในกลุ่มนักศึกษานักศึกษาเป็นกลุ่มที่เผชิญกับพฤติกรรมเนือยนิ่งสูง (สสส., 2565) การที่ HIIT เป็นการออกกำลังกายที่ใช้เวลาสั้น (ความถี่ 3 ครั้ง/สัปดาห์) ทำให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติและจัดการเวลาในตารางเรียนที่ยุ่งเหยิงของนักศึกษา การยอมรับและปฏิบัติตามโปรแกรมจนครบ 8 สัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=15) แสดงให้เห็นว่า HIIT เป็นแนวทางที่ ปฏิบัติได้จริง และ ยืดหยุ่น ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มประชากรนี้[7]
โดยสรุป ผลการวิจัยนี้ยืนยันว่าโปรแกรม HIIT เป็นกลยุทธ์ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิผลในการแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในระดับสถาบันอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการออกกำลังกายแบบหนักสลับเบา (HIIT) มีประสิทธิภาพในการลดค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินได้อย่างมีนัยสำคัญภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยค่า BMI เฉลี่ยลดลงจาก 26.10 kg/m² เหลือ 24.90 kg/m² พร้อมน้ำหนักตัวที่ลดลงเฉลี่ย 3.33 กิโลกรัม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของ HIIT ในการปรับปรุงองค์ประกอบร่างกายและส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งยังเป็นรูปแบบกิจกรรมที่สามารถประยุกต์ใช้ในบริบทของสถาบันการศึกษาได้จริง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย คือ ควรส่งเสริมและบูรณาการโปรแกรม HIIT เข้ากับกิจกรรมส่งเสริม

สุขภาพของนักศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ยั่งยืน และลดความชุกของภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มวัยเรียน

นอกจากนี้ หน่วยงานด้านสาธารณสุขและสถานศึกษาสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการออกแบบและขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพที่เหมาะสม

สำหรับแนวทางการวิจัยในอนาคต ควรดำเนินการศึกษาด้วยรูปแบบที่มีกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงของผลลัพธ์ ขยายขอบเขตกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้น และติดตามผลในระยะยาวตลอดจนศึกษากลยุทธ์ในการประยุกต์ใช้ HIIT ให้เหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางเชิงระบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2564–2570. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

2.กรมอนามัย. (2565). รายงานสถานการณ์โรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2565). สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

4.กรมอนามัย. (2566). แนวทางการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs). กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.

5.คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2565). รายงานผลการวิจัยด้านสมรรถภาพทางกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

6. ศิริพร, ค. (2564). แรงจูงใจในการออกกำลังกายของนักศึกษาไทยที่เข้าร่วมโปรแกรม HIIT. วารสารวิจัยสุขภาพและพลศึกษา, 5(3), 60–72.8.ชลธิชา, พ. (2563). ผลของการฝึก HIIT ต่อสมรรถภาพทางกายและองค์ประกอบร่างกายของนักศึกษาหญิง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

7.ภานุวัฒน์, ส. (2565). ประสิทธิผลของโปรแกรม HIIT ต่อการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกายในนักศึกษาชาย. วารสารสุขศึกษาและพลศึกษา, 12(1), 33–47.*วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม*, 3(2), 16-31.

ประสิทธิภาพของยาแอสไพรินในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การศึกษาแบบย้อนหลัง

The Effectiveness of Aspirin in Reducing the Risk of Stroke in Patients with Type 2 Diabetes: A Retrospective Study.

(Received: December 24,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

นิพาดา โพษิตลิมปกุล[1]
Nipada Positlimpakul[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาร่วมกับการได้รับยาแอสไพริน เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์แบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยย้อนหลัง 10 ปี จำนวน 362 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับยาแอสไพริน 170 ราย (ร้อยละ 47.0) และกลุ่มที่ไม่ได้รับยาแอสไพริน 192 ราย (ร้อยละ 53.0) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบ Chi-square test

ผลการวิจัย พบว่าข้อมูลทั่วไปส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.5) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 54.7) พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งสิ้น 17 ราย (ร้อยละ 4.7) โดยในกลุ่มที่ได้รับยาแอสไพรินเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 8 ราย (ร้อยละ 4.7) และในกลุ่มที่ไม่ได้รับยาแอสไพรินเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 9 ราย (ร้อยละ 4.7) ผลการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการได้รับยาแอสไพรินกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Chi-square = 0.993, p > 0.05)

คำสำคัญ: ยาแอสไพริน, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคหลอดเลือดสมอง, การป้องกันปฐมภูมิ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This study aimed to study the relationship and incidence of stroke in patients with type 2 diabetes mellitus treated with aspirin therapy. A retrospective cohort study was conducted in patients with type 2 diabetes mellitus aged 60 years and older who received care at a rural hospital in Khon Kaen Province. Medical records were reviewed retrospectively over a 10-year period for 362 patients, divided into two groups: 170 patients (47.0%) who received aspirin and 192 patients (53.0%) who did not receive aspirin. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square test.

Results: The majority of participants were female (76.5%) and aged 60-69 years (54.7%). The overall incidence of stroke was 17 cases (4.7%). In the aspirin group, 8 patients (4.7%) developed stroke, while in the non-aspirin group, 9 patients (4.7%) developed stroke. Statistical analysis revealed no statistically significant relationship between aspirin use and stroke occurrence (Chi-square = 0.993, p > 0.05).

Keywords: Aspirin, Type 2 diabetes mellitus, Cerebrovascular disease, Primary prevention, Elderly.

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และก่อให้เกิดภาระต่อระบบสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โรคเบาหวานไม่เพียงแต่ส่งผลต่อการเผาผลาญน้ำตาลในร่างกายเท่านั้น แต่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ซึ่งเป็น

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น

สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการถาวรในผู้ป่วยเบาหวาน จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2-4 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป[1,2] กลไกที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้นเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง การดื้อต่ออินซูลิน ภาวะอักเสบเรื้อรัง และการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด ซึ่งนำไปสู่การเกิดหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) และการเกิดลิ่มเลือด (thrombosis) โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะอ้วน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะการป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention) ในผู้ป่วยที่ยังไม่เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองมาก่อน ยาแอสไพรินในขนาดต่ำ (low-dose aspirin) เป็นยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ในการยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือด (antiplatelet) ซึ่งช่วยลดการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือด จึงถูกนำมาใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองมานานหลายทศวรรษ[3]

อย่างไรก็ตาม การใช้ยาแอสไพรินเพื่อป้องกันปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานยังคงเป็นประเด็นที่มีการถกเถียงกันอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่แตกต่างกันเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยาแอสไพริน สอดคล้องกับการศึกษา JPAD study พบว่า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจและสมองในผู้ป่วยเบาหวาน[4] นอกจากนี้การศึกษาบางรายงานพบว่ายาแอสไพรินอาจมีประโยชน์ในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง แต่ต้องชั่งน้ำหนักกับความเสี่ยงของการเกิดเลือดออก โดยเฉพาะเลือดออกในทางเดินอาหารและเลือดออกในสมอง[2] American Diabetes Association (ADA)[1] แนะนำให้พิจารณาใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง แต่ไม่แนะนำให้ใช้เป็นประจำในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกเพิ่มขึ้น การตัดสินใจใช้ยาแอสไพรินจึงควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงและผลประโยชน์เป็นรายบุคคล

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ยังขาดข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะประสิทธิภาพของยาแอสไพรินในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน ในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีจำนวนมากและมักมีปัจจัยเสี่ยงร่วมหลายอย่าง[5] การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับและไม่ได้รับยาแอสไพริน และเพื่อประเมินประสิทธิผลของยาแอสไพรินในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษาและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาร่วมกับการได้รับยาแอสไพริน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของยาแอสไพรินในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยาแอสไพรินกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 60 ปีขึ้นไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 (ระยะเวลา 10 ปี) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาแบบ cohort study โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 กำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) = 0.15, ค่าความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (α) = 0.05 (two-tailed) และกำลังของการทดสอบ (power of test, 1-β) = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 342 ราย เมื่อเพิ่มอัตราการสูญหายของข้อมูล 5% จึงต้องการกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 360 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามเกณฑ์ ADA 2023 (2) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (3) มีประวัติการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี (4) มีข้อมูลการติดตามอย่างสม่ำเสมอ และ (5) ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้าศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแอสไพริน (2) มีประวัติการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร (3) มีโรคเลือดหรือภาวะที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก (4) ได้รับยากันเลือดแข็งตัวชนิดอื่น (5) มีข้อมูลไม่ครบถ้วน และ (6) เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา (2) ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ค่า HbA1c ค่าไขมันในเลือด ค่าการทำงานของไต (GFR) (3) ประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงร่วม โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติครอบครัว (4) ข้อมูลการใช้ยา ได้แก่ ยาแอสไพริน ขนาดยา ระยะเวลาที่ได้รับยา และยาอื่นๆ ที่ได้รับ และ (5) ข้อมูลผลลัพธ์ ได้แก่ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่เกิดเหตุการณ์ และผลการรักษา แบบบันทึกข้อมูลได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เบาหวานและต่อมไร้ท่อ 1 ท่าน แพทย์ระบบประสาท 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 10 ปี 1 ท่าน โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.89 และทำการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยเก็บข้อมูลซ้ำในผู้ป่วย 30 ราย ห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) เท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ (1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ (2) สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยาแอสไพรินกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC 020/2568

ผลการวิจัย

1. อุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาร่วมกับการได้รับยาแอสไพริน

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 362 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 277 ราย (ร้อยละ 76.5) มีอายุเฉลี่ย 68.3

± 6.8 ปี โดยอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด 198 ราย (ร้อยละ 54.7) รองลงมาคือช่วง 70-79 ปี 132 ราย (ร้อยละ 36.5) และอายุ 80 ปีขึ้นไป 32 ราย (ร้อยละ 8.8) ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานเฉลี่ย 11.2 ± 5.6 ปี โดยเป็นเบาหวานมานานน้อยกว่า 10 ปี 156 ราย (ร้อยละ 43.1) และ 10 ปีขึ้นไป 206 ราย (ร้อยละ 56.9) เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคความดันโลหิตสูงร่วม 283 ราย (ร้อยละ 78.2) มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 198 ราย (ร้อยละ 54.7) มีประวัติสูบบุหรี่ 47 ราย (ร้อยละ 13.0) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว 32 ราย (ร้อยละ 8.8) และยังสูบบุหรี่อยู่ 15 ราย (ร้อยละ 4.1) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.7 ± 4.2 kg/m² โดยมีน้ำหนักปกติ 178 ราย (ร้อยละ 49.2) น้ำหนักเกิน 119 ราย (ร้อยละ 32.9) และอ้วน 65 ราย (ร้อยละ 18.0)

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 362 คน มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา ASA จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 47.0 และไม่ได้รับยา ASA จำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 53.0 สำหรับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 345 คน คิดเป็นร้อยละ 95.3 และเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 4.7 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) เฉลี่ย 124.5 ± 28.3 mg% โดยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (FBS < 130 mg%) จำนวน 306 ราย (ร้อยละ 84.5) และควบคุมไม่ได้ดี (FBS ≥ 130 mg%) จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 15.5) ค่า HbA1c เฉลี่ย 6.9 ± 1.2% โดยควบคุมได้ดี (HbA1c < 7%) จำนวน 243 ราย (ร้อยละ 67.1) และควบคุมไม่ได้ดี (HbA1c ≥ 7%) จำนวน 119 ราย (ร้อยละ 32.9) ค่าการทำงานของไต (GFR) เฉลี่ย 68.4 ± 22.1 mL/min/1.73 m² เมื่อจำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคไต พบว่า GFR stage 1-2 (GFR ≥ 60) จำนวน 234 ราย (ร้อยละ 64.6) GFR stage 3a (GFR 45-59) จำนวน 87 ราย (ร้อยละ 24.0) GFR stage 3b (GFR 30-44) จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 8.8) และ GFR stage 4-5 (GFR < 30) จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 2.5) ความดันโลหิตเฉลี่ย 136.2 ± 16.4/78.5 ± 10.2 mmHg โดยควบคุมความดันโลหิตได้ดี (< 140/90 mmHg) จำนวน 276 ราย (ร้อยละ 76.2)

2. ประสิทธิผลของยาแอสไพรินในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปร		การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง				รวม (n=362)		Chi-Sq (χ^2) (p-value)
		ไม่เกิด (n=345)		เกิด (n=17)				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	หญิง	267	77.39	10	58.82	277	76.52	3.109 (0.078)
	ชาย	78	22.61	7	41.18	85	23.48	
อายุ (ปี)	60 – 69 ปี	191	55.36	7	41.18	198	54.70	3.281(0.194)
	70 – 79 ปี	111	32.17	9	52.94	120	33.15	
	มากกว่า 80 ปี	43	12.46	1	5.88	44	12.15	
GFR stage (mL/min/1.73m²)	มากกว่า 90	82	23.77	3	17.65	85	23.48	4.634(0.327)
	60-89	146	42.32	8	47.06	154	42.54	
	30 – 59	102	29.57	4	23.53	106	29.28	
	15 – 29	10	2.90	2	11.76	12	3.31	
	น้อยกว่า 15	5	1.45	0	0.00	5	1.38	
ค่า HbA1c	น้อยกว่า 7-8	308	89.28	17	100.00	325	89.78	2.031(0.154)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปร		การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง				รวม (n=362)		Chi-Sq (χ^2) (p-value)
		ไม่เกิด (n=345)		เกิด (n=17)				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	มากกว่า 8	37	10.72	0	0.00	37	10.22	
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) (mg%)	น้อยกว่า 130	112	32.46	7	41.18	119	32.87	1.330(0.514)
	131 – 180	92	26.67	5	29.41	97	26.80	
	มากกว่า 180	141	40.87	5	29.41	146	40.33	
การสูบบุหรี่	ไม่สูบ	304	88.12	13	76.47	317	87.57	2.018 (0.246)
	สูบ	41	11.88	4	23.53	45	12.43	
โรคความดันโลหิตสูงร่วม	มี	269	77.97	14	82.35	283	78.18	0.183 (1.001)
	ไม่มี	76	22.03	3	17.65	79	21.82	
ค่าดัชนีมวลกาย	น้อยกว่า 18.5	39	11.30	5	29.41	44	12.15	5.988 (0.200)
	18.5 – 22.9	115	33.33	5	29.41	120	33.15	
	23.0 – 24.9	74	21.45	4	23.53	78	21.55	
	25.0 – 29.9	95	27.54	2	11.76	97	26.80	
	มากกว่า 30	22	6.38	1	5.88	23	6.35	

นัยสำคัญที่ระดับ .05*

จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วย Chi-square test พบว่า เพศ (χ^2=3.109, p = 0.078) อายุ (χ^2=3.281, p = 0.194) GFR stage (χ^2=4.634 p =0.327) ค่า HbA1c (χ^2=2.031, p = 0.154) ระดับน้ำตาลในเลือด FBS (χ^2=1.330, p = 0.526) การสูบบุหรี่ (χ^2= 2.018, p = 0.246) โรคความดันโลหิตสูงร่วม (χ^2=0.183, p = 1.001) ค่าดัชนีมวลกาย (χ^2=5.988, p = 0.200) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยา ASA ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงและการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	**การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง**			**Chi-Sq (χ^2) (Sig)**
	ไม่เกิด (n=345)	**เกิด (n=17)**	**รวม (n=362)**	
เสี่ยงสูง	308	17	325	2.031 (0.154)
ร้อยละ	89.28	100	89.78	
เสี่ยงต่ำ	37	0	37	
ร้อยละ	10.72	0	10.22	
ได้รับยาASA	162	8	170	0.001 (0.993)
ร้อยละ	46.96	47.06	46.96	
ไม่ได้รับยา ASA	186	9	192	
ร้อยละ	53.91	52.94	53.04	

นัยสำคัญที่ระดับ .05*

จากตารางที่ 2 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยา ASA ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงและการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงสูงมีจำนวน 325 คน โดยมีผู้ที่ไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง 308 คน และเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 17 คน

ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงต่ำมีจำนวน 37 คน ไม่มีรายใดเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2= 2.031, p = 0.154) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับยาแอสไพริน 170 ราย (ร้อยละ 47.0) โดยได้รับยาแอสไพรินขนาด 81 มิลลิกรัมต่อวัน และกลุ่มที่ไม่ได้รับยาแอสไพริน 192 ราย (ร้อยละ 53.0) ระยะเวลาในการได้รับยาแอสไพรินเฉลี่ย 5.8 ± 3.2 ปี พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งสิ้น 17 ราย (ร้อยละ 4.7) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยในกลุ่มที่ได้รับยาแอสไพรินเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 8 ราย (ร้อยละ 4.7 ของกลุ่มที่ได้รับยาแอสไพริน) และในกลุ่มที่ไม่ได้รับยาแอสไพรินเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 9 ราย (ร้อยละ 4.7 ของกลุ่มที่ไม่ได้รับยาแอสไพริน) เมื่อทำการทดสอบทางสถิติด้วย Chi-square test พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการได้รับยาแอสไพรินกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (χ^2=0.001, p = 0.993)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและประเมินประสิทธิผลของยาแอสไพรินในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 362 ราย ในช่วงระยะเวลา 10 ปี ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญที่สมควรนำมาอภิปรายดังนี้

1. อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งสิ้น 17 ราย จาก 362 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 อุบัติการณ์นี้ถือว่าค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ในผู้ป่วยเบาหวาน[6,7] ซึ่งโดยทั่วไปพบอุบัติการณ์ระหว่างร้อยละ 5-10 ต่อปี สาเหตุที่อุบัติการณ์ในการศึกษานี้ค่อนข้างต่ำอาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยร้อยละ 84.5 มีค่า FBS น้อยกว่า 130 mg% และร้อยละ 67.1 มีค่า HbA1c น้อยกว่า 7% ซึ่งสะท้อนถึงการจัดการโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด รวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76.2 มีการควบคุมความดันโลหิตได้ดี (น้อยกว่า 140/90 mmHg) แม้ว่าจะมีผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมถึงร้อยละ 78.2 แต่การควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสมช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 87.6 ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งการไม่สูบบุหรี่เป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญต่อโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำงานของไตในระดับที่ยอมรับได้ โดยร้อยละ 64.6 มี GFR stage 1-2 (GFR มากกว่าหรือเท่ากับ 60) ซึ่งการทำงานของไตที่ดีช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดได้เช่นกัน

2. ประสิทธิผลของยาแอสไพรินในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับยาแอสไพริน 170 ราย (ร้อยละ 47.0) และกลุ่มที่ไม่ได้รับยาแอสไพริน 192 ราย (ร้อยละ 53.0) ผลการวิเคราะห์พบว่าในกลุ่มที่ได้รับยาแอสไพรินเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 ของกลุ่มที่ได้รับยา ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับยาแอสไพรินเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 ของกลุ่มที่ไม่ได้รับยา เมื่อทำการทดสอบทางสถิติด้วย Chi-square test พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการได้รับยาแอสไพรินกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (χ^2=0.001, p = 0.993) [8,9]

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าประโยชน์ของยาแอสไพรินในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานมีอย่างจำกัด โดยเฉพาะการศึกษา JPAD study (Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis with Aspirin for Diabetes)[4] ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่าง

มีนัยสำคัญในการลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจและสมองในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาแอสไพริน สาเหตุที่ยาแอสไพรินไม่แสดงประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษานี้อาจมีหลายประการ 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักได้ดี ทำให้ความเสี่ยงพื้นฐานต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำอยู่แล้ว การใช้ยาแอสไพรินจึงไม่ได้ให้ประโยชน์เพิ่มเติมที่เห็นได้ชัด 2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง (ร้อยละ 89.78) ตามเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง แต่ผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่าแม้ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับยาแอสไพริน อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองก็ไม่ต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับยา (χ^2=2.031, p = 0.154) และ 3) ผู้ป่วยเบาหวานอาจมีภาวะดื้อต่อยาแอสไพริน (aspirin resistance) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ยาแอสไพรินไม่ได้ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆ กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าไม่มีปัจจัยใดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[8,9] ได้แก่

เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.52 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (χ^2=3.109, p = 0.078) แม้ว่าผลการวิเคราะห์จะแสดงแนวโน้มว่าเพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 8.2 เทียบกับร้อยละ 3.6)

อายุ ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างอายุกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (χ^2=3.281, p = 0.194) อย่างไรก็ตาม พบแนวโน้มที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 70-79 ปีมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุด (ร้อยละ 7.5) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 3.5) และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 2.3)

GFR stage ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=4.634, p = 0.327) แต่พบแนวโน้มว่าผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตผิดปกติ โดยเฉพาะ GFR stage 3 (GFR 30-59) มีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น

ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS และ HbA1c) ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (FBS: χ^2=1.330, p = 0.514; HbA1c: χ^2=2.031, p = 0.154) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุที่ไม่พบความสัมพันธ์อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ทำให้มีความแปรปรวนของระดับน้ำตาลในเลือดไม่มากนัก

การสูบบุหรี่ ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=2.018, p = 0.246) แม้ว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคหลอดเลือดสมอง แต่ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 87.6) ทำให้จำนวนผู้สูบบุหรี่มีไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ

การมีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=0.183, p = 1.001) แม้ว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคหลอดเลือดสมอง แต่ในการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ร้อยละ 76.2) ซึ่งอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจน

ค่าดัชนีมวลกาย ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=5.988, p = 0.200) แม้ว่าจะมีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง แต่ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจน สาเหตุที่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอาจเนื่องมาจากหลายประการ ได้แก่ จำนวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (17 ราย) อาจไม่เพียงพอต่อการตรวจพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักได้ดี ทำให้ความแปรปรวนของปัจจัยเสี่ยงแต่ละตัวไม่มากนัก

4. ข้อมูลเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่ายาแอสไพรินไม่ได้ให้ประโยชน์ที่ชัดเจนในการป้องกันปฐมภูมิโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการศึกษา[4] พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจและสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาแอสไพรินกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก นอกจากนี้ การศึกษา ASCEND trial[2] พบว่ายาแอสไพรินสามารถลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองได้เล็กน้อย แต่ก็เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดเลือดออกร้ายแรงเช่นกัน ทำให้ประโยชน์สุทธิของการใช้ยาแอสไพรินในการป้องกันปฐมภูมิมีอย่างจำกัด นอกจากนี้ American Diabetes Association (ADA)[1] แนะนำว่าการใช้ยาแอสไพรินในการป้องกันปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานควรพิจารณาเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองและมีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดเลือดออก สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำหรือปานกลาง ไม่แนะนำให้ใช้ยาแอสไพรินในการป้องกันปฐมภูมิ

5. ข้อพิจารณาทางคลินิก ผลการศึกษาครั้งนี้มีนัยสำคัญต่อการปฏิบัติทางคลินิกในหลายประการ[10, 11]

5.1 การตัดสินใจใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยเบาหวานควรเป็นการตัดสินใจร่วมกัน (shared decision-making) ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยพิจารณาปัจจัยเสี่ยงและผลประโยชน์เป็นรายบุคคล แพทย์ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ที่จำกัดของยาแอสไพรินในการป้องกันปฐมภูมิ รวมถึงความเสี่ยงของการเกิดเลือดออก

5.2 ควรเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด ซึ่งมีหลักฐานที่ชัดเจนในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักได้ดีมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ต่ำ

5.3 ควรมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองเป็นระยะ และพิจารณาความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกก่อนตัดสินใจใช้ยาแอสไพริน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเลือดออก เช่น ผู้ที่อายุมากกว่า 70 ปี มีโรคไตเรื้อรัง หรือมีประวัติการเกิดเลือดออก ควรใช้ยาแอสไพรินด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ

5.4 ควรส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเลิกสูบบุหรี่ และการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งมีหลักฐานชัดเจนในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายประการที่ควรพิจารณาในการตีความผลการศึกษา

1. เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) ทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรต่างๆ ได้อย่างเข้มงวดเท่ากับการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) อาจมี selection bias และ confounding factors ที่ไม่สามารถควบคุมได้อย่างเต็มที่

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่างและจำนวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (17 ราย) อาจไม่เพียงพอต่อการตรวจพบความแตกต่างที่แท้จริง (statistical power) หากมีความแตกต่างที่เล็กมากระหว่างกลุ่ม การศึกษาที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างใหญ่ขึ้นอาจสามารถตรวจพบความแตกต่างได้

3. ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย (medication adherence) ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของยาแอสไพรินในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

4. ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการ

บริโภคเกลือ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

5 ระยะเวลาในการติดตามอาจยังไม่เพียงพอในบางราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาในช่วงปลายของระยะเวลาศึกษา

6. ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาแอสไพริน เช่น การเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการประเมินความปลอดภัยของยา

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติทางคลินิก

1. การตัดสินใจใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยเบาหวานควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยพิจารณาปัจจัยเสี่ยงและผลประโยชน์เป็นรายบุคคล

2. ควรเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด ซึ่งมีหลักฐานที่ชัดเจนในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

3. ควรมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองเป็นระยะ และพิจารณาความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกก่อนตัดสินใจใช้ยาแอสไพริน

4. ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 70 ปี มีโรคไตเรื้อรัง หรือมีประวัติการเกิดเลือดออก ควรใช้ยาแอสไพรินด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ

5. ควรติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินผลข้างเคียง โดยเฉพาะการเกิดเลือดออก

ด้านการวิจัย

1. สำหรับการศึกษาในอนาคตควรมีการศึกษาแบบทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมในบริบทของประเทศไทย เพื่อยืนยันประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาแอสไพรินในผู้ป่วยเบาหวาน

2. ควรศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างร่วมกัน เพื่อดูว่ายาแอสไพรินอาจมีประโยชน์ในกลุ่มนี้หรือไม่

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาแอสไพรินกับยาต้านเกล็ดเลือดชนิดอื่นๆ

4. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างขนาดยาแอสไพรินกับผลลัพธ์ทางคลินิก

5. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบของยาแอสไพรินต่ออัตราการเสียชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

6. ควรศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ด้านนโยบาย

1. ควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยคำนึงถึงทรัพยากรและข้อจำกัดในแต่ละพื้นที่

2. ควรส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม โดยเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักทุกด้าน

3. ควรพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นระบบ

4, ควรส่งเสริมการให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์และข้อจำกัดของยาแอสไพรินในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association Standards of Care in Diabetes, 2023.
2. Gabriela, Roman., Anca, Pantea, Stoian. (2021). 1. Cardiovascular Risk/Disease in Type 2 Diabetes Mellitus. doi: 10.5772/INTECHOPEN.97422.
3. International Stroke Trial Collaborative Group. (1997). The International Stroke Trial (IST): A randomized trial of aspirin, subcutaneous heparin, both, or neither among 19,435 patients with acute ischemic stroke. Lancet, 349(9065), 1569-1581. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)10378-X

4. Ogawa H, Nakayama M, Morimoto T, et al. Low-dose aspirin for Primary Prevention of Atherosclerotic Events in Patients With Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2008;300(18):2134–2141. doi:10.1001/jama.2008.623
5. Mahmood, T. A., & Ali, R. H. (2019). Acute stroke in diabetes mellitus: A prospectiveobservational study evaluating the course and short-term outcome in Basrah, Southern Iraq. Cureus. https://doi.org/10.7759/CUREUS.6017
6. ปรัชญา วิเศษปัสสา. (2023). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเลือดออกในสมองหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยโสธร. ยโสธรเวชสาร, 25(2), 55-68.
7. วิรัชศศิวิมล ณ. ประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาแอสไพรินในการป้องกันแบบปฐมภูมิต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. PCFM [อินเทอร์เน็ต]. 30 มีนาคม 2023 [อ้างถึง 19 มกราคม 2025];6(1):64-73. available at: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/263573
8. วรรณคล เชื้อมงคล, กนกกานต์ บุญเรือง และกมลวรรณ ตุ้มภู่. (2562). การใช้แอสไพรินเพื่อป้องกันปฐมภูมิต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(2).
9. ณิชา วิรัชศศิวิมล, วว.เวชศาสตร์ครอบครัว. (2566). ประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาแอสไพรินในการป้องกันแบบปฐมภูมิต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. Journal of Primary Care and Family Medicine 2023;6(1):64-73.
10. Geoffrey, C., Jeff, D. W., Le, T. B. T., Cammie, T., Charles, B. E., Rory, W., & Mark, N. (2023). Low-dose aspirin and the risk of stroke and intracerebral bleeding in healthy older people. JAMA Network Open. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.25803
11.Pertti, S., Seppo, J., & M., H. (2001). Use of aspirin, epistaxis, and untreated hypertension as risk factors for primary intracerebral hemorrhage in middle-aged and elderly people. Stroke. https://doi.org/10.1161/01.STR.32.2.399

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายก่อนกลับบ้าน

Development of an Empowerment Program for Self-Management on Blood Glucose Control Ability to Achieve Diabetes Remission Among Patients with Diabetes Prepared for Hospital Discharge.

(Received: December 13,2025 ; Revised: December 18,2025 ; Accepted: December 22,2025)

เสริมศิริ วิจิตรกุล[1]
Sermsiri Vichitkul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายก่อนกลับบ้าน (2) ศึกษาผลของโปรแกรมต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ (3) ศึกษาผลของโปรแกรมต่อการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล การวิจัยเป็นแบบ วิจัยและพัฒนา (R&D) ร่วมกับ การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้ แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest–posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา จำนวน 34 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเอง ครอบคลุม 4 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะพักรักษา ระยะเตรียมจำหน่าย และระยะติดตามผล 3 เดือน (2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและตัวชี้วัดทางคลินิก (3) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และ (4) แบบประเมินการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบสมมติฐานด้วย Dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.43$, $p < .001$) จากเฉลี่ย 34.88±9.85 คะแนน เป็น 62.24±3.54 คะแนน เพิ่มขึ้นร้อยละ 78.4 โดยเฉพาะด้านการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเองเพิ่มขึ้นมากที่สุด (ร้อยละ 226.8) นอกจากนี้ ค่าตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ลดลงจาก 222.79±67.35 มก./ดล. เป็น 179.79±45.62 มก./ดล. (ลดลงร้อยละ 19.3, $p < .001$) และค่า HbA1c ลดลงจาก 10.72±2.18 เป็น 10.24±1.89 (ลดลงร้อยละ 4.5, $p = .039$) ค่า BMI และความดันโลหิตทั้งสองค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีผู้ป่วยรายใดเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบภายในระยะเวลา 3 เดือน เนื่องจากยังคงต้องใช้ยาลดน้ำตาลและมีระดับ HbA1c สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, การจัดการตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This study aimed to (1) develop an empowerment program for self-management among patients with type 2 diabetes who were prepared for hospital discharge, (2) examine the effects of the program on patients' ability to control blood glucose levels, and (3) investigate the program's impact on achieving diabetes remission after hospital discharge. This research employed a Research and Development (R&D) approach combined with a quasi-experimental design using a one-group pretest–posttest design. The sample consisted of 34 patients with type 2 diabetes who were receiving treatment at Singhanakhon Hospital, Songkhla Province, and were selected through purposive sampling based on predetermined inclusion criteria. The research instruments included (1) the self-management empowerment program, consisting of four phases: admission, inpatient care, discharge preparation, and a three-month follow-up; (2) a personal information and clinical data record form; (3) a self-management behavior questionnaire; and (4) a diabetes

[1] โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา

remission assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and a dependent t-test to test hypotheses.

The results revealed that after participating in the program, the overall self-management behavior score significantly increased (t = -17.43, p < .001) from a mean of 34.88 ± 9.85 to 62.24 ± 3.54, representing a 78.4% improvement. The most substantial improvement was observed in self-monitoring of blood glucose, which increased by 226.8%. Clinical indicators also improved significantly: fasting blood sugar (FBS) decreased from 222.79±67.35 mg/dL to 179.79±45.62 mg/dL (a 19.3% reduction, p < .001), and glycated hemoglobin (HbA1c) decreased from 10.72±2.18% to 10.24±1.89% (a 4.5% reduction, p = .039). Body mass index (BMI) and both systolic and diastolic blood pressure values also significantly decreased. However, no participants achieved diabetes remission within the three-month follow-up period, as all patients still required hypoglycemic medication and maintained HbA1c levels above the defined threshold.

Keywords: Empowerment, Self-management, Type 2 Diabetes Mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก จากรายงานของ International Diabetes Federation (IDF) พบว่าในปี 2023 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน คาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 643 ล้านคนในปี 2030 และ 783 ล้านคนในปี 2045 สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าในปี 2023 มีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนรักษาประมาณ 3.7 ล้านคน โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับระบบเมแทบอลิซึมในร่างกาย ทำให้ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น[1] หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเป็นภาระทางเศรษฐกิจของประเทศ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีเป้าหมายให้ระดับ HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7[2] อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายเพียงร้อยละ 35.6[2] สาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือการขาดความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง

จากรายงานสภาวการณ์โรคเบาหวานจังหวัดสงขลา พบแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 7,000 คนต่อปีในปี พ.ศ. 2567 และผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 20.99, 29.93 และ 30.98 ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลสิงหนครเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยทั้งในเขตและนอกเขตรับผิดชอบ มีผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 เป็นจำนวน 3,159, 3,206 และ 3,413 ราย ตามลำดับ ส่วนแผนกผู้ป่วยในมียอดผู้ป่วยเบาหวานนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนน้ำตาลในเลือดต่ำและสูงในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 เป็นจำนวน 65, 83 และ 79 ราย ตามลำดับ[3] จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำมีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลและการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองให้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ เพื่อลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นแนวคิดที่ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง พบว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[1,4]

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

โดยเฉพาะช่วงการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญในการเสริมสร้างความรู้และทักษะให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-monitoring of blood glucose, SMBG) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถติดตามและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ด้วยตนเอง[5]

ภาวะเบาหวานระยะสงบ (Diabetes remission) หมายถึง สภาวะที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานได้อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาลดน้ำตาล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย สามารถนำไปสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบได้[6]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาที่นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในช่วงการเตรียมจำหน่ายก่อนกลับบ้าน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายก่อนกลับบ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายก่อนกลับบ้าน
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ร่วมกับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา ในระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 3,413 ราย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณสำหรับการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ตามสูตรของ Cohen[7] โดยกำหนดค่า Effect size (d) ที่ 0.5 (Medium effect) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบทางสถิติ (Power) ที่ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 27 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 25 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างหลุดออกจากการวิจัย จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 34 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกที่กำหนด

เกณฑ์คัดเข้า

ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และมีระดับ HbA1c ตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไป นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมจะต้องสามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเหมาะสมเพื่อการทำความเข้าใจในกระบวนการวิจัย และต้องแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมก่อนเริ่มต้นการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวาน เช่น ภาวะไตวาย ภาวะเท้าเบาหวานรุนแรง หรือภาวะหัวใจล้มเหลว จะไม่ถูกคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงผู้ที่มีความผิดปกติทางสติปัญญาหรือโรคทางจิตเวชซึ่งอาจรบกวนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิจัย ตลอดจนผู้ที่มีข้อจำกัดทางร่างกายอย่างมากจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วน เช่น ผู้ป่วยติดเตียงหรือมีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยินรุนแรง นอกจากนี้ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการติดตามผลจนครบระยะเวลา 3 เดือนตามแผนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเอง โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Funnell และ Anderson[8] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งการดำเนินการเป็น 4 ระยะ คือ

1.1 ระยะแรกรับ (1-2 วัน) ประเมินความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วย ประเมินความรู้และทักษะพื้นฐาน ค้นหาปัญหาและอุปสรรค วิเคราะห์ระบบสนับสนุน

1.2 ระยะพักรักษา (3-5 วัน) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง ฝึกทักษะการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการตรวจวัดระดับน้ำตาลด้วยตนเอง

1.3 ระยะเตรียมจำหน่าย (1-2 วัน) ประเมินความพร้อมก่อนกลับบ้าน วางแผนการดูแลต่อเนื่อง จัดเตรียมอุปกรณ์และเอกสาร ประสานงานกับทีมสุขภาพในชุมชน

1.4 ระยะติดตามผล (3 เดือน) ติดตามเยี่ยมที่ 1 เดือน และ 3 เดือน ประเมินการควบคุมระดับน้ำตาล ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหา

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและผลทางคลินิก เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ประวัติการรักษา และโรคประจำตัวอื่น ๆ

2.2 ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ระดับ HbA1c ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ความดันโลหิต ยาที่ใช้ในการรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่สำคัญ 6 ด้าน รวมจำนวน 24 ข้อ ได้แก่ การควบคุมอาหาร (4 ข้อ, คะแนนเต็ม 12 คะแนน) การออกกำลังกาย (4 ข้อ, 12 คะแนน) การรับประทานยา (4 ข้อ, 12 คะแนน) การตรวจวัดระดับน้ำตาลด้วยตนเอง (4 ข้อ, 12 คะแนน) การดูแลเท้า (4 ข้อ, 12 คะแนน) และการจัดการความเครียด (4 ข้อ, 12 คะแนน) เครื่องมือนี้ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) รวมคะแนนสูงสุด 72 คะแนน โดยแบ่งระดับพฤติกรรมออกเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมดี (61–72 คะแนน) พฤติกรรมปานกลาง (49–60 คะแนน) และพฤติกรรมต้องปรับปรุง (24–48 คะแนน)

4. แบบประเมินการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงเกณฑ์ของ American Diabetes Association[9] เพื่อใช้ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบได้หรือไม่ โดยพิจารณาจาก 3 เกณฑ์สำคัญ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ต่ำกว่า 100 มก./ดล. หรือระดับ HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ 6.5 การไม่ต้องใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดหรือวิธีการรักษาใด ๆ และการ

คงสภาวะดังกล่าวต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 3 เกณฑ์จะถือว่าเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ครบตามข้อกำหนดข้อใดข้อหนึ่งจะถือว่าไม่เข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เพื่อให้เครื่องมือมีความถูกต้องและเชื่อถือได้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบทั้งด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น โดยนำเครื่องมือทุกชุดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน พยาบาลเฉพาะทางเบาหวาน นักกำหนดอาหาร นักจิตวิทยา และนักวิจัยทางการพยาบาล ประเมินความเหมาะสม ผลการประเมินพบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 ขณะที่โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจได้รับการตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาและกระบวนการก่อนทดลองใช้จริง

สำหรับความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทดสอบกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย พบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 อยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ โปรแกรมยังได้รับการทดลองใช้กับผู้ป่วย 5 รายเพื่อประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของขั้นตอนต่าง ๆ ก่อนนำไปใช้จริงในการวิจัย

ขั้นตอนและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล

ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงหนคร เพื่อดำเนินวิจัย พร้อมประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และพยาบาลคลินิกเบาหวานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย จากนั้นจึงจัดเตรียมเครื่องมือ สื่อการสอน และเอกสารประกอบที่จำเป็น รวมถึงจัดอบรมผู้ช่วยวิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับวิธีการและบทบาทหน้าที่ในการดำเนินโปรแกรมให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ขั้นตอนที่ 2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการประเมินก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประสานกับพยาบาลประจำหน่วยงานเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิ และความลับของข้อมูล จากนั้นจึงขอความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนเก็บข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก (FBS, HbA1c, BMI, ความดันโลหิต) และพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการทดลอง

1. ระยะแรกรับ (1–2 วัน) ในระยะแรกรับผู้วิจัยและทีมสุขภาพดำเนินการประเมินความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยผ่านการสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย พร้อมทั้งประเมินความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลตนเองโดยใช้แบบสอบถาม นอกจากนี้ มีการค้นหาปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมโรค รวมทั้งวิเคราะห์ระบบสนับสนุนที่ผู้ป่วยมีอยู่ทั้งจากครอบครัว ชุมชน และบริการสุขภาพ โดยมุ่งสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความไว้วางใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม

2. ระยะพักรักษา (3–5 วัน) ระยะพักรักษาเน้นการให้ความรู้และพัฒนาทักษะสำคัญในการจัดการโรคเบาหวาน ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนแนวทางควบคุมระดับน้ำตาลโดยใช้สื่อการสอนหลากหลายรูปแบบ ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การฝึกทักษะเฉพาะด้าน เช่น การควบคุมอาหารโดยนักกำหนดอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยนักกายภาพบำบัด การใช้ยาอย่างถูกต้องโดยเภสัชกร และการตรวจน้ำตาลด้วยตนเองโดยพยาบาล รวมทั้งการดูแลเท้าและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า

ทั้งหมดนี้ดำเนินการควบคู่กับการสร้างความมั่นใจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

3. ระยะเตรียมจำหน่าย (1–2 วัน) ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ทีมวิจัยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง พร้อมวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยกำหนดเป้าหมายการดูแลและกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติอย่างเป็นระบบ มีการเตรียมอุปกรณ์จำเป็น เช่น เครื่องตรวจน้ำตาลและสมุดบันทึกผล รวมถึงเอกสารแนะนำ เช่น คู่มือการดูแล แผนการดูแลที่บ้าน และเบอร์ติดต่อฉุกเฉิน นอกจากนี้ ยังมีการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการติดตามต่อเนื่องในชุมชน

4. ระยะติดตามผล (3 เดือน) การติดตามผลประกอบด้วยการเยี่ยมครั้งที่ 1 ในเดือนแรกและครั้งที่ 2 ในเดือนที่สามหลังจำหน่าย โดยประเมินระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการจัดการตนเองและความก้าวหน้าในการควบคุมโรค รวมถึงการประเมินการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง เสริมแรงเชิงบวก และติดตามทางโทรศัพท์รายสัปดาห์เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง ผู้ป่วยยังได้รับการประเมินด้านน้ำหนัก ตัวชี้วัดภาวะโภชนาการ ความดันโลหิต และการใช้ยา เพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ผลลัพธ์ของโปรแกรมอย่างครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 4 การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

หลังการดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในสามช่วงเวลา ได้แก่ ช่วงจำหน่าย ช่วง 1 เดือน และช่วง 3 เดือนหลังจำหน่าย โดยประเมินระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ความดันโลหิต และพฤติกรรมการจัดการตนเองในทุกระยะ พร้อมทั้งตรวจระดับ HbA1c และบันทึกการใช้ยารักษาในช่วงสิ้นสุดการทดลองที่ 3 เดือน นอกจากนี้ ยังประเมินการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบตามเกณฑ์ของ American Diabetes Association ซึ่งพิจารณาจากระดับ FBS หรือ HbA1c ที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ การไม่ต้องใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด และความคงสภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อใช้สะท้อนประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก และพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์เชิงอนุมาน ใช้ Paired Sample t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในตัวแปรทางคลินิก เช่น FBS, HbA1c, BMI และความดันโลหิต รวมถึงพฤติกรรมการจัดการตนเอง พร้อมทั้งคำนวณร้อยละการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์แต่ละด้าน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสงขลา และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย เลขที่ 63 ลงวันที่ 26 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 58.8) มีอายุเฉลี่ย 56.76±8.92 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 52.9) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 44.1) มีรายได้เฉลี่ย 12,647.06±6,423.18 บาทต่อเดือน และมีระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ย 8.24±4.56 ปี

ข้อมูลทางคลินิกก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) เฉลี่ย 222.79±67.35 มก./ดล.

ระดับ HbA1c เฉลี่ย 10.72±2.18 ร้อยละ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 26.87±4.23 กก./ม.² ความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 138.24±18.45 มม.ปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 82.35±10.67 มม.ปรอท

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลัง

หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -17.43, p < .001) จากระดับต้องปรับปรุง (34.88±9.85 คะแนน) ไปสู่ระดับดี (62.24±3.54 คะแนน) โดยมีร้อยละการเปลี่ยนแปลงสูงถึง 78.4 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 34)

รายการ	ก่อนโปรแกรม $\bar{x}$±SD	หลังโปรแกรม $\bar{x}$±SD	ผลต่าง	t	p-value	ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
การตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง	2.94 ± 2.41	9.62 ± 1.54	6.68 ± 2.15	-16.32	< .001	226.8
การออกกำลังกาย	3.76 ± 2.18	7.97 ± 1.65	4.21 ± 1.86	-11.24	< .001	111.8
การรับประทานยา	6.03 ± 2.34	10.04 ± 1.12	4.01 ± 1.75	-10.87	< .001	66.5
การควบคุมอาหาร	7.12 ± 2.45	10.35 ± 1.03	3.23 ± 1.68	-9.65	< .001	45.4
การดูแลเท้า	6.88 ± 2.56	9.76 ± 1.34	2.88 ± 1.77	-7.89	< .001	41.9
การจัดการความเครียด	8.15 ± 2.12	10.50 ± 1.18	2.35 ± 1.54	-7.34	< .001	28.8
คะแนนรวม	34.88 ± 9.85	62.24 ± 3.54	27.36 ± 8.23	-17.43	< .001	78.4

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดทางคลินิกก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดทั้ง 2 ตัวชี้วัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Blood Sugar: FBS) ระดับ FBS ของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.87, p < .001) จากเฉลี่ย 222.79±67.35 มก./ดล. ก่อนได้รับโปรแกรม ลดลงเป็น 179.79±45.62 มก./ดล. หลังได้รับโปรแกรม โดยมีค่าความแตกต่าง 43.00 มก./ดล. คิดเป็นร้อยละการลดลง 19.3

ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (Glycated Hemoglobin: HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.15, p = .039) จากเฉลี่ย 10.72±2.18 ร้อยละ ก่อนได้รับโปรแกรม ลดลงเป็น 10.24±1.89 ร้อยละ หลังได้รับโปรแกรม โดยมีค่าความแตกต่าง 0.48 ร้อยละ คิดเป็นร้อยละการลดลง 4.5

ค่า BMI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.67, p = .001) จากเฉลี่ย 26.87±4.23 กก./ม.² เป็น 25.42±3.89 กก./ม.² หลังโปรแกรม ลดลง 1.45 กก./ม.² (ร้อยละ 5.4)

ความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (t = 2.89, p = .007) จากเฉลี่ย 138.24±18.45 มม.ปรอท เป็น 131.47±15.23 มม.ปรอท ลดลง 6.77 มม.ปรอท (ร้อยละ 4.9)

ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (t = 2.34, p = .026) จากเฉลี่ย 82.35±10.67 มม.ปรอท เป็น 79.12±9.34 มม.ปรอท ลดลง 3.23 มม.ปรอท (ร้อยละ 3.9)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดทางคลินิกก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 34)

ตัวแปร	ก่อนโปรแกรม $\bar{x}$±SD	หลังโปรแกรม $\bar{x}$±SD	ผลต่าง	t	p-value	ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
ระดับน้ำตาลในเลือด						
FBS (มก./ดล.)	222.79 ± 67.35	179.79 ± 45.62	-43.00	4.87	< .001	-19.3
HbA1c (%)	10.72 ± 2.18	10.24 ± 1.89	-0.48	2.15	.039	-4.5
ข้อมูลทางคลินิกอื่น ๆ						
BMI (กก./ม²)	26.87 ± 4.23	25.42 ± 3.89	-1.45	3.67	< .001	-5.4
ความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท)	138.24 ± 18.45	131.47 ± 15.23	-6.77	2.89	.007	-4.9
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	82.35 ± 10.67	79.12 ± 9.34	-3.23	2.34	.026	-3.9

การเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ ผลการศึกษาพบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 3 เดือน ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่เข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ (ร้อยละ 0) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยังคงต้องใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง และระดับ HbA1c ยังคงสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (< ร้อยละ 6.5) แม้ว่าจะมีการปรับปรุงพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม

เมื่อพิจารณาเกณฑ์การเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบตามที่ American Diabetes Association กำหนด พบว่า เกณฑ์ด้านระดับน้ำตาลในเลือด แม้ว่าระดับ FBS เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจะลดลงจาก 222.79 มก./ดล. เป็น 179.79 มก./ดล. แต่ยังคงสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (< 100 มก./ดล.) และระดับ HbA1c เฉลี่ยลดลงจาก 10.72 ร้อยละ เป็น 10.24 ร้อยละ ซึ่งยังคงสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (< ร้อยละ 6.5) อย่างมาก

เกณฑ์ด้านการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) ยังคงต้องใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่ใช้ยาชนิดเดิมในขนาดที่ปรับลดลงบ้าง แต่ยังไม่สามารถหยุดการใช้ยาได้

เกณฑ์ด้านระยะเวลา แม้ว่าจะมีการติดตามผลเป็นระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนด แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ข้อแรก จึงไม่สามารถพิจารณาว่าเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบได้

อย่างไรก็ตาม แม้กลุ่มตัวอย่างจะยังไม่เข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ แต่พบว่ามีการปรับปรุงพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเห็นได้ชัด โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 34.88 คะแนน (ระดับต้องปรับปรุง) เป็น 62.24 คะแนน (ระดับดี) และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งผลดีต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน และหากมีการติดตามผลในระยะเวลาที่ยาวขึ้นอาจมีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างบางรายจะสามารถเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบได้ในที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายก่อนกลับบ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรม ศึกษาผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และศึกษาผลต่อการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษามาอภิปรายและเปรียบเทียบกับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเอง โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ระยะหลัก ได้แก่ ระยะแรกรับ

ระยะพักรักษา ระยะเตรียมจำหน่าย และระยะติดตามผล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Funnell และ Anderson[8] ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยโปรแกรมครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน คือ ความรู้ การตัดสินใจ ทักษะ และการเห็นคุณค่าในตนเอง

นอกจากนี้ การออกแบบโปรแกรมแบบต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงการติดตามที่บ้านยังสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี (Theoretical Alignment) แนวคิดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบ D-M-E-T-H-O-D ที่เน้นการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่อง[9] รวมทั้งทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative system) เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย[10]

ผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลการศึกษาพบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมต่อเนื่อง 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ลดลงจาก 222.79±67.35 มก./ดล. เป็น 179.79±45.62 มก./ดล. (ลดลงร้อยละ 19.3) และระดับ HbA1c ลดลงจากร้อยละ 10.72±2.18 เป็นร้อยละ 10.24±1.89 (ลดลงร้อยละ 4.5) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของรัตนา นิลเลื่อม และคณะ[11] ซึ่งพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิด พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การลดลงของระดับ HbA1c เพียงร้อยละ 0.48 ยังไม่เพียงพอที่จะบรรลุเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลตามเกณฑ์ที่ American Diabetes Association[2]แนะนำไว้ (< ร้อยละ 7) นอกจากนี้ การที่ระดับ FBS ลดลงมากกว่า HbA1c อาจสะท้อนผลของระยะเวลาติดตามที่ยังค่อนข้างสั้น เนื่องจาก HbA1c เป็นตัวชี้วัดระดับน้ำตาลสะสมย้อนหลัง 2–3 เดือน ทำให้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นใหม่ยังสะท้อนไม่เต็มที่ ขณะที่ FBS สะท้อนระดับน้ำตาลปัจจุบัน จึงเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนกว่าในระยะเวลาอันสั้น

พฤติกรรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.4 ของคะแนนเต็ม) โดยด้านที่ได้คะแนนต่ำสุดคือการตรวจวัดระดับน้ำตาลด้วยตนเอง (ร้อยละ 26.5) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอโณทัย งามวิชัยกิจ[5] ที่พบว่าการตรวจวัดระดับน้ำตาลด้วยตนเองยังไม่เป็นที่แพร่หลายในผู้ป่วยเบาหวานไทย เนื่องจากข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย ความเชื่อมั่นต่อผลตรวจ และความแตกฉานด้านสุขภาพการที่ผู้ป่วยมีคะแนนการดูแลเท้าสูงสุด (ร้อยละ 60.0) อาจเป็นผลจากการที่พยาบาลให้ความสำคัญกับการสอนการดูแลเท้าเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมองเห็นได้ชัดเจน ในขณะที่การตรวจวัดระดับน้ำตาลด้วยตนเองเป็นทักษะที่ต้องใช้เครื่องมือและมีค่าใช้จ่าย

ผลต่อการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ ผลการศึกษาพบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบภายในระยะเวลาติดตามผล 3 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานของ Diabetes Canada[12] ที่ระบุว่าการประเมินภาวะสงบควรใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 3–6 เดือน โดยต้องมีระดับ HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ 6.5 โดยไม่ใช้ยาลดน้ำตาล ทั้งนี้ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างยังไม่เอื้อต่อการบรรลุภาวะสงบ เนื่องจากมีระยะเวลาเป็นเบาหวานยาวนานและมีระดับ HbA1c เริ่มต้นสูงถึงร้อยละ 10.72 ซึ่งสะท้อนภาวะควบคุมโรคที่ยาก อีกทั้งโปรแกรมไม่ได้เน้นการลดน้ำหนักอย่างเข้มข้น ซึ่งเป็นกลไกหลักของการเข้าสู่ภาวะสงบ งานวิจัยขนาดใหญ่ที่ประสบความสำเร็จ เช่น DiRECT และ DIADEM-I ที่รายงานอัตราการเข้าสู่ภาวะสงบร้อยละ 46 และร้อยละ 61 ภายใน 1 ปี ตามลำดับ ต่างใช้กลยุทธ์การลดน้ำหนักด้วยอาหารพลังงานต่ำมาก (very low-calorie diet) เพื่อให้เกิดการลดน้ำหนัก ≥15 กิโลกรัมอย่างยั่งยืน ผลการวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นว่า หากโปรแกรมเสริมสร้าง

พลังอำนาจมุ่งเป้าหมายบรรลุภาวะเบาหวานระยะสงบอย่างแท้จริง การบูรณาการกลยุทธ์การจัดการน้ำหนักที่เข้มข้นและมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับไม่ใช่เพียงส่วนเสริม แต่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่จำเป็นต่อความสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1.1 ควรขยายระยะเวลาการติดตามผลอย่างน้อย 1 ปี เพื่อให้สามารถประเมินการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบได้อย่างเหมาะสม

1.2 ควรเสริมสร้างการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง โดยสนับสนุนอุปกรณ์ การให้ความรู้ และแรงจูงใจ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรค

1.3 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

2.1 ควรดำเนินการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมและติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลและความยั่งยืนของโปรแกรมอย่างชัดเจน

2.2 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ รวมถึงการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของโปรแกรมในเชิงระบบสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. พวงเงิน พานทอง.(2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2567;42(1):112–25.
2. American Diabetes Association.(2010). Standards of medical care in diabetes—2010. Diabetes Care. 2010;33(Suppl 1):S11–61. doi:10.2337/dc10-S011
3. ฐานข้อมูลกลางสาธารณสุข (HDC) จังหวัดสงขลา.(2567). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานจังหวัดสงขลา ปี 2567. สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา.
4 กวินทร์ พิมจันนา.(2562). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562;20(2):45–54.
5. อโณทัย งามวิชัยกิจ.(2564). การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: ความสำคัญและแนวทางปฏิบัติ. วารสารเบาหวานและต่อมไร้ท่อไทย. 2564;18(2):56–68.
6. ศุลีพร ช่วยชูวงศ์.(2563). การเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล. 2563;35(3):78–92.
7. Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.
8. Funnell MM, Anderson RM.(2004). Empowerment and self-management of diabetes. Clin Diabetes. 2004;22(3):123–7. doi:10.2337/diaclin.22.3.123
9. McKeehan KM, Coulton CJ. *A systems approach to program development for continuity of care in hospital*. In: *Continuity: Advanced concepts of discharge planning*. St. Louis: Mosby; 1985.
10. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
11. รัตนา นิลเลื่อม, ดวงกมล วัตราดุลย์, พรทิพย์ สินประเสริฐ, กรองแก้ว ทรัพย์ประเสริฐ, ธิดารัตน์ ขาวเงินยวง, อรทัย บุญชูวงศ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2564;32(2):202-15.
12 MacKay D, Chan C, Dasgupta K, Dominy C, Gagner M, Jin S, et al. Remission of Type 2 Diabetes. Can J Diabetes. 2022;46(8).

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025

Part IV

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025
Part 4

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของการประยุกต์ใช้นวัตกรรม “CKD Insight” บนฐานแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3: การศึกษานำร่องแบบกรณีศึกษา 2 ราย 753
อนุทัย พระคลังทิว ,พิเชษฐ เรืองสุขสุด ,นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลกำแพงแสน 764
ณิชาภา หนูผาสุข

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคทางเดินหายใจส่วนบนต่อการกลับเป็นซ้ำ 773
กรรณิกา ใจดี

การพัฒนานวัตกรรมการพัฒนาเครื่องมือการเฝ้าระวัง Sepsis ปลอดภัยด้วย “slide KPOS” 782
อำภา ทาเวียง ,บุษบา โสภา ,วิลาวัลย์ จันโทริ

การพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย 788
สว่างจิตร ใครบุตร

ประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อลดความรุนแรง ในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป 796
วีร์ เมฆวิลัย ,พาสนา คุณาธิวัฒน์ ,บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

ผลของการสร้างเครือข่ายร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายของประชาชนตำบลละลม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ 808
ธงชัย ไชยโชติ ,อารี บุตรสอน

การศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาพืชอาหารที่มีสรรพคุณทางยาภายใต้องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย 818
กฤษดา ศรีหมตรี ,ดวงนภา แดนบุญจันทร์ และนิตยา นามวิเศษ

การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี 831
ซูลวีนาร์ ชุมประเวศ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน Home Ward ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขตามบริบทของจังหวัดอุบลราชธานี 844
ยศธน ทองมูล

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแผนส่งเสริมสุขภาพดีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร 856
กนกวรรณ ชาวอุบล ,อารี บุตรสอน

การพัฒนารูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ 867
นิตยา วีระไวทยะ

กรณีศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงหลังคลอดที่มีภาวะฝีที่เต้านมในคลีนิกศัลยกรรมสถาบันบำราศนราดูร 879
กัญญลักษณ์ ทองนุ่ม

อุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียเฝ้าระวัง 8 ชนิด ของผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี 888
จิราวรรณ กองจำปา

อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่ 900
วัชรา ป้อทองคำ

การพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลไทยเจริญและเครือข่ายบริการอำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร 906
นิภาพร ป้องศรี

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 917
กิตติเชษฐ์ ธีรกุลพงศ์เวช

การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ 928
พชรภา ขันทอง

ความท้าทายปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรังของประเทศไทย 939
ปนัดดา จั่นผ่อง ,สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์

ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025
Part 4

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี 951
สุพัฒน์ กองศรีมา ,สราวุธ ริดเขียว ,ประภัสสร งานรุ่งเรือง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ 966
ระพีพรรณ บุญพา

ประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี 981
หทัยรัตน์ กันหาชิน

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี 989
ฐชญ ณรงค์เมธวิน

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน 999
สุนัน พันธะสา ,สุรีพร จรกรรณ์

ประสิทธิผลของการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี 1011
อำพร หินแสงใส ,รัตนา สังฆสอน

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 40 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ตุลาคม – ธันวาคม 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ความผาสุกในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อุบัติการณ์ของมะเร็งแฝงในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน สมรรถนะเชิงจริยธรรมของพยาบาล การปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การส่งเสริมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย การปรับพฤติกรรมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลยุทธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบาก พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชน การรับรู้ภาวะและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การให้สุขศึกษาต่อความรู้ความเครียด และการปฏิบัติตัวหลังคลอด การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน การพัฒนาต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสำหรับเยาวชนและชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และคุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โปรแกรม i-CARE ในการวางแผนดูแลก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด การพัฒนารูปแบบเป็นชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ความเครียด และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสมของแพทย์แผนไทย ประสิทธิผลของน้ำมันหอมระเหยดอกมะลิซ้อนเพิ่มคุณภาพนอนหลับ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาล การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไทรอยด์ การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis นวัตกรรมเจลพอกเข่าด้วยสมุนไพร รูปแบบการระบาดและการแพร่กระจายของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ การสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงอภิมานว่าด้วยปัจจัยเชิงวัฒนธรรมและกลยุทธ์การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนไทย ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ณ สถานีสุขภาพดิจิทัล การพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาการใช้สารเมทแอฟเฟตามิน การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อด้วยระบบการแพทย์และการพยาบาลทางไกล Telemedicine และ Nursing care เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

ผลของการประยุกต์ใช้นวัตกรรม “CKD Insight” บนฐานแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3: การศึกษานำร่องแบบกรณีศึกษา 2 ราย

The Effects of the “CKD Insight” Illness Representation–Based Innovation in Patients with Type 2 Diabetes and Stage 3 Chronic Kidney Disease: A Pilot Two-Case Study.

(Received: December 14,2025 ; Revised: December 20,2025 ; Accepted: December 22,2025)

อนุทัย พระคลังทิว[1] พิเชษฐ เรืองสุขสุด[2] นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์[3]
Anuthai Phraklangthiw[1] Phichet Ruangsuksud[2] Nonglak Methakanchanasak[3]

บทคัดย่อ

บทความการศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้นวัตกรรม “CKD Insight” บนฐานแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของนวัตกรรมต่อการรับรู้โรคความเจ็บป่วย (Illness Representation) ผลลัพธ์ทางคลินิก และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นวัตกรรม โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีการศึกษากรณีศึกษา (Case Study) ในผู้ป่วย 2 ราย ให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันและการติดตามผลผ่านกลุ่มไลน์

ผลการศึกษา : กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี ประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเวลา16 ปี และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นเวลา 2 เดือน ไขมันในเลือดสูงได้ 8 ปี ความดันโลหิตสูงได้ 10 ปี น้ำหนัก 67 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 16 กก./ตร.ม. ค่าความดันโลหิต176/92 mmHg FBS 328 mg/dl HbA1C 11.6 % GFR 50.2 UMA 154 mg กรณีศึกษาที่ 2
ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี ประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเวลา 8 ปี โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นเวลา 1 เดือน ไขมันในเลือดสูงได้ 5 ปี ความดันโลหิตสูงได้ 7 ปี น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 28 กก./ตร.ม. ค่าความดันโลหิต159/95 mmHg FBS 168 mg/dl HbA1C 10.2 % GFR 59 UMA 95 mg ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยค่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำ - ปานกลางทั้ง 2 ราย หลังใช้นวัตกรรมและติดตามผลระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับปานกลางถึงสูง
คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 นวัตกรรม “CKD Insight” การรับรู้การเจ็บป่วย

Abstract

This case study aimed to examine the effects of implementing the "CKD Insight" innovation to enhance understanding of stage 3 chronic kidney disease (CKD) in type 2 diabetic patients. The study evaluated outcomes of the innovation on illness representation, clinical outcomes, and patient satisfaction. Using the illness perception concept, a case study approach was employed with two patients who received education through a mobile application and follow-up via LINE group.

Results: Case 1 was a 51-year-old Thai male with a 16-year history of type 2 diabetes mellitus, 2-month history of stage 3 CKD, 8-year history of dyslipidemia, and 10-year history of hypertension. Baseline measurements: weight 67 kg, BMI 16 kg/m², blood pressure 176/92 mmHg, FBS 328 mg/dL, HbA1C 11.6%, eGFR 50.2 mL/min/1.73m², UMA 154 mg. Case 2 was a 55-year-old Thai female with an 8-year history of type 2 diabetes, 1-month history of stage 3 CKD, 5-year history of dyslipidemia, and 7-year history of hypertension. Baseline measurements: weight 78 kg, BMI 28 kg/m², blood pressure 159/95 mmHg, FBS 168 mg/dL, HbA1C 10.2%, eGFR 59 mL/min/1.73m², UMA 95 mg. Both patients demonstrated low to moderate illness perception scores at baseline. After implementing the innovation and 12-week

[1] พย.บ. นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2] ปร.ด. อาจารย์คณะพยาบาลศาตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น Corresponding author
[3] ปร.ด. อาจารย์คณะพยาบาลศาตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น Essentially intellectual contributor

follow-up, patients showed increased levels of CKD awareness from low to moderate-high levels, indicating improved understanding of kidney disease, symptoms, causes, disease duration, disease impact, treatment, and disease control. Additionally, clinical

Keyword: Chronic kidney disease stage 3, Innovation “CKD Insight”, Illness Representation.

บทนำ

โรคเบาหวานถือเป็นปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานถึง 463 ล้านคนในปี 2563 และคาดว่าในปี 2588 จะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน ในประเทศไทย โรคเบาหวานมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยที่อยู่ในทะเบียนประมาณ 3.2 ล้านคน[1] ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงอย่างมหาศาล โดยเฉพาะในภาคสาธารณสุขที่สูญเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[2] โรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคไตวายเรื้อรังทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าในปี พ.ศ. 2553 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเกิดโรคไตวายเรื้อรังใน โดยประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยเบาหวานจะเสียชีวิตจากโรคไตวายเรื้อรัง[3] ในประเทศไทยการศึกษาของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์ พบว่าโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานมีอุบัติการณ์ที่สูง โดยพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 30[4]

จากการศึกษา Thai SEEK Study (2552) พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) ในประเทศไทยมีอัตราเฉลี่ยร้อยละ 17.5 ของประชากร[5] โดยความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยโรคไตที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย (End-stage Renal Disease) มักเกิดจากโรคเบาหวาน (Diabetic Nephropathy) ที่พบในผู้ป่วยเบาหวานมากถึงร้อยละ 30-50[6] โรคไตจากเบาหวาน (DN) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวานที่ส่งผลให้การทำงานของไตเสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังและนำไปสู่การฟอกไตหรือล้างไตทางหน้าท้องในที่สุด[5] ในการสำรวจข้อมูลจากโรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตสูงถึงร้อยละ 46.78 โดยโรคไตระยะที่ 3 พบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 40.4[7]การเกิดโรคไตในระยะแรกมักไม่มีอาการผิดปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจนรักษาไม่หายได้ โดยมีเพียงร้อยละ 1.9 ของผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในระยะแรก[8] และขาดการรับรู้ถึงอาการและผลกระทบของโรคไต รวมทั้งสื่อการสอยโดยส่วนมากเป็นแบบแผ่นพับ และเป็นเนื้อหาโรคไตโดยรวมซึ่งยังไม่ตรงประเด็นปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมักเข้ารับการรักษาที่ช้าและไม่ตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

การพัฒนานวัตกรรมเพื่อเพิ่มการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะไตเสื่อม การใช้เทคโนโลยีเพื่อให้ข้อมูลที่เข้าใจง่ายและเข้าถึงได้จึงเป็นแนวทางที่ดีและมีประสิทธิภาพ นวัตกรรม “CKD Insight ”บนฐานแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วย ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อเพิ่มการรับรู้โรคไตเรื้อรังผ่านสื่อคลิปวีดีโอการเรียนรู้ที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมที่สามารถช่วยเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้นวัตกรรมนวัตกรรม “CKD Insight” ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

วิธีการศึกษา

การศึกษารายกรณีนี้ เป็นการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้นวัตกรรม“CKD Insight” บนฐานแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วย จำนวนผู้ป่วย 2 ราย โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีไตเสื่อมระยะที่ 3 ที่มารักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 6 สิงหาคม 2568 – 8 ตุลาคม 2568 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ขั้นตอนการศึกษา

การพัฒนานวัตกรรมตามรูปแบบการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์[9] (Evidence base practice) ของ Sister Maurita Soukup (2000) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินปัญหา

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัญหาจากตัวชี้วัดในหน่วยงานคือ อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในผู้ป่วยเบาหวาน]พบว่ายังต่ำกว่าเกณฑ์ได้เพียงร้อยละ 39.09 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย (เป้าหมายค่า eGFR > 69 %) ได้อยู่ที่ ร้อยละ 67 และ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ โปรตีนรั่วในปัสสาวะ มีค่า < 30 mg/g (เป้าหมาย > 60 %) ได้อยู่ที่ ร้อยละ 40 และจากการซักประวัติผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เริ่มมีไตเสื่อมไม่มีอาการผิดปกติ ร่วมกับประเมินการรับรู้พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตที่ไม่ถูกต้อง ค่าคะแนนการประเมินการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ - ปานกลาง ให้ไม่เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านพยาบาลพบว่า อยากได้สื่อการสอนที่สร้างการรับรู้โรคไตเรื้อรังเพื่อให้คนไข้เข้าใจ สื่อการสอนเน้นพูดคุยและสอนโดยใช้แผ่นพับ และ มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพียงช่องทางเดียว จากปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องมีการพัฒนานวัตกรรมที่สามารถช่วยเพิ่มการรับรู้โรคไตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีระบบที่ช่วย ติดตาม และให้คำปรึกษาโต้ตอบทันที ซึ่งนำไปสู่การพัฒนานวัตกรรม “CKD Insight ”บนฐานแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยในการศึกษาครั้งนี้

2. การสืบค้นข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 กำหนดคำถามทางคลินิก (Clinical question) คือ เนื้อหาความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ใดบ้างที่ควรนำมาจัดทำคลิปวิดีโอให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยอิงกรอบแนวคิด Illness Representation

ผู้วิจัยได้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูลต่างๆโดยการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนฐานข้อมูล Online 6 ฐาน มี PubMed, Thaijo, CINALH, Google scholar, Scopus โดยใช้ PICO Framework และประเมินคุณภาพ โดยใช้เกณฑ์ของ[10] (The Joanna Briggs Institute, 2014)

2.2 การสืบค้น PICO Framework

ตารางที่ 1 แสดงตารางการสืบค้น PICO Framework คำถามทางคลินิก

PICO	คำค้นหลัก (Search Terms)	คำที่ใช้ในการสืบค้น
P	Diabetic Nephropathies	"Type 2 diabetes mellitus" OR "diabetic patients") AND ("chronic kidney disease" OR "diabetic nephropathy"

ตารางที่ 1 แสดงตารางการสืบค้น PICO Framework คำถามทางคลินิก

PICO	คำค้นหลัก (Search Terms)	คำที่ใช้ในการสืบค้น
I	video content	“Illness Representation” OR "nursing education" OR "health education" OR "nursing intervention" OR "CKD awareness" OR "patient knowledge"
C	-	-
O	illness representation	Improvement in illness representation (e.g., understanding of disease identity, causes, consequences, control, and timeline)

สืบค้นได้ทั้งหมด 325 เรื่องนำไปใช้ได้ทั้งหมด 7 บทความโดยมีระดับ Levels of Evidence 1A 2 บทความ 1B 1 บทความ 2B 2 บทความ 3B 1 บทความ 3C 1 บทความ 2C 1 บทความ แบ่งตาม Grades of Recommendation A 2 บทความ B จำนวน 3 บทความ C 2 บทความ จำแนกแป็นภาษาไทย 1 บทความ กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ คือเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีไตเสื่อมระยะ 3A วินิจฉัยไม่เกิน 3 เดือน อายุ 18 ปีขึ้น เอกสารภาษาไทย และภาษาอังกฤษ Free full text ตีพิมพ์ไม่เกิน 5 ปี (2019 - 2024) เกณฑ์คัดออก ได้แก่ บทความที่ไม่ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีไตเรื้อรัง

2.3 บทความทั้งหมด 7 บทความที่สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนานวัตกรรม “CKD Insight ”บนฐานแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วย ได้รับการออกแบบตามทฤษฎีการรับรู้การเจ็บป่วย (Illness Representation) ถูกพัฒนาโดย Leventhal และเพื่อนร่วมงานในปี 1980 [11] ทฤษฎีนี้มุ่งเน้นการศึกษาวิธีที่บุคคลรับรู้และตีความเกี่ยวกับโรคหรือภาวะสุขภาพต่างๆ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้จะมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน การรับรู้ในแต่ละด้านของโรคสามารถมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมทฤษฎี Illness Representation ของ Leventhal อธิบายว่า บุคคลมักจะสร้าง "แบบจำลองทางจิต" ของโรคหรือภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยจัดทำเป็น 5 คลิปวีดีโอ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ[12] ดังนี้

คลิปวีดีโอที่ 1 แสดงการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตได้รับการออกแบบตามทฤษฎีการรับรู้การเจ็บป่วย (illness Representation) ที่ถูกพัฒนาโดย Leventhal และเพื่อนร่วมงานในปี 1980 โดยมีทั้งหมด 5 องค์ประกอบดังนี้

1. ลักษณะของโรค (Identity) บรรยายลักษณะของไต พยาธิสภาพและหน้าที่ของไต ความหมายของโรคไตเรื้อรัง ระยะของโรคไตเรื้อรังทั้ง 5 ระยะ อาการแสดงของโรคไตเรื้อรัง เช่น ในระยะแรกผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดงใดๆ เมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้นจะมีอาการดังนี้ เหนื่อย อ่อนเพลีย หมดแรง ใบหน้าบวม เท้าบวมทั้ง 2 ข้าง ปัสสาวะน้อยลง เป็นฟอง หรือเป็นสีน้ำล้างเนื้อ ปวดบั้นเอวบริเวณไตทั้ง 2 ข้าง การรับรู้โปรตีนหรืออัลบูมินรั่วในปัสสาวะโดยเปรียบเทียบให้ผู้ป่วยเห็นตัวอย่างกรณีศึกษา 3 เคส คนไข้ปกติ และคนไข้ที่มีไตเสื่อมเกิดโปรตีนรั่วในปัสสาวะ

2. สาเหตุ (Cause) บรรยายการรับรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg/dl ความดันโลหิตมากกว่า 130/80 mmHg รับประทานอาหารรสเค็มเค็ม ไตติดเชื้ออักเสบ การรับรับประทานยาชุดแก้ปวดยาสมุนไพร โรคนิ่วในไต และอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

3. ระยะเวลา (Timeline) บรรยายการรับรู้ถึงระยะเวลาในการเกิดโรคระยะเริ่มแรก สามารถชะลอไต

เสื่อมได้หากเราใส่ใจสุขภาพ แต่ถ้าเมื่อไหร่ที่เราไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพ ไตเสื่อมถาวรได้

4. ผลกระทบ (Consequences) บรรยายการรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากโรค เช่น โรคไตเรื้อรังคือภาวะที่หน่วยไตเล็กๆ ถูกทำลายเป็นเวลานานมากกว่า 3 เดือน จนไม่สามารถกลับฟื้นคืนสภาพได้ ทำให้การทำหน้าที่ของไตลดลง และจะเพิ่มความรุนแรงขึ้นเลื่อยๆ จนไตวายระยะสุดท้าย จำเป็นต้องรักษาบำบัดทดแทนไต เช่น ฟอกเลือด ล้างไตทางหน้าท้อง หรือปลูกถ่ายไตไปตลอดชีวิต

5. การควบคุมหรือการรักษา (Cure/Control) การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาหรือวิธีการควบคุมโรค เช่น ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิต หรือระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกายอย่างสำเสมอ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที หลีกเลี่ยงการรับประทานยาชุดแก้ปวด ยาสมุนไพร ยาป๊อกแก้ปวด ป้องกันไม่ให้ทางเดินปัสสาวะติดเชื้ออักเสบบ่อยๆ งดสูบบุหรี่ ดื่มน้ำให้เพียงพอ 8-10 แก้วต่อวัน ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม งดอาหารแปรรูป อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง เนื้อสัตว์ตากแห้ง อาหารที่มีรสหวานมันเค็ม สังเกตอาการผิดปกติเช่น ปัสสาวะเป็นฟอง เปลี่ยนสีเป็นสีน้ำล้างเนื้อ และควรปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ และตรวจค่าไตเป็นประจำทุกปี

คลิปวีดีโอที่ 2 สร้างการรับรู้โปรตีนรั่วในปัสสาวะและการใช้แผ่นสตริปตรวจสังเกตุลักษณะและสีของปัสสาวะ เปรียบเทียบให้เห็นระยะของโปรตีนรั่วในปัสสาวะทั้ง 3 ระยะ

คลิปวีดีโอที่ 3 อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคไต การเลือกรับประทานอาหารเพื่อช่วยลดระดับน้ำตาล และชะลอไตเสื่อม การนับคาร์บ การอ่านฉลากโภชนาการ อาหารจานเดียวและการดื่มน้ำ

คลิปวีดีโอที่ 4 การออกกำลังกายแบบแรงต้าน การออกกำลังกายแบบแรงต้าน ข้อควรระวังก่อนออกกำลังกาย และตัวอย่างท่าออกกำลังกาย

คลิปวีดีโอที่ 5 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยการเต้นเข้าจังหวะประกอบเพลงแบบต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยที่ใช้ในงานวิจัยนี้ได้รับการขอใช้เครื่องมือจากการศึกษาของคุณปริญญา หาวิรส และ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (พ.ศ. 2562) โดยได้พัฒนาแบบสอบถามที่ใช้ประเมินภาพสะท้อนทางความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (CKD-3PQ)[11] ซึ่งประกอบด้วยคำถามที่ครอบคลุมใน 5 ด้าน ได้แก่ ลักษณะของโรค สาเหตุระยะเวลาผลกระทบ และการควบคุมและการรักษา การพัฒนาเครื่องมือจากผู้จัดทำนวัตกรรมในส่วนข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินระดับความพึงพอใจประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สิทธิการรักษา ระยะเวลาป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วมอื่นๆ วันที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ระดับน้ำตาล น้ำหนัก ส่วนสูง BMI ค่า GFR Cr HbA1C ระดับอัลบูมินในปัสสาวะ และค่าความดันโลหิต

2. แบบสอบถามประเมินการรับรู้โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พัฒนาจากจาก การสัมภาษณ์และทบทวนวรรณกรรมพัฒนาโดยผู้วิจัย ชื่อว่า CKD-3PQ (Chronic kidney disease stage 3 perception questionnaire รับการขอใช้เครื่องมือจาก ปริญญา หาวิรส และ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (พ.ศ. 2562) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 11 ข้อ ที่ประเมินการรับรู้อาการต่างๆ ของโรคไตเรื้อรัง หากมี อาการให้คะแนน 1 คะแนน หากไม่มีอาการ ให้ 0 คะแนน 3) แบบสอบถามภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บ ป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีการทำงานของไต ลดลงอย่างรวดเร็ว เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากจากการสัมภาษณ์และทบทวนวรรณกรรมพัฒนาโดยผู้วิจัย ชื่อว่า CKD-3PQ (Chronic kidney disease stage 3

perception questionnaire) ประกอบด้วยรายละเอียด 6 ด้าน นำมาใช้ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านลักษณะของโรคจำนวน 2) ด้านสาเหตุ 3) ระยะเวลา 4) ด้านผลกระทบ 5) การรักษาการควบคุม การแปลผลแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับต่ำ โดยค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 คะแนน หมายถึง ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

3. สื่อการสอน นวัตกรรม “CKD Insight ”บนฐานแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วย ใช้สื่อวิดีโอ ที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าใจง่าย โดยเน้นการเรียนรู้ผ่านการจำลองสถานการณ์ต่างๆ และการเปรียบเทียบคนไข้ปกติและคนไข้ที่เริ่มมีไตเสื่อม เช่น การสังเกตสีและลักษณะของน้ำปัสสาวะ การตรวจโปรตีนในน้ำปัสสาวะ การแสดงผลกระทบจากการไม่ควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคไต

4. แบบประเมินความพึงพอใจ การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยในการใช้นวัตกรรม มีจำนวนทั้งหมด 4 หมวด หมวดที่ 1 ความชัดเจนและความเข้าใจง่ายของเนื้อหา หมวดที่ 2 ความน่าสนใจของสื่อ หมวดที่ 3 ผลกระทบต่อพฤติกรรมและการเรียนรู้ หมวดที่ 4 ความพึงพอใจโดยรวม แบ่งเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง ไม่พึงพอใจ พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจ พึงพอใจอย่างยิ่ง การแปรผลแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ จำนวนการวัดคะแนนเฉลี่ยหมายถึง ค่าคะแนน 1.00 – 1.80 หมายถึง ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง ค่าคะแนน 1.81 – 2.60 หมายถึง ไม่พึงพอใจ ค่าคะแนน 2.61 – 3.40 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ค่าคะแนน 3.41 – 4.20 หมายถึง พึงพอใจ ค่าคะแนน 4.21 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้วิจัยแบบสอบถามภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปตรวจสอบ ความตรง ความถูกต้อง และความเหมาะสมของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งหาความตรงของเนื้อหามีค่า = 0.97 การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability) แบบสอบถามประเมินการรับรู้โรคไตเรื้อรังโดยใช้สูตรค่า ความเที่ยงคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ ค่าความเที่ยง 0.82 แบบสอบถามภาพสะท้อนทางความคิด ต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีการ ทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็ว คำนวณหาความเที่ยง โดยวิธีใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach’s Alphan Coefficient) มีค่าความเที่ยงรวมเท่ากับ 0.89

การเก็บข้อมูล ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาได้รับการประเมินการรับรู้ก่อนการใช้สื่อวิดีโอ (Pre-test) และหลังจากการใช้สื่อไปแล้ว (Post-test) โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย เช่น การประเมินความรู้สึกและการเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพ

การนำใช้นวัตกรรม

การนำใช้นวัตกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้และความเข้าใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคแทรกซ้อนไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมินเครื่องมือต่างๆ และให้ข้อมูลตามการรับรู้ที่ต่ำก่อนในช่วงสัปดาห์แรกเป็นรายกรณีและ ให้ดูสื่อวีดีโอร่วมด้วย โดยเพิ่มการรับรู้ดังนี้

ลักษณะของโรค (Identity) อาการแสดงของโรคไตเรื้อรัง เช่น ในระยะแรก ผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดงใดๆ เมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้น จะมีอาการดังนี้ เหนื่อย อ่อนเพลีย หมดแรง ใบหน้าบวม เท้าบวมทั้ง 2

ข้าง ปัสสาวะน้อยลง เป็นฟอง หรือเป็นสีน้ำล้างเนื้อ ปวดบั้นเอวบริเวณไตทั้ง 2 ข้าง การรับรู้โปรตีนรั่วในปัสสาวะโดยเปรียบเทียบให้ผู้ป่วยเห็นปัสสาวะของตนเองโดยให้สังเกตสี ลักษณะของปัสสาวะการเกิดฟองในคนไข้ที่มีไตรั่วในปัสสาวะ และสอนผู้ป่วยสังเกตแผ่นสตริปของตนเองในการเปลี่ยนสีซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าไตเริ่มเสื่อม เช่น สาเหตุ (Cause) บรรยายการรับรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg/dl ความดันโลหิตมากกว่า 130/80 mmHg รับประทานอาหารรสเค็มเค็ม ไตติดเชื้ออักเสบ การรับรับประทานยาชุดแก้ปวด ยาสมุนไพร โรคนิ่วในไต และอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ระยะเวลา (Timeline) บรรยายการรับรู้ถึงระยะเวลาในการเกิดโรคระยะเริ่มแรก เช่น โรคไตเรื้อรังตรวจเจอระยะเริ่มแรกหายได้ หากเราใส่ใจสุขภาพ แต่ถ้าเมื่อไหร่ที่เราไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพ ไตเสื่อมถาวรได้

สัปดาห์ที่ 2-4 ส่งเสริมการรับรู้ในด้านต่างๆ เพิ่มเติม เช่น ผลกระทบ (Consequences) การควบคุมหรือการรักษา (Cure/Control) การรักษาและการควบคุมโรค โดยมีการส่งพบนักโภชนากรในการสอนเรื่องอาหารและการนับคาร์บ การออกกำลังกาย การรับประทานยา

สัปดาห์ที่ 5 เพิ่มเพื่อนทางไลน์ และทีมสหวิชาชีพร่วมดูแล สอนใช้ ลงบันทึกสมุดประจำตัว

สัปดาห์ที่ 6-11 ส่งการบ้านทางไลน์ สอนเจาะน้ำตาล และการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ทบทวนความรู้ และซักถามประเด็นสงสัย

สัปดาห์ที่ 12 นัดติดตามอาการที่คลินิก ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าความดันโลหิต ติดตามอาการผิดปกติต่างๆ ประเมินผลลัพธ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตในผู้ป่วยเบาหวาน ประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม

วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลและการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ค่า HbA1C, ความดันโลหิต, ค่า eGFR, และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Urine microalbumin จะถูกติดตามและเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้เครื่องมือนวัตกรรม ผลลัพธ์ความพึงพอใจ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความพึงพอใจจากการใช้สื่อที่ให้ความรู้และประเมินระดับการรับรู้ของพวกเขาเกี่ยวกับโรคไต

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนพร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วมหรือปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในกรณีศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ประวัติข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 51 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สถานภาพสมรสคู่ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นระยะเวลา16 ปี ตรวจวินิจฉัยพบโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นระยะเวลา 2 เดือน ประวัติโรคร่วมอื่นคือ ตรวจพบไขมันในเลือดสูงได้ 8 ปี ความดันโลหิตสูงได้ 10 ปี

ประวัติข้อมูลทางคลินิก น้ำหนัก 67 กิโลกรัม ส่วนสูง 167 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 16 กก./ตร.ม. ค่าความดันโลหิต176/92 mmHg FBS 328 mg/dl HbA1C 11.6 % GFR 50.2 UMA 154 mg

ตารางที่ 2 กรณีศึกษาที่ 1 เทียบเทียบก่อนและหลังดูสื่อนวัตกรรม “การรับรู้การเจ็บป่วยโรคไต” (CKD Insight)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	**ก่อนดูสื่อนวัตกรรม**	**หลังดูสื่อนวัตกรรม**
1. น้ำหนัก	67 กิโลกรัม	67 กิโลกรัม
2. ดัชนีมวลกาย	16 กก./ตร.ม.	16 กก./ตร.ม.
3. ค่าความดันโลหิต	176/92 mmHg	136/72 mmHg
4. FBS	328 mg/dl	186 mg/dl
5. HbA1C	11.6 %	9.50 %
6. GFR	50.2	65.4
1. UMA	154 mg	102 mg
การประเมินการรับรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3	**ค่าคะแนนก่อนดูสื่อนวัตกรรม**	**ค่าคะแนนหลังดูสื่อนวัตกรรม**
1. การรับรู้ลักษณะอาการ	2.30	4.00
2. การรับรู้สาเหตุ	2.25	3.75
3. การรับรู้ระยะเวลา	2.15	3.80
4. การรับรู้ผลกระทบ	3.50	4.45
5. การรับรู้การรักษาและควบคุม	2.85	4.50
ระดับความพึงพอใจ	ไม่ประเมิน	4.50

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพก่อนและหลังใช้นวัตกรรม “CKD Insight ”บนฐานแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 พบว่า ตัวชี้วัดทางคลินิกหลายด้านมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างชัดเจน ภายหลังเข้ารับการเรียนรู้ผ่านสื่อวิดีโอ โดยน้ำหนักและดัชนีมวลกายคงที่ แต่ค่าความดันโลหิตลดลงจาก 176/92 mmHg เป็น 136/72 mmHg ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ลดลงจาก 328 mg/dl เป็น 186 mg/dl และค่า HbA1C ลดลงจาก 11.6% เป็น 9.50% ซึ่งสะท้อนถึงการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) เพิ่มขึ้นจาก 50.2 เป็น 65.4 และระดับโปรตีนในปัสสาวะ (UMA) ลดลงจาก 154 mg เป็น 102 mg บ่งชี้ถึงการทำงานของไตที่ดีขึ้นหลังการใช้นวัตกรรม ด้านการรับรู้การเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่าผู้ป่วยมีพัฒนาการในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญ โดยการรับรู้ลักษณะของโรค การรับรู้สาเหตุ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ และการรับรู้ด้านการรักษาและควบคุมโรค เปลี่ยนจากค่าคะแนนระดับ “ต่ำ” หรือ “ปานกลาง” ไปสู่ค่าคะแนนระดับ “สูง” ทุกด้าน แสดงถึงการเพิ่มขึ้นของความเข้าใจและการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอย่างชัดเจน ผู้ป่วยรายนี้ยังรายงานระดับความพึงพอใจต่อสื่อนวัตกรรมในระดับ “พึงพอใจมากที่สุด”

กรณีศึกษาที่ 2

ประวัติข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 55 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สถานภาพสมรสคู่ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นระยะเวลา 8 ปี ตรวจวินิจฉัยพบโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นระยะเวลา 1 เดือน ประวัติโรคร่วมอื่นคือ ตรวจพบไขมันในเลือดสูงได้ 5 ปี ความดันโลหิตสูงได้ 7 ปี **ประวัติข้อมูลทางคลินิก** น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 28 กก./ตร.ม. ค่าความดันโลหิต159/95 mmHg FBS 168 mg/dl HbA1C 10.2 % GFR 59 UMA 95 mg

ตารางที่ 3 กรณีศึกษาที่ 2 เทียบเทียบก่อนและหลังดูสื่อนวัตกรรม “การรับรู้การเจ็บป่วยโรคไต” (CKD Insight)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	**ก่อนดูสื่อนวัตกรรม**	**หลังดูสื่อนวัตกรรม**
1. น้ำหนัก	78 กิโลกรัม	78 กิโลกรัม
2. ดัชนีมวลกาย	28 กก./ตร.ม.	28 กก./ตร.ม.
3. ค่าความดันโลหิต	159/95 mmHg	127/78 mmHg
4. FBS	168 mg/dl	145 mg/dl
5. HbA1C	10.2 %	9.45 %
6. GFR	59	65
7. UMA	95 mg	54 mg
การประเมินการรับรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3	**ค่าคะแนนก่อนดูสื่อนวัตกรรม**	**ค่าคะแนนหลังดูสื่อนวัตกรรม**
1. การรับรู้ลักษณะอาการ	2.30	4.64
2. การรับรู้สาเหตุ	3.50	3.95
3. การรับรู้ระยะเวลา	2.05	4.10
4. การรับรู้ผลกระทบ	3.05	3.85
5. การรับรู้การรักษาและควบคุม	2.45	4.45
ระดับความพึงพอใจ	ไม่ประเมิน	4.50

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพก่อนและหลังใช้นวัตกรรม “CKD Insight ”บนฐานแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยในกรณีศึกษาที่ 2 พบว่าตัวชี้วัดทางคลินิกมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างชัดเจน หลังรับชมสื่อวิดีโอ น้ำหนักและดัชนี มวลกายคงที่ ค่าความดันโลหิตลดลงจาก 159/95 mmHg เป็น 127/78 mmHg ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ลดลงจาก 168 mg/dl เป็น 145 mg/dl และค่า HbA1C ลดลงจาก 10.2% เป็น 9.45% บ่งชี้ถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) เพิ่มจาก 59 เป็น 65 และระดับโปรตีนในปัสสาวะ (UMA) ลดลงจาก 95 mg เป็น 54 mg ซึ่งสะท้อนถึงการทำงานของไตที่ดีขึ้น ด้านการรับรู้โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้ป่วยมีพัฒนาการในทุกองค์ประกอบ โดยการรับรู้ลักษณะโรค การรับรู้สาเหตุ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ และการรับรู้การรักษาและควบคุมโรค เปลี่ยนจากค่าคะแนนระดับต่ำหรือปานกลางเป็นค่าคะแนนระดับสูงทั้งหมด แสดงถึงความเข้าใจต่อโรคที่ลึกซึ้งขึ้นอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ผู้ป่วยรายนี้รายงานระดับความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมอยู่ในระดับ “พึงพอใจมากที่สุด”

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรม “CKD Insight ”บนฐานแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 2 ราย โดยมุ่งเน้นทั้งด้านผลลัพธ์ทางคลินิกและการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โรคตามกรอบแนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย (Illness Representation) ของ Leventhal ซึ่งมองว่าการที่ผู้ป่วยตีความโรคของตนเองได้ถูกต้อง จะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมขึ้น และส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการรักษาในที่สุด ผลลัพธ์จากการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนหลักการดังกล่าวอย่างชัดเจน

ในกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายอายุ 51 ปี มีภาวะเบาหวานมาเป็นเวลานานถึง 16 ปี และมีการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ก่อนใช้นวัตกรรม พบว่ามีค่าความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด HbA1C และระดับโปรตีนในปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์สูง ขณะที่ค่า GFR อยู่ในระดับต่ำ

ซึ่งสะท้อนถึงการทำงานของไตที่ลดลง อย่างไรก็ตาม ภายหลังการใช้นวัตกรรม ผู้ป่วยรายนี้มีแนวโน้มทางคลินิกดีขึ้นอย่างเด่นชัด ได้แก่ ความดันโลหิต FBS HbA1C และ UMA ลดลง ขณะที่ GFR เพิ่มสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นและการปรับตัวด้านสุขภาพที่เป็นผลมาจากความเข้าใจโรคที่ลึกซึ้งขึ้น

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงอายุ 55 ปี มีประวัติโรคเบาหวาน 8 ปี และได้รับการวินิจฉัย CKD ระยะที่ 3 เช่นเดียวกัน พบว่า แม้ผู้ป่วยจะมีภาวะอ้วนและภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย แต่ภายหลังใช้นวัตกรรม CKD Insight ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาล FBS ค่า HbA1C และระดับ UMA ลดลง ขณะที่ค่า GFR เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการบ่งชี้ถึงการทำงานของไตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีเหล่านี้สอดคล้องกับหลักฐานที่ระบุว่าการรับรู้โรคที่ดีขึ้นสามารถนำไปสู่การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น น้ำตาลและความดันโลหิต ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการเสื่อมของไต เมื่อพิจารณาด้านการรับรู้โรคของผู้ป่วยทั้งสองราย พบว่ามีการเพิ่มขึ้นในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ลักษณะของโรค สาเหตุ ระยะเวลา ผลกระทบ และความสามารถในการควบคุมโรค จากระดับต่ำหรือปานกลาง ก่อนการใช้นวัตกรรม ไปสู่ระดับสูงหลังการใช้นวัตกรรม การเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนให้เห็นว่าสื่อวิดีโอ CKD Insight ซึ่งนำเสนอผ่านภาพจำลองและสถานการณ์เข้าใจง่าย ช่วยให้ผู้ป่วยประเมินโรคของตนเองได้อย่างถูกต้องขึ้น ลดความคลาดเคลื่อนของการรับรู้โรค สอดคล้องกับงานวิจัยของปริญญา หาวิรสและนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีความเข้าใจโรคไม่ชัดเจน โดยเฉพาะสาเหตุและผลกระทบ ซึ่งหากได้รับข้อมูลที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มการรับรู้และนำไปสู่การดูแลตนเองที่ดีขึ้น[11] ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นและการเพิ่มขึ้นของการรับรู้โรคยังสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์โรคไตในประเทศไทยจาก HISO ซึ่งชี้ว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไตเสื่อมเร็วในผู้ป่วยเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตที่ไม่ดี การใช้นวัตกรรม CKD Insight จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว การเพิ่มขึ้นของ GFR และการลดลงของ UMA ในทั้งสองกรณี เป็นดัชนีบ่งชี้ว่าการดำเนินโรคมีแนวโน้มชะลอลง ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่มีความหมายเชิงคลินิกอย่างยิ่ง ผู้ป่วยทั้งสองรายรายงาน “ความพึงพอใจมากที่สุด” ต่อสื่อวิดีโอ ยังสะท้อนถึงความเหมาะสมของนวัตกรรมสำหรับกลุ่มประชากรชนบทที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญตามรายงาน Thai-SEEK และรายงานสุขภาพของคนไทย[4] การสื่อสารผ่านภาพ วิดีโอ และสถานการณ์จำลองทำให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคได้ง่ายขึ้นและสามารถจดจำเนื้อหาได้ดีกว่าการให้คำแนะนำแบบปกติ สะท้อนให้เห็นว่า นวัตกรรม “การรับรู้การเจ็บป่วยโรคไต” มีประสิทธิผลในการเพิ่มระดับการรับรู้โรคตามกรอบแนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วย (Illness Representation) ส่งผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าทางคลินิกของผู้ป่วย และสอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยและข้อมูลสถานการณ์ของประเทศไทย ผลลัพธ์ดังกล่าวสนับสนุนให้มีการใช้นวัตกรรมรูปแบบนี้อย่างกว้างขวางในระบบสุขภาพชุมชน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยในการชะลอความเสื่อมของไตในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรบูรณาการนวัตกรรมการเสริมสร้างนวัตกรรม “CKD Insight ”บนฐานแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วย ในการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยเฉพาะในคลินิกเบาหวานและคลินิกโรคไต เพื่อเสริมสร้างการรับรู้โรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ควรขยายการวิจัยในอนาคตด้วยกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น พร้อมการติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมต่อการชะลอการเสื่อมของไต

รวมถึงการออกแบบการศึกษาแบบสุ่มแบ่งกลุ่มทดลองเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของนวัตกรรม

3. ควรส่งเสริมให้หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิใช้สื่อการเรียนรู้ด้านโรคไตเรื้อรังเป็นมาตรฐานเพื่อเพิ่มศักยภาพของประชาชนในการป้องกันและชะลอความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง สอดคล้องกับแนวโน้มสถานการณ์โรคไตในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation.(2021).IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation;. Available from: https://www.diabetesatlas.org
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2564).รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2564.
3. World Health Organization.(2013). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; Available from: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
4. Smith J, Johnson M, Williams R.(2019). Awareness and risk factors for chronic kidney disease: A study of early detection in diabetic patients. J Ren Health,25(3):134–45.
5. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. .(2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant,25(5):1567–75. doi:10.1093/ndt/gfp734
6. ประเสริฐ ธ.(2558) สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. [เข้าถึงเมื่อ 13 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_9.pdf
7. โรงพยาบาลชัยภูมิ.(2567). สถิติผู้ป่วยและข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องประจำปี 2567
8. กรมการแพทย์.(2563). รายงานการศึกษาเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.
9. Soukup M.(2000). Developing nursing practice guidelines using an evidence-based practice framework. J Nurs Pract,14(2):47–53.
10. The Joanna Briggs Institute.(2014). Critical appraisal tools for use in JBI systematic reviews. Adelaide: JBI,Available from: https://jbi.global/critical-appraisal-tools
11. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. J Behav Med,39(6):935–46. doi:10.1007/s10865-016-9760-3
12. ปริญญา หาวิรส ป., นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ น. (2562). ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็ว. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ,37(4):216–23.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลกำแพงแสน

Development of a Sepsis Patient Care Model at Kamphaeng Saen Hospital.

(Received: December 24,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ณิชาภา หนูผาสุข[1]
Nichapa Noophasuk

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยอาศัยกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพบริการของ Donabedian และการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติด้วยเครื่องมือ AGREE II เป็นแนวทางกำกับการพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และร่างรูปแบบ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและนำไปใช้จริง และระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน จำนวน 230 คน และพยาบาลวิชาชีพ 12 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ (1) การพัฒนาระบบการประเมินคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (2) การพัฒนาความรู้และแนวทางการรักษาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน (3) การเผยแพร่แนวปฏิบัติและสร้างระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และ (4) การติดตามประเมินผลและกำกับดูแลการปฏิบัติ ในด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อเพียงร้อยละ 12.17 แสดงถึงประสิทธิผลของการดูแลภายใต้รูปแบบใหม่ ในด้านผลลัพธ์เชิงกระบวนการ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 14.08 เป็น 17.50 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติตามแนวทาง โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติสม่ำเสมอร้อยละ 89.70 ขณะที่ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, รูปแบบการพยาบาล, โรงพยาบาลชุมชน, คุณภาพการพยาบาล

Abstract

The study employed a quasi-experiment research aimed to develop and evaluate a nursing care model for patients with sepsis, guided by Donabedian's quality of care framework and the AGREE II instrument for appraising the quality of clinical practice guideline. Consisting of three phases: Phase 1, situation analysis and draft model development; Phase 2, model development and implementation in clinical practice; and Phase 3, outcome evaluation of the model. The sample comprised 230 inpatients diagnosed with sepsis and 12 registered nurses working in the inpatient ward. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The developed care model consisted of four core components: (1) development of a systematic screening and risk patient, (2) standardization of nurses' knowledge and treatment pathways, (3) dissemination of clinical guideline and establishment of an effective communication system, and (4) continuous monitoring, evaluation, and supervision of nursing practice. Regarding patient outcomes after implementation, only 12.17% of patients developed septic shock form sepsis, indicating favorable clinical effectiveness of the new model. For process-related outcomes, the mean knowledge score of nurses regarding sepsis care increased from 14.08 to 17.50 points, with a statistically significant improvement. Overall adherence to the nursing practice guideline reached 89.70% at the consistent performance level. Satisfaction of nurse with the care model ranged from high to very high in all domains, reflecting its appropriateness and feasibility in real-world practice.

Keywords: sepsis, nursing care model, community hospital, quality of nursing care

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทั่วโลก โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงติด 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดย พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2567 จำนวน 78,563, 85,784 และ 90,512 ราย ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ดังนั้นหัวใจสำคัญของการดูแลรักษา คือ ความรวดเร็วในการคัดกรอง อาการของผู้ป่วยให้ได้รับการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาทันที ได้แก่ การประคับประคองไม่ให้เกิดอวัยวะล้มเหลว ได้แก่ การบริหารสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ การดูแลทางเดินหายใจให้มีประสิทธิภาพ และการดูแลที่สำคัญที่สุด คือ การเฝ้าระวังติดตามระบบไหลเวียน (hemodynamic monitoring) ได้แก่ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง (Mean Arterial Pressure: MAP) ให้มีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป้าหมายหลักในการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คือ ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามพยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญในกระบวนการรักษาผู้ป่วย ในการเฝ้าระวังค่าพารามิเตอร์ต่างๆ และสัญญาณชีพของผู้ป่วย รวมทั้งวิเคราะห์อาการเปลี่ยนแปลง และอาการผิดปกติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้[1,2,3]

กลยุทธ์เร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดถือเป็นกุญแจสู่การลดอัตราการเสียชีวิต โดยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตที่ต้องการการตอบสนองที่รวดเร็ว และแม่นยำ เพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิต กลยุทธ์สำคัญในการรักษามุ่งเน้นการคัดกรองผู้ป่วยที่แสดงอาการเบื้องต้น และการรักษาอย่างทันท่วงที ประกอบด้วยการให้สารน้ำและเลือดทดแทน การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด และยากระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยเป้าหมายคือการรักษาค่าความดันในหลอดเลือดแดงเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure: MAP) และระดับออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนกลางให้เป็นไปตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขไทยได้เล็งเห็นความสำคัญของภาวะนี้ โดยกำหนดให้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561-2565 มีตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย การให้สารน้ำรวม 30 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมภายใน 1 ชั่วโมงแรก ทั้งนี้ หมายคือการปฏิบัติตามตัวชี้วัดดังกล่าวในผู้ป่วยไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบวิกฤตภายใน 3 ชั่วโมงไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 (กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) เพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic Shock)[4,5,6]

โดยในโรงพยาบาลกำแพงแสน เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ให้บริการผู้ป่วยหลากหลายประเภท โดยงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ครองจำนวนเตียงทั้งหมด 60 เตียง ในปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่ามีผู้มารักษาด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 365, 694 และ 606 คน ตามลำดับ โดยมีอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 4.11, 2.88 และ 3.96 ตามลำดับ (โรงพยาบาลกำแพงแสน, 2567) การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในรูปแบบเดิม ในหอผู้ป่วยในจากการบันทึกพบว่ามีปัญหาในเรื่อง การประเมินผู้ป่วยยังล่าช้า เจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจและการตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การบริหารสารน้ำทดแทนไม่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย การเฝ้าระวัง และติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ไม่มีการกำหนด warning signs ที่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาล่าช้า ผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิด

รุนแรงไม่ได้รับการส่งต่อทันเวลาส่งผลให้เกิดอวัยวะสำคัญล้มเหลว และมีอัตราการเสียชีวิตสูง รวมไปถึงการบันทึกการพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง และครอบคลุม[7,8]

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้มีการพัฒนาขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด โดยคำนึงถึงบริบทของโรงพยาบาล หรือการใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาลาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด ถึงแม้ว่าผลลัพธ์ของการพยาบาลจะมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ก็ยังเกิดสถานการณ์การสูญเสียของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ยังอยู่ในอัตราที่ค่อนข้างสูง ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลกำแพงแสน เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น รวมถึงเป็นแนวทางในการดำเนินการด้านปฏิบัติการพยาบาลให้มีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้โครงการนี้เป็นรากฐานสำคัญในการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลกำแพงแสน และเป็นต้นแบบในการประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลอื่นในเครือข่ายต่อไป[2,7,9,10]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้
2. มีแนวทางในการดูแลการติดเชื้อในกระแสเลือดไปในทางเดียวกัน

วิธีการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแนวทางวิจัยเชิงพัฒนา โดยใช้กรอบแนวคิด Donabedian (1980) ผสมผสานร่วมกับกลยุทธ์ 3 ขั้นตอนของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย และเสริมด้วยกระบวนการพัฒนาบุคลากรตามโมเดล ADDIE เพื่อให้การออกแบบและพัฒนารูปแบบการดูแลมีความเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งการวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบการพัฒนา การนำไปใช้ และการประเมินผล โดยแบ่งขั้นตอนดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การออกแบบ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด

ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการจัดทำร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกเฉพาะกรณี (Clinical Nursing Practice Guideline) สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยศึกษาจากสถานการณ์โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาลซึ่งเป็นคณะทำงาน ซึ่งกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยผู้บริหารโรงพยาบาล และแพทย์อายุกรรม 2 คน รวมถึงพยาบาลผู้พัฒนารูปแบบซึ่งเป็นคณะทำงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลกำแพงแสน มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 12 คน รวมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 10 คน และพัฒนารูปแบบนี้ขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต หลังจากได้รับข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงร่าง CNPG-Sepsis ให้สมบูรณ์ก่อนเข้าสู่การทดลองใช้ในระยะถัดไป

ระยะที่ 2 การทดลองใช้ และปรับปรุง เพื่อนำไป

ผู้วิจัยนำร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG-Sepsis) ที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของแนวทางการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามมาตรฐานสากลและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาเข้าสู่กระบวนการทดลองใช้จริง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลกำแพงแสน จำนวน 5 ราย กระบวนการทดลองนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบประสิทธิภาพและความเหมาะสมของแนวปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยเน้นการวิเคราะห์ผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยใน

สภาวะวิกฤตในระหว่างและหลังการทดลองใช้ CNPG-Sepsis ผู้วิจัยได้จัดให้มีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปี ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต กระบวนการสัมภาษณ์มุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเชิงลึกเกี่ยวกับความสะดวกในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ความท้าทายในการปฏิบัติตามแนวทาง รวมถึงข้อเสนอแนะในการปรับปรุงด้านต่าง ๆ ได้แก่ การจัดการเวลา การสื่อสารภายในทีม และการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย โดยการรับฟังข้อเสนอแนะจากพยาบาลเป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยปรับปรุง CNPG-Sepsis ให้เหมาะสมยิ่งขึ้นกับบริบทเฉพาะของโรงพยาบาล ทั้งในด้านทรัพยากร ความพร้อมของบุคลากร และการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน การดำเนินการเช่นนี้สะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) และการสร้างความร่วมมือภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพและลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การพัฒนา

มีการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 230 ราย โดยประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อและอัตราการเสียชีวิตหลังการใช้รูปแบบใหม่ และกลุ่มพยาบาลผู้ให้การดูแล จำนวน 12 คน ตามเกณฑ์ที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี ในหอผู้ป่วยใน โดยประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนา โดยการดำเนินการในแต่ละระยะมุ่งเน้นการปรับปรุงคุณภาพการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและทรัพยากรของโรงพยาบาลกำแพงแสน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มความพึงพอใจของบุคลากรและผู้ป่วย

ระยะเวลาการดำเนินงาน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2568 – ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้มารับบริการอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ตั้งแต่เดือน มกราคม 2568 – ธันวาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้มารับบริการ จำนวน 230 คน มีคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ 1) เป็นชายและหญิง 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) มีความสามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้เป็นอย่างดี 4) สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูล อ่าน เขียน ฟังได้ยิน และเข้าใจ ภาษาไทยได้ดี 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และ 6) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีเกณฑ์คัดออกคือ 1) เข้าร่วมวิจัยไม่ครบทุกขั้นตอน และ 2) มีความประสงค์ไม่เข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์การอบรมเรื่องปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3. แบบประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II) ของ The AGREE Research Trust สำหรับใช้ในระยะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ในส่วนของการประเมินร่าง CNPG Sepsis ประกอบด้วย 6 หมวด 23 เกณฑ์ โดยแต่ละเกณฑ์ให้คะแนนจาก 1 (ไม่เห็นด้วยเป็นอย่าง

มาก) จนถึง 7 (เห็นด้วยเป็นอย่างมาก) โดยการแปลคะแนนตามเกณฑ์การคิดคะแนนดังนี้

1-2 หมายถึง ไม่เป็นไปตามเกณฑ์

3-4 หมายถึง เป็นไปตามเกณฑ์ในระดับที่ค่อนข้างน้อย

5-6 หมายถึง เป็นไปตามเกณฑ์ในระดับที่ค่อนข้างมาก

7 หมายถึง เป็นไปตามเกณฑ์อย่างสมบูรณ์

โดยการประเมินผลคะแนน นี้ใช้ร่วมกับการประเมินการให้คะแนนคุณภาพแต่ละหมวด โดยคะแนนที่มากเกินร้อยละ 50 ถือว่าแนวทางปฏิบัติ หรือมาตรฐานที่ประเมนอยู่เป็นไปตามเกณฑ์ของข้อความหลักนี้ในระดับที่สูงกว่าครึ่งหนึ่งของคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุด

4. แบบบันทึกผลลัพธ์ผู้ป่วย ใช้สำหรับการประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยจาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ประกอบด้วยการประเมินภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และอัตราการเสียชีวิต ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการและกรอกข้อมูล

5. แบบทดสอบความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้สำหรับการประเมินผลลัพธ์กระบวนการดูแลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ระยะที่ 3 ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เกี่ยวกับโรค สาเหตุ การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คำตอบมี 4 ตัวเลือก ให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องมากที่สุดเพียงข้อเดียว หากตอบถูกจะได้ 1 คะแนน หากตอบผิดจะได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน แปลผลคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Bloom[11] เพื่อแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดีมาก (ได้คะแนน 16.00-20.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (ได้คะแนน 12.00-15.99 คะแนน) และระดับต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน)

6. แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้สำหรับการประเมินผลลัพธ์กระบวนการดูแลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ระยะที่ 3 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 33 ข้อ ตัวเลือกตอบเป็นแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมเลย ปฏิบัติกิจกรรมเป็นบางครั้ง และปฏิบัติกิจกรรมอยู่สม่ำเสมอเป็นประจำ ประเมินผลแต่ละประเด็นจากจำนวน และร้อยละของการเลือกตอบ

7. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตากการทบทวนวรรณกรรม ใช้สำหรับการประเมินผลลัพธ์กระบวนการดูแลของการพัฒนารูปแบบการดุแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ระยะที่ 3 ประกอบด้วยรายการประเมิน 40 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 5 โดยการแปลคะแนนระดับความพึงพอใจตามเกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้[11]

1.00 - 1.49 หมายถึง พึงพอในระดับน้อยที่สุด

1.50 - 2.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย

2.50 - 3.49 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง

3.50 - 4.49 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก

4.50 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สังเคราะห์ ตีความสรุปประเด็นต่าง ๆ ตลอดการปฏิบัติงานวิจัย

สถิติวิเคราะห์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อน และหลังการทดลองนำมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดให้ $p\ value < 0.05$ ถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 61.12 ปี, SD = 16.75) โดยกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปีพบมากที่สุด (30.00%) และมีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (76.96%) สะท้อนข้อจำกัดด้านความรอบรู้สุขภาพและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ ภาวะการวินิจฉัยที่พบมากที่สุดคือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพียงโรคเดียว (66.96%) ขณะที่โรคประจำตัวที่พบร่วมมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ COPD ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมต่อความรุนแรงของโรค ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลจำเป็นต้องสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยกลุ่มสูงวัยที่มีโรคร่วมหลายชนิด

2. คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (66.67%) และอยู่ในช่วงอายุ 21–30 ปี (58.33%) โดยมีประสบการณ์อบรมเฉพาะด้าน sepsis เพียง 1 ครั้งเป็นส่วนใหญ่ (75.00%) แสดงถึงความจำเป็นในการสนับสนุนทักษะเชิงลึกและการอบรมต่อเนื่อง ข้อมูลนี้ช่วยให้เห็นโครงสร้างกำลังคนที่ยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นวิชาชีพ ซึ่งต้องการการจัดระบบสนับสนุน เช่น โปรแกรมพี่เลี้ยงทางคลินิก (clinical mentorship) และหลักสูตรอบรมเฉพาะทางเพื่อเพิ่มความมั่นใจและความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย sepsis

3. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย sepsis และประเด็นปัญหาที่พบ พบ 4 ประเด็นสำคัญที่เป็นช่องว่างของระบบ ได้แก่ (1) การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังล่าช้าและไม่เป็นระบบ ทำให้เริ่มการรักษาไม่ทันเวลา (2) การเผยแพร่ CPG/CNPG ไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะในพยาบาลใหม่ (3) ความรู้และการปฏิบัติไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างหน่วยงาน (4) การติดตามประเมินผล (audit) และการนิเทศยังไม่ต่อเนื่อง ปัญหาเหล่านี้เป็นเหตุผลสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมระบบคัดกรอง การพัฒนาความรู้ สื่อสาร แนวปฏิบัติ และระบบกำกับดูแลอย่างเป็นเอกภาพ

4. ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ระบบคัดกรองและประเมิน early sepsis (2) ระบบพัฒนาความรู้และแนวทางรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (3) ระบบสื่อสารและการเผยแพร่แนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (4) ระบบติดตามประเมินผลและกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง รูปแบบดังกล่าวสามารถตอบโจทย์จากข้อจำกัดที่พบในสถานการณ์จริง ช่วยลดความเหลื่อมล้ำของความรู้ และสร้างระบบดูแลที่มีมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งหอผู้ป่วย

5. ผลการประเมินความรู้ของพยาบาลหลังใช้รูปแบบใหม่ คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 14.08 เป็น 17.50 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่ารูปแบบการดูแลมีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย sepsis ได้แก่ การประเมินความรุนแรง การตีความค่าทางห้องปฏิบัติการ และการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ ส่งผลให้การดูแลมีความแม่นยำและมั่นใจมากขึ้น ลดความคลาดเคลื่อนทางคลินิก และเพิ่มศักยภาพของทีมพยาบาลโดยรวม

6. ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล (compliance) ภาพรวมการปฏิบัติสม่ำเสมออยู่ที่ร้อยละ 89.70 โดยด้านที่ทำได้ดีที่สุดคือ การดูแลเฝ้าระวังตามระดับความรุนแรง (96.92%) รองลงมาคือการคัดกรองความเสี่ยงและการวางแผนจำหน่าย ในขณะที่ด้านการส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามหลังการส่งต่อมีอัตราการปฏิบัติสม่ำเสมอน้อยกว่า (72.92%) แม้ยังอยู่ในระดับดี ผลลัพธ์นี้สะท้อนว่ารูปแบบใหม่สามารถดำเนินการได้จริงในบริบทหน่วยงาน แต่ยังต้อง

ปรับปรุงระบบสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยเพื่อให้การดูแลเป็นระบบไร้รอยต่อมากยิ่งขึ้น

7. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล ผลจากแบบประเมิน 40 ข้อพบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด โดยหมวดผลลัพธ์และประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้คะแนนสูงที่สุด (M = 4.62, SD = 0.58) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนำไปสู่ผลลัพธ์เชิงคลินิกที่ดีขึ้น เช่น ลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความมั่นใจของพยาบาลในการดูแล ส่วนหมวดที่มีคะแนนน้อยกว่าแต่ยังอยู่ในระดับมาก คือ ความชัดเจนของรูปแบบการดูแล (M = 4.47) ซึ่งสะท้อนว่าบางขั้นตอนยังอาจซับซ้อนและต้องการคู่มือที่เข้าใจง่ายขึ้น ผลลัพธ์โดยรวมยืนยันว่ารูปแบบนี้เหมาะสมต่อบริบทหอผู้ป่วยใน และมีศักยภาพสูงในการขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชนอื่น

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดช่วยยกระดับคุณภาพบริการอย่างมีนัยสำคัญ โดยในมิติ โครงสร้าง (Structure) พบว่าการสนับสนุนความรู้ เครื่องมือคัดกรอง และระบบงานที่ชัดเจน ได้แก่ qSOFA และ lactate measurement รวมถึงการอบรมและการทบทวนแนวปฏิบัติ ส่งผลให้พยาบาลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากถึงมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Donabedian ที่ชี้ว่าคุณภาพบริการต้องเริ่มจากพื้นฐานด้านโครงสร้างที่แข็งแรง เพื่อรองรับกระบวนการคุณภาพในลำดับต่อไป[1,6,12]

ในมิติกระบวนการ (Process) พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางอย่างสม่ำเสมอถึงร้อยละ 89.70 โดยเฉพาะด้านการเฝ้าระวังตามระดับความรุนแรงที่มีอัตราสูงที่สุด (96.92%) สะท้อนการนำแนวปฏิบัติใหม่มาประยุกต์ใช้ได้อย่างเป็นระบบ มีความสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ruangchan et al. (2016) และ Satiracharoenkul et al. (2024) ที่พบว่าการประเมินและการรักษาที่รวดเร็ว เช่น การให้ยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมง ช่วยลดอัตราตายได้จริง อีกทั้งการอบรมและการฝึก simulation ยังช่วยเพิ่มความมั่นใจและความแม่นยำในการประเมิน early sepsis ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการดูแล[4,5,6]

ผลการประเมินความรู้ก่อน–หลังการใช้รูปแบบพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Edwards & Jones (2021) ที่รายงานว่าการอบรม SSC และการใช้ guideline ส่งผลเพิ่มความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาลโดยตรง การมีโครงสร้างสนับสนุนการเรียนรู้ เช่น การอบรมและการสื่อสารทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นฐานสำคัญของคุณภาพบริการตามกรอบ Donabedian[2,3,7]

ด้านความพึงพอใจของพยาบาล พบว่าอยู่ในระดับมาก–มากที่สุดทุกด้าน โดยหมวดผลลัพธ์และประโยชน์ที่ได้รับมีคะแนนสูงที่สุด (M = 4.62) สะท้อนว่ารูปแบบช่วยเพิ่มความมั่นใจ ลดความคลาดเคลื่อน และเสริมระบบการดูแลผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน สอดคล้องกับงานของ จริยา พันธุ์วิทยากูล ที่พบว่า guideline ที่ชัดเจนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม หมวดความชัดเจนของรูปแบบมีคะแนนต่ำกว่า (M = 4.47) ชี้ว่าบางขั้นตอนยังต้องปรับให้ง่ายและกระชับขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งาน[9,13,14]

สุดท้าย การพัฒนารูปแบบประสบความสำเร็จเพราะมีการมีส่วนร่วมของพยาบาลและสหสาขา รวมถึงการปรับให้สอดคล้องกับบริบทจริงของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับกรอบ Donabedian ที่ต้องอาศัยความสอดคล้องระหว่างโครงสร้าง–กระบวนการ–ผลลัพธ์ ขณะเดียวกัน การกำหนด time target การสร้างระบบสื่อสารชัดเจน และการติดตามแบบต่อเนื่องทำให้รูปแบบ CNPG-Sepsis มีความพร้อมสูงต่อการขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ และสามารถรองรับ

ภาระผู้ป่วย sepsis ที่เพิ่มขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต[9,11,12]

ข้อเสนอแนะ

1. การติดตามผลลัพธ์เชิงระบบ และปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง โดยควรมีระบบติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วย sepsis อย่างสม่ำเสมอ หากยังไม่บรรลุเป้าหมายให้มีการวิเคราะห์สาเหตุ และนำข้อมูลกลับมาปรับปรุงกระบวนการอย่างเป็นระบบ

2. การพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้วยความรู้ และทักษะเฉพาะทาง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน ควรสนับสนุนการอบรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือเมื่อมี guideline ใหม่ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ทันสมัย เพิ่มความมั่นใจ และลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยหลายฉบับ

3. ศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบครบเส้นทาง ตั้งแต่ ER ถึงจำหน่าย ควรมีการศึกษาติดตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย sepsis อย่างละเอียด ตั้งแต่ขั้นตอนคัดกรองที่ ER การให้สารน้ำ การเฝ้าระวังในวอร์ด ไปจนถึงภาวะสุดท้ายก่อนจำหน่าย เพื่อค้นหาจุดเสี่ยงและคอขวดของระบบ

4. การประเมินผลลัพธ์ในระยายาวมากกว่า 28 วัน ได้แก่ อัตรากลับมารักษาซ้ำ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตหลังรักษา ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนประสิทธิภาพของระบบในเชิงลึกและระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานทางสถิติอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด [อินเตอร์เน็ต]. ค้นเมื่อ 2 ธันวาคมธันวาคม 2567 เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reportsกรมการแพทย์
2. Donabedian A. (1960). Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor (MI): Health Administration Press.
3. Edwards M, Jones S. (2021). Effects of sepsis and Surviving Sepsis Campaign training on nurses' knowledge, skills and attitudes: A quasi-experimental study. Nurse Educ Today;103:104949.
4. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. เข้าถึงได้จาก: http://data.ptho.moph.go.th/inspec/2562/inspec62_1/9 (14.11.61%20edited).pdf
5. Ruangchan K, Rattanapong C, et al. (2016). Clinical outcomes of community-acquired severe sepsis after implementation of a simple severe sepsis fast track: A retrospective multicenter study. J Med Assoc Thai;99(4):S120–9.
6. Satiracharoenkul S, Worapot A, Chatrattanakulchai N, et al. (2024). FAST (Fast Track Alert System Timer): Reducing time to antibiotics for septic patients in the emergency department. Emerg Med J;41(2):95–102.
7. คนึงนิจ ศรีษะโคตร, วไลพร ปักเคระกา, จุลินทร ศรีโพนทัน, นิสากร วิบูลชัย, สุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง, รุ่งนภา ธนูชาญ, พุทธกัญญา นารถศิลป์, เพิ่มพูน ศิริกิจ, และชวมัย ปิ่นะเก. (2564). การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะเหตุติดเชื้อ. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 27(2), 150-167.
8. สมพร รอดจินดา. (2563). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลน่าน.วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก , 31(1), 212-231.
9. จริยา พันธุ์วิทยากูล, และจิราพร มณีพราย. (2561). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารกองการพยาบาล, 45(1), 86-104.
10. วิทยา บุตรสาระ, ยุพนา ลิงลม, และสำเนียง คำมุข. (2560). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี, 17-25.

11. Bloom, B. M. (1968). Learning for Mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs, 1, 1-12.
12. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock (ฉบับร่าง). เข้าถึงได้จาก: http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/HA/miniconf/5.pdf.
13. ฐิติมา ประเสริฐ. (2567). ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามกระบวนชุดการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดภายในหนึ่งชั่วโมงกับการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคเหตุพิษติดเชื้อ ณ ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพยาบาลพล
14. ประไพพรรณ ฉายรัตน์, และสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล. (2565). ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(3), 224-231.

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคทางเดินหายใจส่วนบนต่อการกลับเป็นซ้ำ

The results of a health literacy program on reducing recurrence in pediatric upper respiratory tract infection management.

(Received: December 24,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

กรรณิกา ใจดี[1]
Kunnika Jaidee

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยอาศัยแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และแกลิค โปรแกรมมุ่งเพิ่มสมรรถนะเชิงความรู้ ทักษะปฏิบัติ และการตัดสินใจของผู้ปกครอง ครอบคลุมการให้ความรู้โรคทางเดินหายใจ การล้างจมูก การให้ยาอย่างเหมาะสม การสังเกตสัญญาณอันตราย การดูแลเบื้องต้น รวมถึงการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติ การวิจัยใช้แบบกึ่งทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน คัดเข้าโดยสมัครใจ และเข้าเกณฑ์ทางคลินิก เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วย

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สัดส่วนผู้ปกครองที่อยู่ระดับวิจารณญาณ เพิ่มจาก 4.76% เป็น 28.57% โดยเฉพาะด้านการรู้เท่าทันสื่อ/สารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยรวมเพิ่มจาก 1.67 เป็น 2.40 คะแนน ($p < 0.05$) ครอบคลุมทั้งการดูแลจำเป็นทั่วไป การดูแลตามพัฒนาการ และการดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ซึ่งเป็นด้านที่เพิ่มสูงสุด หลังจบโปรแกรม อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันอยู่ที่ 14.29% และจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล 2.38% สะท้อนผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการเพิ่มความรอบรู้ และพฤติกรรมการดูแล

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคทางเดินหายใจส่วนบน, คุณภาพชีวิต, การกลับเป็นซ้ำ

Abstract

This research aimed to evaluate the effects of a health literacy program on reducing recurrence among parents of children under five years old, based on the self-management concept of Kanfer and Gaelick. The program focused on improving the knowledge, practical skills, and decision-making ability of the caregivers through education about URITs, proper nasal irrigation, appropriate medication use, recognizing danger signs, basic home care, and practical demonstrations. A quasi-experimental design was used with a total of 42 participants, selected voluntarily according to clinical criteria. Research instruments consisted of a general information questionnaire, a health literacy assessment form, and a caregiver behavior assessment form.

The results revealed that the mean score of health literacy significantly increased ($p < 0.05$). The proportion of parents at the critical health literacy level increased from 4.76% to 28.57%, especially in the areas of media/information literacy and correct decision-making, which showed statistically significant improvement. Childcare behavior also improved significantly, with the average score increasing from 1.67 to 2.40 points ($p < 0.05$), covering general care, age-appropriate care, and care for illness conditions which showed the greatest improvement. After completing the program, the recurrence rate of URTIs within 28 days was 14.29%, and hospitalization was required in only 2.38%. These findings indicate better clinical outcomes consistent with increased health literacy and improved caregiving behavior among parents.

Keywords: health literacy, upper respiratory tract infection, quality of life, recurrence

บทนำ

โรคทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็กทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าโรคทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ ไข้หวัด คออักเสบ และไซนัสอักเสบ เป็นกลุ่มโรคติดเชื้อที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็ก โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งมีภูมิต้านทานโรคต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่น ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อได้ง่าย จากข้อมูลด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 – 2567 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจส่วนบนประมาณ 800 คนต่อแสนประชากร โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนและฤดูหนาว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการระบาดของโรคเพิ่มมากขึ้น สำหรับจังหวัดนครปฐม เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอัตราการป่วยเฉลี่ย 700 คนต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้ยังพบว่าโรคอุบัติใหม่อย่าง COVID-19 และโรคติดเชื้อประจำฤดูกาล ได้แก่ ไวรัส Respiratory Syncytial Virus (RSV) และไข้หวัดใหญ่ (Influenza) มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มอัตราการป่วยและภาวะแทรกซ้อนในเด็กเล็ก โดยเฉพาะกลุ่มเด็กที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหืด หรือภูมิแพ้ อาการของโรคเหล่านี้มักเริ่มจากโรคทางเดินหายใจส่วนบน เช่น ไข้ น้ำมูกไหล ไอ เจ็บคอ และเสียงแหบ แต่หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจลุกลามสู่โรคทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น หลอดลมอักเสบ หรือปอดอักเสบ โดยแนวทางการรักษาโรคทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กยังคงเน้นการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การให้ยาลดไข้ การให้ยาลดน้ำมูกหรือบรรเทาอาการไอ การให้สารน้ำอย่างเพียงพอ และการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น การล้างจมูกเพื่อขจัดเสมหะ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และการหลีกเลี่ยงสารก่อระคายเคือง เช่น ฝุ่นและควันบุหรี่ หากสงสัยว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน แพทย์จะพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะตามความเหมาะสม สำหรับการป้องกันโรค นอกจากการล้างมืออย่างถูกวิธี การสวมหน้ากากอนามัยในพื้นที่แออัด และการหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยแล้ว ยังควรเน้นการรับวัคซีนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกัน COVID-19 และวัคซีนที่ลดความเสี่ยงจากเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ได้แก่ วัคซีน IPD และ Hib การส่งเสริมสุขภาพในเด็ก และผู้ปกครองเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดการระบาด ลดอัตราการเจ็บป่วย และลดภาวะแทรกซ้อนในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ [1]

การเจ็บป่วยของเด็กด้วยโรคทางเดินหายใจส่วนบนมีผลกระทบต่อพัฒนาการ และสุขภาพโดยรวมของเด็ก เนื่องจากอาการเจ็บป่วยทำให้เด็กหยุดเรียน ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ และการพัฒนาทักษะในวัยที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังส่งผลต่อผู้ปกครองที่ต้องดูแลเด็ก โดยเฉพาะบิดามารดาที่มักเกิดความวิตกกังวล และความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร ทำให้นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ หลายรายต้องหยุดงาน เพื่อดูแลบุตร ส่งผลให้ขาดรายได้ และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นสำหรับการรักษา และเด็กปฐมวัยซึ่งยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง หรือรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนได้ทั้งหมด จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ หากผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะในการดูแลที่เหมาะสม ทั้งในช่วงที่เด็กป่วยอยู่ที่โรงพยาบาล และหลังกลับบ้าน จะช่วยลดโอกาสที่เด็กจะต้องกลับมารักษาใหม่ อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่าผู้ดูแลเด็กจำนวนร้อยละ 51 ยังขาดความรู้ และทักษะที่เพียงพอในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจส่วนบน และมีเพียงร้อยละ 26.10 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยอย่างเหมาะสม [2]

อีกปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กป่วยคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลที่ดีขึ้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health

literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (critical health literacy) โดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ดูแลจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเด็กป่วยและลดปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดซ้ำในระยะยาวได้[3,4,5]

การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในระดับปานกลางและมีนัยสำคัญทางสถิติ [6] นอกจากนี้ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนเข้ารับการผ่าตัดหัวใจ[7] การศึกษาของ Ismail AF. และคณะ ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสุขอนามัยช่องปากของผู้ปกครองกับภาวะสุขอนามัยช่องปากของเด็กปฐมวัยอายุ 5-6 ปีในประเทศมาเลเซีย พบว่าการมีฟันผุและสุขอนามัยช่องปากที่ไม่ดีของเด็กมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง[8] ด้านการศึกษาของ Brega AG. และคณะ ซึ่งศึกษาในเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปีในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ปกครองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสุขอนามัยช่องปากในระดับสูงมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ[9] อีกทั้งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ปกครองที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ มักส่งผลให้เด็กมีความเสี่ยงเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งและใช้บริการทางการแพทย์มากขึ้น นอกจากนี้ เด็กที่มีผู้ปกครองที่ขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพมักไม่ได้รับการดูแลป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม ในขณะที่ผู้ปกครองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง สามารถดูแลสุขภาพของบุตรได้ดีกว่า ลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยและช่วยให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น[10]

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจส่วนบนถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มทักษะ และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงการวิเคราะห์ ประเมิน และจัดการการดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กในด้านกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคทางเดินหายใจส่วนบนต่อการกลับเป็นซ้ำที่โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในการช่วยให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจและความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยอย่างเหมาะสมและถูกต้อง ช่วยลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของโรคในเด็ก และเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานในโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ปกครอง โดยโปรแกรมนี้ได้ประยุกต์แนวคิดด้านการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิคร่วมกับร่วมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายให้สามารถดูแลตนเองและคนในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลลัพธ์จากโปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดเป็นแนวทางการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจส่วนบนในพื้นที่จังหวัดนครปฐม และบริเวณใกล้เคียง อีกทั้งยังมีศักยภาพในการนำไปปรับใช้ในบริบทของสถานพยาบาลอื่น ๆ เพื่อยกระดับการดูแลสุขภาพของเด็กและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคทางเดินหายใจส่วนบนต่อการกลับเป็นซ้ำ

วิธีการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ทำการวัดก่อน และหลัง

การทดลอง (One group pretest-posttest designs) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และแกลิค[11] ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ขั้นวางแผนและการเตรียมพร้อมก่อนทดลอง

1. ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

2. ชี้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจส่วนบน โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกที่ชัดเจน

4. เตรียมเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบประเมินวัดพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยและคู่มือและสื่อการสอนสำหรับโปรแกรมอบรม

2. ระยะที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการทำวิจัยให้ผู้ปกครองรับทราบ และให้ผู้ปกครองลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจด้วยตนเอง

2. สัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจส่วนบน

3. ให้ผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่างนี้ทำแบบสอบถามก่อนการทดลองโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคทางเดินหายใจส่วนบนต่อการกลับเป็นซ้ำ

4. ให้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคทางเดินหายใจส่วนบนต่อการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การสอนการเช็ดตัวลดไข้ การสอนการล้างจมูกด้วยน้ำเกลือ การสอนการเคาะปอดร่วมกับการใช้ลูกจุกยางแดงเบื้องต้นในการดูดเสมหะที่จมูก และการให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองฝึกปฏิบัติและซักถามข้อสงสัย โดยจัดอบรม 4 สัปดาห์ โดยมีหัวข้อดังนี้ 1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคทางเดินหายใจ 2. การล้างจมูก การให้ยา และการดูแลที่เหมาะสม 3. การสังเกตอาการและการจัดการเบื้องต้น 4. การสร้างความมั่นใจในการดูแลเด็ก

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และข้อมูลฉบับ

6. นำแบบสอบถามดังกล่าวมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

3. ระยะที่ 3 การติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติ

1. ประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองอีกครั้งด้วยแบบสอบถาม

2. วัดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วย ได้แก่ การปฏิบัติตัวเบื้องต้นก่อนส่งเด็กไปโรงพยาบาล

3. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สรุปผลการทดลองพร้อมให้ข้อเสนอแนะต่อโรงพยาบาลกำแพงแสน เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เหมาะสมและยั่งยืน โดยมีระยะเวลาการดำเนินงานตั้งแต่เดือนมกราคม 2568 – ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็กอายุ 1–5 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2568 - มิถุนายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็กอายุ 1–5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน จำนวน 50 คน มีคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กอายุ 1–5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ โรคไข้หวัด โรคคออักเสบ/ทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน โรคไซนัสอักเสบเฉียบพลัน โรคหูชั้นกลางอักเสบ หรือโรคฝีหลังคอหอย 2) เด็กที่อยู่ในความดูแลต้องมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม 3) ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีอายุระหว่าง 20–59 ปี 4) มีความสามารถในการ

รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้อย่างชัดเจน 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่าน เขียน ฟัง และเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 6) ยินดีและให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการอย่างสมัครใจ เกณฑ์คัดออกคือ 1) มีความประสงค์ที่จะถอนตัวหรือไม่เข้าร่วมโครงการ 2) มีข้อจำกัดทางสุขภาพหรือความสามารถที่อาจส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วยทางจิตที่ส่งผลต่อการรับรู้ และการปฏิบัติ และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมการอบรม และกิจกรรมในโปรแกรมได้ครบถ้วนตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติการคลอด อายุ น้ำหนักแรกเกิด น้ำหนักปัจจุบัน ประวัติการได้รับวัคซีนในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว สัตว์เลี้ยงภายในบ้าน มีเด็กในบ้านทั้งหมดกี่คน การได้รับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน

3. แบบสอบถามความรอบรู้ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพจำนวน 6 ข้อ 3) การสื่อสารสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 4) การจัดการตนเองจำนวน 6 ข้อ 5) การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ จำนวน6 ข้อ และ 6) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องจำนวน 6 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน (น้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปฏิสัมพันธ์(ร้อยละ 60-79) และระดับวิจารณญาณ (ร้อยละ 80-100)

4. แบบประเมินพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ปกครอง ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน ประกอบด้วยการดูแล 3 ด้าน คือ 1) ด้านการดูแลเด็กที่จำเป็นโดยทั่วไป 2) ด้านการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 3) ด้านการดูแลที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ โดยแต่ละข้อ มีคำตอบให้เลือกเป็นมาตรส่วนประมาณค่า3 ระดับ ดังนี้ 1) ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ สม่ำเสมอ เป็นประจำทุกวัน ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ หรือปฏิบัติทุกครั้งที่มีกิจกรรม 2) ปฏิบัติเป็นบางครั้งหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นบางครั้ง หรือปฏิบัติเป็นบางวัน และ 3) ไม่ได้ปฏิบัติเลยหมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย การให้คะแนน ข้อคำถามที่เป็นลักษณะบวก ปฏิบัติเป็นประจำให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งให้ 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน ข้อคำถามที่เป็นลักษณะลบ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ 3 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนอยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) มีพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และมีพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80-100)

5. แบบประเมินการกลับเป็นซ้ำของเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ใช้เพื่อติดตามผลเด็กว่ามีการกลับมารักษาซ้ำหรือไม่ และดูความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองกับการลดการกลับเป็นซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สังเคราะห์ ตีความสรุปประเด็นต่าง ๆ ตลอดการปฏิบัติงานวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โดยใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดให้ p value < 0.05 ถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคทางเดินหายใจส่วนบนต่อการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งสามารถสรุป อภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูล และมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. จากการศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนที่มารับบริการโรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม จำนวน 42 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 มีช่วงอายุ 1-2 ปี มากที่สุด จำนวน 20 คน (ร้อยละ 47.62) คลอดโดยวิธีธรรมชาติมากที่สุด จำนวน 30 คน (ร้อยละ 71.43) น้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 3,001-3,500 กรัมมากที่สุด จำนวน 23 คน (ร้อยละ 54.76) โดยมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 3,173.85 กรัม และน้ำหนักปัจจุบันอยู่ในช่วง 10.1-15 กิโลกรัมมากที่สุด จำนวน 32 คน (ร้อยละ 76.19) มีน้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ย 10.43 กิโลกรัม ประวัติการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุ จำนวน 34 คน (ร้อยละ 80.95) และประวัติการเจ็บป่วยในอดีตพบว่าเคยเป็นโรคหวัดมากที่สุด จำนวน 18 คน (ร้อยละ 42.86)

2. ผู้ปกครองของเด็กป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 32 คน (ร้อยละ 76.19) มีช่วงอายุ 21-30 ปี มากที่สุด จำนวน 24 คน (ร้อยละ 57.14) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 30 คน (ร้อยละ 71.43) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับอนุปริญญา/ปวส. จำนวน 24 คน (ร้อยละ 57.14) มีรายได้มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน จำนวน 23 คน (ร้อยละ 54.76) อาชีพส่วนใหญ่เป็นรับจ้างทั่วไป จำนวน 18 คน (ร้อยละ 42.86) พบว่ามีคนสูบบุหรี่ในครอบครัว 14 คน (ร้อยละ 33.33) และมีสัตว์เลี้ยงในบ้านเป็นสุนัขมากที่สุด จำนวน 16 คน (ร้อยละ 38.10) จำนวนเด็กภายในบ้านส่วนใหญ่มีเพียง 1 คน จำนวน 28 คน (ร้อยละ 66.67) ทั้งนี้ การประเมินความรู้เรื่องโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 17 คน (ร้อยละ 40.48)

3. ก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลเด็กป่วย ผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 57.14) และมีเพียง 2 คน (ร้อยละ 4.76) ที่อยู่ในระดับวิจารณญาณ แต่หลังการใช้โปรแกรม พบว่าผู้ปกครองมีระดับความรอบรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยสัดส่วนผู้ที่อยู่ในระดับวิจารณญาณเพิ่มขึ้นเป็น 12 คน (ร้อยละ 28.57) ขณะที่ระดับพื้นฐานลดลงเหลือ 10 คน (ร้อยละ 23.81) สอดคล้องกับค่าเฉลี่ยความรอบรู้ที่เพิ่มขึ้นจาก 67.07 ± 4.71 เป็น 76.86 ± 5.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะในด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ที่มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ซึ่งอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านความหนาแน่นของผู้รับบริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพส่วนบุคคลที่ยังมีข้อจำกัด

4. ก่อนการพัฒนา ผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 47.62) และมีเพียง 4 คน (ร้อยละ 9.52) ที่อยู่ในระดับสูง แต่หลังการพัฒนา พบว่าพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยสัดส่วนผู้ปกครองที่อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็น 22 คน (ร้อยละ 52.38) ขณะที่ระดับต่ำลดลงเหลือเพียง 5 คน (ร้อยละ 11.90) ค่าเฉลี่ย

คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยเพิ่มขึ้นจาก 1.67 ± 0.65 เป็น 2.40 ± 0.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะด้านการดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดหลังการพัฒนา (2.70 ± 0.25) รองลงมาคือการดูแลเด็กที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลเด็กได้เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์มากขึ้น

5. หลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันอยู่ในระดับต่ำ โดยมีเพียง 6 ราย (ร้อยละ 14.29) ที่กลับมารักษาซ้ำ และเพียง 1 ราย (ร้อยละ 2.38) ที่ต้องนอนโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากอาการไข้ที่ไม่ลดลง นอกจากนี้ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าการดูแลเด็กที่บ้านสามารถช่วยลดอาการรุนแรงได้มาก จำนวน 28 คน (ร้อยละ 66.67) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยที่ดีขึ้นตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพอย่างชัดเจนในการเสริมสร้างความรอบรู้ พัฒนาพฤติกรรมการดูแล และลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็ก

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนมีระดับความรอบรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะจำนวนผู้ปกครองที่มีความรอบรู้ในระดับวิจารณญาณเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.76 เป็นร้อยละ 28.57 และค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้เพิ่มขึ้นจาก 67.07 ± 4.71 เป็น 76.86 ± 5.80 ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nutbeam D.[6] ยังยืนยันว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลป้องกันโรคของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในระดับปานกลางและมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่พบว่าผู้ปกครองที่มีความรอบรู้สูงขึ้น มีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยให้เหมาะสมมากขึ้น ทั้งนี้ การเพิ่มขึ้นของระดับวิจารณญาณยังสะท้อนถึงความสามารถของผู้ปกครองในการประเมินข้อมูลสุขภาพ ตัดสินใจและเลือกปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Brega AG. และคณะ[9] ที่ระบุว่าผู้ปกครองที่มีความรอบรู้สูงจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพบุตรที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมผู้ปกครองมีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยสัดส่วนผู้ปกครองที่อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.52 เป็นร้อยละ 52.38 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 1.67 ± 0.65 เป็น 2.40 ± 0.70 ซึ่งสอดคล้องกับ Thira W. และคณะ[10] ที่ระบุว่าผู้ปกครองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสามารถลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยของเด็ก และช่วยให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

แม้ผลการวิจัยจะแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในหลายด้าน แต่พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพลดลงเล็กน้อย แม้จะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลนี้อาจเกิดจากปัจจัยด้านโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ เช่น ความหนาแน่นของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลกำแพงแสน และข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพของ Wicha K. และคณะ[7] ที่ระบุว่าผู้ปกครองที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ มักประสบปัญหาในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและทันเวลา อย่างไรก็ตาม แม้การเข้าถึงข้อมูลจะลดลง แต่ด้านอื่น ๆ เช่น การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องกลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าผู้ปกครองมีทักษะในการคัดกรองและประเมินข้อมูลมากขึ้นแม้จะเผชิญข้อจำกัดด้านการเข้าถึง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังใช้โปรแกรมอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 14.29 และมีเพียง 1 ราย (2.38%) ที่ต้องนอนโรงพยาบาล ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Ismail AF. และคณะ[8] และ Brega AG.

และคณะ[9] ที่ยืนยันว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นของผู้ปกครองสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ การที่อัตราการกลับเป็นซ้ำลดลงสะท้อนถึงความสามารถของผู้ปกครองในการนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้จริงในการดูแลเด็กป่วยที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยนี้ยืนยันว่า โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญต่อการเพิ่มความรอบรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยได้จริง สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam D.[6] ที่อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ผลลัพธ์เชิงบวกที่พบทั้งในด้านความรอบรู้ พฤติกรรมการดูแล และการลดการกลับเป็นซ้ำของโรค แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีศักยภาพที่จะนำไปขยายผลใช้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือในชุมชนได้ ทั้งนี้ควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้ครอบคลุมการปรับปรุงช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว[8]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการขยายการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไปยังกลุ่มผู้ปกครองเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอื่น ๆ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงองค์ความรู้ด้านสุขภาพ และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคในวงกว้าง

2. ควรจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ปกครอง เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วย การสังเกตสัญญาณเตือน และการตัดสินใจพาเด็กไปพบแพทย์ เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ร่วมกันและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

3. ควรพัฒนาสื่อหรือคู่มือการดูแลเด็กป่วยโรคทางเดินหายใจส่วนบนสำหรับผู้ปกครอง พร้อมแบบประเมินอาการเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถตัดสินใจดูแลเด็กได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

4. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคในเด็กอื่น ๆ ได้แก่ สภาพแวดล้อมภายในบ้าน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครอง และปัจจัยทางสังคม เพื่อหาแนวทางการป้องกันที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

5. ควรมีการวิจัยต่อยอดเพื่อติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้กับอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค การลดความรุนแรงของอาการ และคุณภาพชีวิตของเด็ก รวมถึงขยายพื้นที่การศึกษาไปยังโรงพยาบาลหรือศูนย์สุขภาพในภูมิภาคอื่น ๆ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในหลากหลายบริบท

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กองระบาดวิทยา. สถิติสุขภาพคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2568].เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=2&pf=01101001&tp=231
2. กันยา โพธิปิติ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2565;15(1):28-50.
3. ธมณณัฏฐ์ วิชา. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของเด็กวัยเรียนในสังกัดเทศบาลนครเชียงราย. พยาบาลสาร;50(2):212-26.
4. รัตนรัตน์ ธนเจริญชนันชัย. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถของมารดาในการล้างจมูกบุตรที่มีน้ำมูกคั่งค้าง[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี:มหาวิทยาลัยบูรพา.
5. สุภรี สุวรรณจูฑะ, ธีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ, ชลิดา เลาหพันธ์, ทวี โชติพิทยสุนนท์, ศศิธร ลิขิตนุกูล, นวลจันทร์ ปราบพาล และคณะ. (2562). แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ ไพร์ จำกัด
6. Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International ;15(3):259-67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259

7. Wicha K, Jintrawet U, Lamchang S. (2021). Health literacy and care behaviors of parents in preventing respiratory infection in children with congenital heart disease prior to cardiac surgery. Nursing Journal ;48(2):193-205.
8. Ismail AF, Ardini YD, Mohamad N, Bakar HA. (2018). Association between parental oral health literacy and children's oral health status. Revista Latinoamericana de Hipertensioon;13(3):305-9.
9. Brega AG, Thomas JF, Henderson WG, Batliner TS, Quissell DO, Braun PA, et al. (2016). Association of parental health literacy with oral health of Navajo Nation preschoolers. Health Education Research;31(1):70-81. doi: 10.1093/her/cyv055
10. Thira W, Patarawan W, Onjira W, Monthichar C. (2015). Situation review and management mechanism of health literacy. Nonthaburi: Health Systems Research Institute
11. Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), Helping people change: A textbook of methods. NewYork: Pergamon Press.

การพัฒนานวัตกรรมการพัฒนาเครื่องมือการเฝ้าระวัง Sepsis ปลอดภัยด้วย “slide KPOS”

Developing an innovative and safe sepsis monitoring tool: “slide KPOS”.

(Received: December 24,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

อำภา ทาเวียง[1] บุษบา โสภา[2] วิลาวัลย์ จันโทริ[3]
Ampha Thawiang[1] Busaba Sopha[2] Wilawal Chantori[3]

การศึกษานี้เป็นวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การสัญญาณเตือนอาการทรุดลงของผู้ป่วยเด็กที่หอผู้ป่วยเด็กเล็กหลังใช้แบบประเมิน Khon Kaen Hospital Pediatric Observation Score หรือ KPOS 2) พัฒนานวัตกรรม“Slide KPOS” ซึ่งง่ายต่อการรวมคะแนน เหมาะกับการประเมินเด็กอายุ 1-3 ปีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินคะแนนที่ดีขึ้นในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการทรุดลงของภาวะ Sepsis ในเด็กเล็ก 3) ศึกษาประสิทธิผล การใช้ นวัตกรรม“Slide KPOS” กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยเด็กเล็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงมีนาคม 2565 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกสัญญาณชีพผู้ป่วยแต่ละราย แบบบันทึกตัวชี้วัดหอผู้ป่วยในการประเมิน Sepsis แบบบันทึกผู้ป่วยเข้า Protocol sepsis และแบบประเมินระดับความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา : เกิดนวัตกรรมการดูแล “Slide KPOS”และคู่มือการใช้นวัตกรรม ประเมินผลการใช้พบว่า การประเมินคะแนน Sepsis จากเก่าร้อยละ 67 เป็นร้อยละ100 การประเมินหลังใช้พบผู้ป่วยต้องรายงานแพทย์ 16 รายคิดเป็นร้อยละ15จากผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินsepsisและ 6 รายคิดเป็นร้อยละ5 ได้รับการดูแลตามCPG sepsisผู้ป่วยได้รับการดูแลตามSepsis guideline ร้อยละ100 ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 92

คำสำคัญ Khon Kaen Hospital Pediatric Observation Score (KPOS),ภาวะ Sepsis ในเด็กเล็ก

Abstract

This research and development aimed to 1) study the situation of the warning signs of deterioration in pediatric patients at the pediatric ward after using the Khon Kaen Hospital Pediatric Observation Score or KPOS assessment form; 2) develop the innovation “Slide KPOS” which is easy to combine scores, suitable for assessing children aged 1-3 years to increase the efficiency of the assessment of better scores in monitoring the warning signs of deterioration of Sepsis in young children; 3) study the effectiveness of the use of the innovation “Slide KPOS”. The sample size consisted of pediatric patients admitted to the pediatric ward at Khon Kaen Hospital between October 2021 and March 2022. Data collection tools included individual patient vital signs records, ward indicator records for sepsis assessment, sepsis protocol records, and satisfaction survey forms. Data were analyzed using content analysis, employing frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Result: The Slide KPOS has been established along with its guideline. According to the evaluation’s result, healthcare staff and nurses’ rate of using this innovation has increased from 67% to 100%. Post sepsis evaluation’s result shows only 6 cases of sepsis patients that are needed to consult with the doctors. Moreover, 6 cases is treated properly regarding to the CPG sepsis guideline, and it can considered as 100% for the healthcare treatment. For the third question, pediatric nurses who use the Slide KPOS seem to satisfy with the outcome and it procedure which can be calculated as 92%.

Keywords: Sepsis Khon Kaen Hospital Pediatric Observation Score (KPOS)

---

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี Corresponding author
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กเล็ก โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) เป็นภาวะวิกฤติและฉุกเฉินซึ่งเกิดขึ้นตามหลังการติดเชื้อในร่างกายส่งผลทำให้อวัยวะต่างๆเกิดความผิดปกติ จนเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต จากการศึกษาความรุนแรงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในปี 2565 พบมีผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 48.9 ล้านคนและเสียชีวิตประมาณ 11 ล้านคน สอดคล้องกับประเทศไทย ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขปี 2565 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 89,958 คน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 26,747 คน คิดเป็นร้อยละ 29.73[1] สาเหตุของการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากความรุนแรงของโรคที่ทำให้เกิดภาวะล้มเหลวของการทำงานอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ภาวะติดเชื้อเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยผู้ใหญ่ทั่วโลก ทั้งในด้านอุบัติการณ์ของการเกิดโรคและค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อนั้นต้องอาศัยความรวดเร็วในการประเมิน เพื่อค้นหาการติดเชื้อตั้งแต่ระยะเริ่มแรกในผู้ป่วยที่สงสัยอาจมีการติดเชื้อและต้องมีความรวดเร็วในการรักษาปัจจุบันพบว่าภาวะติดเชื้อ (sepsis)เป็นสาเหตุหลักของภาวะทุพลภาพและการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กทั่วโลก[2]

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ถือวาเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตนั้นต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ[3] พยาบาลเป็นอีกหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ที่เนื่องจากเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงมีบทบาทโดยตรงในการ ประเมินอาการเพื่อค้นหาอาการและอาการแสดงตั้งแต่ระยะเริ่มแรกในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเฝ้าระวังรับรู้อาการเตือนก่อนผู้ป่วยทรุดลงและดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ประสานงานกับบุคลากรต่างๆ ในทีม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง และรวดเร็ว บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันความกาวหน้าของภาวะติดเชื้ออในผู้ป่วยเด็ก[4]

โรงพยาบาลขอนแก่น มีหอผู้ป่วยเด็กเล็กที่รับการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อายุ1เดือน -3 ปี ให้บริการผู้ป่วยทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม จากสถิติผู้ป่วยหอผู้ป่วยเด็กเล็กโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งรับรักษาผู้ป่วยเด็กในช่วงอายุ 1 เดือน ถึง 3 ปี ปีงบประมาณ 2562, 2563, 2564 ซึ่งส่วนใหญ่การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ ต้องมีความรวดเร็วในการประเมินเพื่อค้นหาการติดเชื้อและมีความรวดเร็วในการพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยเด็กแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อกจำนวน 6 ราย,22 รายและ14 ราย[3] ซึ่งการติดเชื้อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยรักษา จะทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีและมีภาวะแทรกซ้อนลดลง แผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลขอนแก่น มีแบบประเมินเฝ้าระวังภาวะ sepsis มีชื่อว่า KPOS และหอผู้ป่วยเด็กเล็กนำใช้ตามนโยบายแต่ยังพบปัญหา มีปัญหาในการนำใช้เครื่องมือจึงส่งผลให้พยาบาลประเมินภาวะ Sepsis น้อยทำให้ไม่สามารถทราบสัญญาณอาการผิดปกติและรายงานแพทย์ได้ทันเวลา[4] เนื่องจากยังขาดความเข้าใจในแบบประเมินและไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะ Sepsis และเครื่องมือประเมินมีช่วงอายุที่กว้าง (อายุ1-15ปี) ยากต่อการนำมาใช้เฉพาะในหอผู้ป่วยเด็กเล็กในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก[5] จึงได้พัฒนานวัตกรรม“Slide KPOS” จากเครื่องมือประเมิน Khon Kaen Hospital Pediatric Observation Score (KPOS) ซึ่งง่ายต่อการรวมคะแนนแต่ละข้อเหมาะกับการประเมินเด็กอายุ 1-3 ปี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินสัญญาณเตือนที่ดีขึ้นในการเฝ้าระวังภาวะ Sepsis ในเด็กเล็ก วัตถุประสงค์เพื่อสร้าง Slide KPOS ในการเฝ้าระวังภาวะ sepsis เพื่อให้ทราบอาการและอาการผู้ป่วยเด็กมีภาวะทรุดลงและช่วยเหลือในภาวะวิกฤติได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์การสัญญาณเตือนอาการทรุดลงของผู้ป่วยเด็กที่หอผู้ป่วยเด็กเล็กหลังใช้แบบประเมิน Khon Kaen Hospital Pediatric Observation Score หรือ KPOS

2. พัฒนานวัตกรรม“Slide KPOS” ซึ่งง่ายต่อการรวมคะแนน เหมาะกับการประเมินเด็กอายุ 1-3 ปีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินคะแนนที่ดีขึ้นในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการทรุดลงของภาวะ Sepsis ในเด็กเล็ก

3. ศึกษาประสิทธิผล การใช้นวัตกรรม“Slide KPOS”

วิธีการศึกษา

เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and development research, R&D) ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล กระบวนการวิจัยมี 2 วงรอบแต่ละวงรอบแบ่งเป็น 4 ระยะ ซึ่งแต่ละระยะมีทั้งหมด 5 ขั้นตอนตามกระบวนการวิจัยวิจัยและพัฒนา

วงรอบที่ 1 ดำเนินการในช่วงเดือน ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสำรวจสถานการณ์ (ตุลาคม - มีนาคม 2564) โดยประชุมปรึกษาระดมสมองและสังเกตการปฏิบัติของทีมการพยาบาล สอบถามความต้องการของผู้ใช้ ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1-2 **ขั้นตอนที่ 1** (R1) สำรวจสภาพปัญหาความต้องการประชุมปรึกษาระดมความคิดและสังเกตการปฏิบัติของทีมพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี ความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา โดยสนทนากลุ่มพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก สอบถามความต้องการของผู้ใช้ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยเด็กเล็ก

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา (เมษายน - ตุลาคม 2564) ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 3 ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 3** (D1) การออกแบบสร้างนวัตกรรมสร้างนวัตกรรม Slide KPOS จากเครื่องมือประเมิน Khon Kaen Hospital Pediatric Observation Score (KPOS) เพื่อพัฒนา โดยสะท้อนข้อมูลที่รวบรวมได้จากระยะที่ 1 ให้แก่พยาบาลในทีมรับทราบ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาปรับให้สอดคล้องและเหมาะแก่การรวบรวมคะแนนและสร้างคู่มือการใช้นวัตกรรมให้ชัดเจน

ระยะที่ 3 ระยะทดลองปฏิบัติ (ตุลาคม - ธันวาคม 2564) ประกอบด้วย **ขั้นตอนที่ 4** (R2) ทดลองใช้และปรับปรุงหรือตรวจสอบ ดังนี้ โดยประชุมชี้แจงนวัตกรรมที่พัฒนาให้ผู้ปฏิบัติรับทราบนำใช้นวัตกรรมกับผู้ป่วยเด็กเล็ก pilot test ระยะเวลา 2 เดือน หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลความเป็นไปได้ ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรคในการใช้นวัตกรรมSlide KPOS นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ประเด็นปัญหา พร้อมปรับปรุงแก้ไขก่อนนำใช้จริง

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลรวบรวม (มกราคม - กันยายน 2565) ประกอบด้วย**ขั้นตอนที่ 5**(D2) นำข้อมูลจากระยะที่ 3 นำมาปรับปรุงประชุมชี้แจงนวัตกรรมที่พัฒนาให้ผู้ปฏิบัติรับทราบและใช้นวัตกรรม เก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ระยะเวลาในช่วงเดือนเมษายน - กันยายน 2565 โดยใช้แบบสอบถามและการบันทึกคะแนนในแบบบันทึกสัญญาณชีพ แบบบันทึกตัวชี้วัดหอผู้ป่วย นำผลการศึกษามา ปรับปรุงแก้ไขและเผยแพร่

วงรอบที่ 2 (เดือนตุลาคม 2365 ถึงมีนาคม 2566)

นำข้อมูลจากวงรอบที่ 1 มาพัฒนาและปรับปรุง เนื่องจากทางกลุ่มงานกุมารเวชกรรมมีการปรับเปลี่ยนเครื่องมือเครื่องมือประเมิน Khon Kaen Hospital Pediatric Observation Score (KPOS) Verion 5 ให้สอดคล้องกับการประเมิณสัญญาณเตือนเมื่อผู้ป่วยมีภาวะทรุดลง จึงได้ ปรับปรุงเครื่องมือประเมินให้สอดคล้องกับนโยบาย

ระยะที่ 1 ระยะสำรวจสถานการณ์ (ตุลาคม 2565 - ธันวาคม 2565) โดยประชุมปรึกษาระดมสมอง สอบถามความต้องการของผู้ใช้ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยเด็กเล็ก

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา (ธันวาคม 2465 - มกราคม 2565) โดยสะท้อนข้อมูลที่รวบรวมได้จากระยะที่ 1 ให้แก่พยาบาลในทีมรับทราบ วางแผน

สร้างนวัตกรรมSlide KPOS จากเครื่องมือประเมิน Khon Kaen Hospital Pediatric Observation Score (KPOS) Verion 5 ปรับให้สอดคล้องและเหมาะแก่การรวบรวมคะแนนพร้อมกับสร้างคู่มือการใช้นวัตกรรม

ระยะที่ 3 ระยะทดลองปฏิบัติ (มกราคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2565) ประชุมชี้แจงนวัตกรรมใหม่ให้ผู้ปฏิบัติรับทราบ ใช้นวัตกรรม เก็บรวบรวมข้อมูล ความเป็นไปได้ ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรคในการใช้ นวัตกรรม Slide KPOS นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ประเด็นปัญหา พร้อมปรับปรุงแก้ไขก่อนนำใช้จริง

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลรวบรวม (กุมภาพันธ์ 2565 - มีนาคม 2565) นำข้อมูลจากระยะที่ 3 (R3) นำมาปรับปรุงประชุมชี้แจงนวัตกรรมใหม่ให้ผู้ปฏิบัติรับทราบและใช้นวัตกรรม ปรับปรุงแก้ไขและเผยแพร่รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยเด็กเล็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึง มีนาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ "นวัตกรรม Slide KPOS " ในการคำนวณประเมินคะแนนภาวะ sepsis พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและการระดมความคิดของทีมพยาบาล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบบันทึกสัญญาณชีพผู้ป่วยแต่ละราย

2.2. แบบบันทึกตัวชี้วัดหอผู้ป่วยในการประเมิน Sepsis

2.3 แบบบันทึกผู้ป่วยเข้า Protocol sepsis

2.4. แบบประเมินระดับความพึงพอใจ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ การแปลค่าคะแนน ใช้วิธีการแบ่งช่วงคะแนนพึงพอใจระดับมาก ปานกลาง น้อย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เพื่อประเมินความชัดเจนของ ข้อคำถาม ความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ ความครอบคลุมองค์ประกอบของแนวคิด และความถูกต้อง ด้านภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อจัดหมวดหมู่

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเป็นไปได้และความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาในการศึกษาวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ ความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย สิทธิการปฏิเสธในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ และสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่ออธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ เข้าใจ และยอมรับ จึงเริ่มดำเนินการวิจัย

ผลการศึกษา

นำเสนอตามวัตถุประสงค์แต่ละระยะของการวิจัย คือ

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและประเมินความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง พบว่าแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น มีแบบประเมิน

เฝ้าระวังภาวะsepsis มีชื่อว่า KPOS แต่ยังพบปัญหาว่า 1.มีการประเมิน Sepsis ไม่ครอบคลุมทุกราย 2. ประเมินคะแนนไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถรู้อาการผิดปกติ3.รายงานแพทย์ช้าไม่ได้ทันเวลา 4.ขาดความเข้าใจในแบบประเมิน5.ไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะ Sepsis 6.เครื่องมือประเมินสำหรับเด็กโต (อายุ1-15ปี) ยากต่อการนำมาใช้ในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก

ระยะที่ 2 ผลการออกแบบและพัฒนา พัฒนานวัตกรรม**“Slide KPOS”** ได้เครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินค่าคะแนนและสะดวก ใช้กับใบบันทึกสัญญาณชีพ

ระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้และปรับปรุง นวัตกรรม**“Slide KPOS”** ในส่วนของพยาบาลดังนี้

ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจและความเป็นไปได้ของการใช้นวัตกรรม**“Slide KPOS”**ของพยาบาล ที่ทดลองใช้งาน พบว่ามีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม**“Slide KPOS”**ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 92

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้นวัตกรรม**“Slide KPOS”**ของพยาบาล ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ใช้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุ 25 – 39 ปี ร้อยละ 80 อายุ 40 – 50 ปี ร้อยละ 20 ระยะเวลา ที่ปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70 รองลงมาปฏิบัติงาน 1 – 5 ปีร้อยละ 30 ได้รับ

จากการประเมินความคิดเห็นของ พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นวัตกรรม**“Slide KPOS”** พบว่า มีระดับความคิดเห็นต่อนวัตกรรมในแต่ละประเด็นดังนี้นวัตกรรมมีความสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงานมีความประหยัดและลดต้นทุน และนวัตกรรมสามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ ร้อยละ 100 เท่ากัน รองลงมา คือ มีความชัดเจนของข้อเสนอแนะในนวัตกรรมและความ เป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน ร้อยละ 95

ส่วนที่ 2 ปัญหาจากการทดลองใช้นวัตกรรม**“Slide KPOS”** พบปัญหาที่ต้องนำมาพัฒนาเพื่อปรับแก้ไข ในเรื่องของการประเมินให้ครบทุกช่องในการวัดสัญญาณชีพ มีบางรายไม่ได้มีปัญหาทางเดินหายใจ อาจขาดข้อมูล โดยเฉพาะ O2 Sat

การประเมินผลนวัตกรรม“Slide KPOS” ที่พัฒนาขึ้น

การประเมินผลนวัตกรรม“Slide KPOS” ตุลาคม 2564 ถึงมีนาคม 2565			
หัวข้อ	**เป้าหมาย**	**จำนวน**	**หน่วย**
1	มีไข้ 38.5 องศาเซลเซียส	324	ราย
2	ได้รับการประเมิน KPOS	324	ราย
3	เข้าProtocol sepsis	18	ราย
4	จำนวนคนไข้ที่ได้รับยา 8 ชั่วโมงหลังเข้าเข้าProtocol sepsis	17	ราย
รายละเอียด			
5	ประเมิน KPOS ได้ มากกว่า 4 คะแนน (อายุน้อยกว่า 1 ปี)	185	ราย
6	ประเมินKPOS ได้ มากกว่า 4 คะแนน (อายุมากกว่า 1 ปี)	139	ราย
7	ประเมิน KPOS ได้ มากกว่า 6 คะแนน (อายุน้อยกว่า 1 ปี)	14	ราย
8	ประเมิน KPOS ได้ มากกว่า 6 คะแนน (อายุมากกว่า 1 ปี)	12	ราย
9	ประเมิน KPOS ได้ มากกว่า 4 คะแนน (อายุน้อยกว่า 1 ปี)เข้าProtocol sepsis	5	ราย
10	ประเมิน KPOS ได้ มากกว่า 6 คะแนน (อายุน้อยกว่า 1 ปี)เข้าProtocol sepsis	5	ราย
11	ประเมิน KPOS ได้ มากกว่า 4 คะแนน (อายุมากกว่า 1 ปี)เข้าProtocol sepsis	2	ราย
12	ประเมิน KPOS ได้ มากกว่า 6 คะแนน (อายุมากกว่า 1 ปี)เข้าProtocol sepsis	6	ราย

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบการประเมินผลการใช้ พบว่า การประเมินคะแนน Sepsis ในหอผู้ป่วย

เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 67 เป็นร้อยละ100 การประเมินหลังใช้พบผู้ป่วยต้องรายงานแพทย์ คิดเป็นร้อยละ15จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ผู้ป่วยต้องรายงานแพทย์คิดเป็นร้อยละ15 จากผู้ป่วยในเดือนนั้น มีร้อยล่ะ 5 ที่ต้องดูแลได้รับการดูแลตามCPG sepsis และ ผู้ป่วยต้องต้องดูแลได้รับการดูแลตาม CPG Sepsis คิดเป็นร้อยละ5 จากผู้ป่วยในเดือนนั้นได้รับการดูแลตามSepsis guideline ร้อยละ100 เนื่องจาก Slide KPOS สามารถนำมาคำนวณคะแนนได้ง่าย รวดเร็วต่อการประเมินภาวะ Sepsis และสัญญาณเตือนในการเฝ้าระวังภาวะsepsisในเด็กเล็กและพบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาการติดเชื้อได้รวดเร็ว ผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีและมีภาวะแทรกซ้อนลดลง ทำให้ไม่เกิดภาวะติดเชื้อรุนแรงถึงชีวิต[6,7,8]

ข้อเสนอแนะ

ระบบ Slide KPOS เป็นนวัตกรรมใหม่จากแผนกผู้ป่วยเด็ก ซึ่งทำให้การคำนวณง่ายและรวดเร็วขึ้น ช่วยให้ติดตามผลเพื่อรายงานหรือปรึกษากับแพทย์ผู้รับผิดชอบได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยชีวิตผู้ป่วยเด็กได้มากขึ้น เนื่องจากอัตราการติดเชื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่น้อยลงด้วย

เอกสารอ้างอิง

1.กัญญ์ณพัชญ์ ศรีทอง, พยอม ถิ่นอ่วน, กรรวี ฟูเต็มวงค์, นันท์นลิน นาคะกุล, พิริพัฒน์ เตชะกันทา.(2023) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการทางคลินิกทรุดลงในผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมง. **วารสารกองการพยาบาล.**Aug 28; 50(2): 16–29.

2.จริยา พันธุ์วิทยากูล, และจิราพร มณีพราย. (2561).การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. **วารสารกองการพยาบาล**, 45(1), 86-104.

3.แบบประเมิน Khon Kaen Hospital Pediatric Observation Score (KPOS) Verion 5 ของกลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

4.ประภาพรรณ วีระศิริ. (2565). ความชุกและอัตราการการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อค.**วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม**,(2).64-76.

5.ประไพพรรณ ฉายรัตน์, และสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล. (2560). ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**, 35(3), 224-231.

6.รัฐภูมิ ชามพูนท, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล และบุญส่ง พัจนสุนทร. การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ septic Shock (ฉบับร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: **สมาคมเวชบำบัดวิกฤติ**; 2558

7.ศูนย์สุขภาพเด็กและวัยรุ่น. (2563). พ่อแม่ควรระวังติดเชื้อในกระแสเลือดโรคที่เด็กเล็กเสี่ยงเสียชีวิตสูง.สืบค้น 8 กรกฎาคม 2567, จาก http://www.phyathai.com

8.Dugar S, Choudhary C, Duggal A. Sepsis and septic shock: Guideline-based management. Cleve Clin J Med. 2020 Jan;87(1):53–64. Gyawali B, Ramakrishna K, Dhamoon AS. Sepsis: The evolution in definition, pathophysiology, and management. SAGE Open Med. 2019 Mar21; 7:2050312119835043

การพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย

Development of a Self-Care Support System Using Communication Technology for Mild Head Injury Patients After Emergency Department Discharge at Akat Amnuai Hospital.

(Received: December 24,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

สว่างจิตร ใครบุตร[1]
Sawangjit Kraibut[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน 2) เพื่อศึกษาผลของระบบที่พัฒนาขึ้นต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และ 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยจำนวน 30 ราย ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลอากาศอำนวย ระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า พัฒนาระบบผ่าน LINE Official Account ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ระบบประเมินและติดตามอาการอัตโนมัติที่ 6, 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ระบบให้ความรู้และคำแนะนำผ่านสื่อมัลติมีเดีย ระบบสื่อสารแบบ Real-time กับพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง และระบบจัดการข้อมูล เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกประสิทธิผลของระบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองหลังการใช้ระบบสูงกว่าก่อนการใช้ระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 80.4 (S.D. = 12.3) เป็น 124.7 (S.D. = 9.6) คะแนน ประสิทธิผลของระบบบรรลุเป้าหมายทุกตัวชี้วัด โดยอัตราการตอบกลับการประเมินร้อยละ 86.7 อัตราการมาตรวจซ้ำที่เหมาะสมร้อยละ 93.3 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และเวลาตอบสนองเฉลี่ย 8.5 นาที ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.49, S.D. = 0.42) โดยด้านประโยชน์ที่ได้รับมีค่าเฉลี่ยสูงสุด

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง, การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย, เทคโนโลยีการสื่อสาร, LINE Official Account, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This study aimed to: 1) develop a self-care support system using communication technology for patients with mild head injury after discharge from the emergency department, 2) examine the effects of the developed system on self-care ability, and 3) assess user satisfaction with the system. A quasi-experimental one-group pretest-posttest design was employed. The sample consisted of 30 patients with mild head injury who received treatment at the emergency department and were discharged home from Agatamanuay Hospital between May and June 2025, selected through purposive sampling based on inclusion criteria. The system was developed through LINE Official Account and comprised four main components: an automated symptom assessment and monitoring system at 6, 24, 48, and 72 hours; an educational system providing knowledge and guidance through multimedia; a real-time communication system with nurses available 24 hours; and a data management system. Research instruments included a general information questionnaire, a self-care ability assessment form, a satisfaction questionnaire, and a

[1] โรงพยาบาลอากาศอำนวย

system effectiveness recording form. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test with a significance level of .05.

The results revealed that self-care ability after using the system was significantly higher than before ($p < .001$), with total scores increasing from 80.4 (S.D. = 12.3) to 124.7 (S.D. = 9.6) points. System effectiveness achieved all target indicators: assessment response rate of 86.7%, appropriate return visit rate of 93.3%, no severe complications occurred, and average response time of 8.5 minutes. User satisfaction with the system was at a high level (Mean = 4.49, S.D. = 0.42), with the benefits received dimension having the highest mean score.

Keywords: self-care, mild head injury, communication technology, LINE Official Account, community hospital

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่มีการใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะหลัก[1] ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ในกลุ่มอายุ 15-45 ปี โดยการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild Head Injury) พบได้บ่อยที่สุดในห้องฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 70-80 ของการบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมด[2] แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการไม่รุนแรงและสามารถกลับบ้านได้ แต่ผู้ป่วยยังมีความต้องการการดูแลตนเอง (Self-care requisites) เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจรุนแรงถึงชีวิตได้ในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรกหลังได้รับบาดเจ็บ โดยพบว่าร้อยละ 1-3 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเกิดภาวะเลือดออกในสมองแบบ Delayed Intracranial Hemorrhage[3] จากการทบทวนทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยมีความต้องการการดูแลตนเอง (Self-care requisites) ที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติ ความต้องการด้านทักษะในการปฏิบัติตัว และความต้องการด้านการตัดสินใจเมื่อมีอาการผิดปกติ[4] การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการสนับสนุนจากระบบการพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความปลอดภัย[5]

ปัจจุบันการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากห้องฉุกเฉินยังมีข้อจำกัดหลายประการ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด[6] การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 40-60 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) หลังจำหน่าย เนื่องจากระบบสนับสนุนการพยาบาล (Nursing support system) ที่มีอยู่ทำได้เพียงการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการนัดติดตามอาการ ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและไม่คาดคิด[7] นอกจากนี้ผู้ป่วยและญาติอาจมีความบกพร่องในความรู้และทักษะการดูแลตนเอง (Knowledge and skill deficits) ทำให้ขาดความมั่นใจในการสังเกตอาการผิดปกติและการตัดสินใจมาพบแพทย์ซ้ำ ส่งผลให้บางรายมาโรงพยาบาลช้าเกินไปเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรือในทางตรงกันข้าม บางรายอาจมาห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็นเมื่อมีอาการเพียงเล็กน้อย การศึกษาพบว่าร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับมารักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉินภายใน 72 ชั่วโมง โดยส่วนใหญ่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง[8]

จากข้อจำกัดของระบบสนับสนุนการพยาบาลแบบดั้งเดิม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการสื่อสารในปัจจุบัน โดยเฉพาะสมาร์ทโฟนและแอปพลิเคชันไลน์ (LINE Application) ที่ประชาชนเข้าถึงได้อย่างแพร่หลาย เปิดโอกาสให้สามารถ

พัฒนาระบบสนับสนุน-ให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น[9] การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การใช้เทคโนโลยีสื่อสารในการสนับสนุนการดูแลตนเองสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่ไม่จำเป็นได้ร้อยละ 30-40 และช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการรักษาเร็วขึ้น[10] ระบบสนับสนุนผ่านเทคโนโลยีสื่อสารช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง (Self-care agency) โดยผู้ป่วยสามารถรายงานอาการและปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ลดความวิตกกังวล และได้รับการประเมินอาการรวมถึงคำแนะนำอย่างทันท่วงที นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน รวมถึงช่วยลดภาระงานของบุคลากรและประหยัดทรัพยากรในระยะยาว ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับโรงพยาบาลชุมชน[11]

การพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทยเริ่มมีการพัฒนามากขึ้น ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่คนไทยเข้าถึงได้ง่าย อีกทั้งการใช้ไลน์ในการติดตามดูแลผู้ป่วยช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้ร้อยละ 30-40 และเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย[12] และยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและปลอดภัยมากขึ้น[12] โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ที่มีศักยภาพและความพร้อมในการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยี มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเฉลี่ย 350 รายต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 15 ของผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมด ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรโดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ จำนวน 54 ครั้ง จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 1 ปี พบว่า มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 72 ชั่วโมงร้อยละ 25 (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลอากาศอำนวย, 2565) สะท้อนถึงข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Self-care limitations) และความไม่เพียงพอของระบบสนับสนุนการพยาบาลที่มีอยู่เดิม ซึ่งยังขาดการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองและแนวทางการสนับสนุนที่ชัดเจน จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึงง่าย และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม พบว่าการพัฒนาระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง และระบบการพยาบาลที่เหมาะสม[13] การศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ถึงร้อยละ 50 และลดการกลับมารักษาซ้ำที่ไม่จำเป็นได้ร้อยละ 30-40[14] อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีทรัพยากรพร้อม ยังขาดการศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย ทำให้ขาดแนวทางที่เป็นรูปธรรมในการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบริบทของชุมชน[15]

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างขององค์ความรู้ที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีทรัพยากรพร้อม แต่ยังขาดการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย โดยเฉพาะการพัฒนาระบบที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง

ร่วมกับเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ที่มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเฉลี่ย 350 รายต่อเดือน จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 1 ปี พบว่ามีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 72 ชั่วโมงร้อยละ 25 สะท้อนถึงข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและความไม่เพียงพอของระบบสนับสนุนการพยาบาลที่มีอยู่ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาระบบการติดตามและเฝ้าระวังอาการผิดปกติหลังจำหน่าย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มร่วมกับเทคโนโลยีการสื่อสาร การศึกษานี้เน้นการพัฒนาระบบสนับสนุนให้ความรู้ที่เหมาะสมกับความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ ตั้งแต่ผู้ป่วยและญาติ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้บริหาร เพื่อให้ได้ระบบที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบท มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ความปลอดภัยของผู้ป่วย และพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาจะเป็นต้นแบบในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองร่วมกับเทคโนโลยีการสื่อสารสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย
2. เพื่อศึกษาผลของระบบสนับสนุนการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบสนับสนุนการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดหลัก 3 ส่วน คือ การดูแลตนเอง (Self-care) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) และระบบการพยาบาล (Nursing system) โดยเฉพาะระบบสนับสนุน-ให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในการติดตามและเฝ้าระวังอาการผิดปกติในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า Effect size = 0.5, α = 0.05, Power = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 27 ราย และเพิ่มจำนวนอีก 10% เพื่อป้องกันการสูญหาย รวมเป็น 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัย

1. ระบบสนับสนุนการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย

2. เวชระเบียนและแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สังเคราะห์ ตีความสรุปประเด็นต่าง ๆ ตลอดการปฏิบัติงานวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โดยใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดให้ p value < 0.05 ถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลตนเองโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2568 ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลอากาศอำนวย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ มีคะแนน Glasgow Coma Scale 13-15 คะแนน อายุ 18-60 ปี มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนและสามารถใช้ LINE Application ได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย พบว่า

ลักษณะประชากร กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน (ชาย ร้อยละ 53.3, หญิง ร้อยละ 46.7) ส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาว อายุ 18-30 ปี (ร้อยละ 53.3) อายุเฉลี่ย 32.5 ปี สถานภาพโสดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.0)

ระดับการศึกษาและอาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือประถมศึกษาและปริญญาตรี (ร้อยละ 23.3 เท่ากัน) อาชีพกระจายตัวค่อนข้างดี โดยมีนักศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 30.0) รองลงมาคือรับจ้าง/ลูกจ้าง (ร้อยละ 26.7) และเกษตรกร (ร้อยละ 20.0)

รายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 80.0) สะท้อนถึงฐานะทางเศรษฐกิจระดับล่างถึงปานกลาง

การบาดเจ็บ สาเหตุหลักของการบาดเจ็บที่ศีรษะมาจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 50.0) และพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 36.7) ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ชนบท

ความพร้อมด้านเทคโนโลยี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การใช้สมาร์ทโฟนและ LINE Application มากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 80 ทั้งคู่) แสดงถึงความพร้อมในการใช้ระบบสนับสนุนการดูแลตนเองผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร

ตอนที่ 2 ผลการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง

ระบบสนับสนุนการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นผ่าน LINE Official Account ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ส่วน ได้แก่

1. ระบบการประเมินและติดตามอาการ มีการแจ้งเตือนอัตโนมัติให้ประเมินอาการที่ 6, 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังจำหน่าย พร้อมแบบประเมินอาการออนไลน์ที่ง่ายต่อการใช้งาน

2. ระบบให้ความรู้และคำแนะนำ ประกอบด้วยคลังความรู้ในรูปแบบข้อความ รูปภาพ และวิดีโอสั้น เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติและการดูแลตนเอง

3. ระบบการสื่อสารแบบ Real-time ผู้ป่วยสามารถส่งข้อความปรึกษาพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง

4. ระบบการจัดการข้อมูล บันทึกและติดตามประวัติการประเมินอาการของผู้ป่วยแต่ละราย

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการใช้ระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง (n = 30)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		T	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านความรู้และการรับรู้อาการ	28.4	5.2	42.6	3.8	12.45	<.001**
ด้านทักษะการปฏิบัติ	26.7	4.8	41.3	4.1	13.67	<.001**
ด้านการตัดสินใจและการจัดการอาการ	25.3	5.6	40.8	4.5	11.89	<.001**
คะแนนรวม	80.4	12.3	124.7	9.6	15.78	<.001**

** p < .001

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการใช้ระบบสูงกว่าก่อนการใช้ระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ทุกด้าน ได้แก่ ด้านความรู้และการรับรู้อาการเพิ่มขึ้นจาก 28.4 (S.D.= 5.2) เป็น 42.6 (S.D.= 3.8) คะแนน ด้านทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 26.7 (S.D.= 4.8) เป็น 41.3 (S.D.= 4.1) คะแนน ด้านการตัดสินใจและการจัดการอาการเพิ่มขึ้นจาก 25.3 (S.D.= 5.6) เป็น 40.8 (S.D.= 4.5) คะแนน และคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 80.4 (S.D.= 12.3 เป็น 124.7 (S.D.= 9.6) คะแนน

ตอนที่ 4 ประสิทธิผลของระบบ

ตารางที่ 2 ประสิทธิผลของระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง (n = 30)

ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	บรรลุเป้าหมาย
อัตราการตอบกลับการประเมิน	86.7%	≥80%	✓
อัตราการมาตรวจซ้ำที่เหมาะสม	93.3%	≥90%	✓
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง	0%	≤1%	✓
เวลาเฉลี่ยในการตอบสนองต่ออาการผิดปกติ	8.5 นาที	≤15 นาที	✓

จากตารางที่ 2 พบว่าระบบสนับสนุนการดูแลตนเองมีผลการดำเนินงานดังนี้ อัตราการตอบกลับการประเมินร้อยละ 86.7 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด อัตราการมาตรวจซ้ำที่เหมาะสมร้อยละ 93.3 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย และระยะเวลาเฉลี่ยในการตอบสนองต่ออาการผิดปกติ 8.5 นาที ซึ่งเร็วกว่าเป้าหมาย (≤15 นาที) โดยทุกตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้

ตอนที่ 5 ความพึงพอใจต่อระบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อระบบในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.49, SD = 0.42)

โดยมีความพึงพอใจด้านประโยชน์ที่ได้รับมากที่สุด (Mean = 4.61, SD = 0.38) รองลงมาคือด้านการเข้าถึงบริการ (Mean = 4.56, SD = 0.41)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[4] ที่เน้นระบบสนับสนุน-ให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การเลือกใช้ LINE Official Account เป็นช่องทางหลักในการสื่อสารและติดตามอาการมีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์จิรา พร ทองประสิทธิ์ และ ทิพยา จินตโกวิท (2563) ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยมีพฤติกรรมใช้งาน LINE บนสมาร์ทโฟนในกิจกรรมประจำวันอย่างสม่ำเสมอ และสามารถปรับตัวใช้เทคโนโลยีนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแสดงถึงศักยภาพของ LINE ในการเป็นเครื่องมือสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่าย

การเพิ่มขึ้นของความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของ [7] ที่พบว่าโปรแกรม M-health transitional care ซึ่งออกแบบโดยพยาบาล ช่วยลดภาระและความเครียดของผู้ดูแล พร้อมทั้งสนับสนุนการเฝ้าระวังอาการและวางแผนการดูแลหลังจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้อย่างเป็นระบบและแม่นยำ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับ Lungkawong และ Polsook (2025) ที่ศึกษาในประเทศไทยโดยใช้ LINE Application เป็นช่องทางสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงร้อยละ 30 ยืนยันว่าเทคโนโลยีการสื่อสารที่คุ้นเคยสามารถประยุกต์ใช้ในทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อัตราการตอบกลับการประเมินร้อยละ 86.7 ถือว่าอยู่ในระดับดีเยี่ยม เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของที่พบอัตราการตอบกลับในแอปพลิเคชันติดตามอาการผู้ป่วยโรคเรื้อรังและสุขภาพจิตเฉลี่ยเพียงร้อยละ 40 ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากการออกแบบระบบแจ้งเตือนที่เหมาะสม ร่วมกับการให้ความรู้ล่วงหน้าเกี่ยวกับความสำคัญของการติดตามอาการ การที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงสะท้อนประสิทธิภาพของระบบในการเฝ้าระวังและให้คำแนะนำที่ทันท่วงที[8] สอดคล้องกับ ที่พบว่าเทคโนโลยีการดูแลตนเองผ่านระบบดิจิทัลช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะหลังการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ[16]

ระดับความพึงพอใจที่อยู่ในระดับมากสะท้อนการออกแบบระบบที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะด้านประโยชน์ที่ได้รับและการเข้าถึงบริการที่ได้คะแนนสูงสุด สอดคล้องกับที่ประเมินความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันการดูแลตนเองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย พบผู้ใช้งานมีความพึงพอใจระดับดีถึงดีมาก โดยเฉพาะมิติ "การเข้าถึงคำปรึกษาเมื่อมีอาการผิดปกติ" และ "ความมั่นใจในการดูแลตนเอง" ซึ่งสะท้อนความสอดคล้องของระบบกับความต้องการของผู้ป่วยในบริบทหลังจำหน่าย

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าระบบสนับสนุนการดูแลตนเองผ่าน LINE Official Account มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน และได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งานเป็นอย่างดี ซึ่งสามารถนำไปเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ และประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนในบริบทที่คล้ายคลึงกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.Kaewwimol, P., Ruchiwit, M., & Liaw, J. J. (2021). Effects of a continuity of care program for parents with preterm infants on parental performances, parental readiness, and service utilization rates post discharge. Thammasat University E-Thesis Archive. http://ethesisarchive

2. Dewan, M.C., Rattani, A., Gupta, S., & Baticulon, R.E. (2018). Estimating the global incidence of traumatic brain injury. Journal of Neurosurgery, 130(4), 1080–1095.

3. Karthigeyan, M., Gupta, S.K., Salunke, P., & Dhandapani, S. (2021). Head injury care in a low-and middle-income country tertiary trauma center: Epidemiology, systemic lacunae, and possible leads. Acta Neurochirurgica, 163(4), 841–853.

4. Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). Mosby.

5 Zhang, D., Sheng, Y., Wang, C., Chen, W., & Shi, X. (2024). Global traumatic brain injury intracranial pressure: from monitoring to surgical decision. Frontiers in Neurology, 15, 1423329. https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1423329

6. Chinchai, P. (2022). A study of males with spinal cord injuries in Thailand. Curtin University Repository. https://espace.curtin.edu.au/bitstream/handle/20.500.11937/840/14061_Chinchai,%20Pisak%202003.pdf?sequence=2

7. Ganefianty, A., Puspitasari, N., & Alaydrus, R. (2023). Feasibility study of M-health transition care program for traumatic brain injury caregivers. ResearchGate. DOI:10.31686/ijier.vol11.iss10.4179

8. Somprasert, C., & Chiang, L.C. (2021). Developing a family-based caring model for stroke survivors to enhance healthy family. TU eThesis Archive. https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2022/TU_2022_5914320022_12683_23016.pdf

9. Moradzadeh, R., & Nejat, N. (2023). The Effect of a Supportive Educational Intervention Through Virtual Social Networks on Sleep Quality and Insomnia of Patients with Cancer. Journal of Cancer Education, 38(5), 1675-1682.

10.Wilson, J., & Gramling, L. (2009). The application of Orem's Self-Care Model to burn care. Journal of Burn Care & Research. DOI: 10.1097/BCR.0b013e3181b45e52

11. Rostami, K., & Rambod, M. (2023). The effect of telephone counseling based on Orem's model on adherence to treatment and resilience of patients with coronary angioplasty: a randomized clinical trial. BMC Cardiovascular Disorders, 23(1), 489. https://doi.org/10.1186/s12872-023-03529-9

12. Ganefianty, A., Songwathana, P., & Damkliang, J. (2023). Readiness for hospital discharge perceived by caregivers of patients with traumatic brain injury: A cross-sectional study. Belitung Nursing Journal. Doi: 10.33546/bnj.3019.library.tu.ac.th/thesis/2021/TU_2021_5914320048_14027_18710.pdf

13. Tabootwong, W. (2020). Family caregivers' experiences of providing care for older family members with a tracheostomy during hospitalization: A phenomenological study in Thailand. University of Eastern Finland Repository. https://erepo.uef.fi/server/api/core/bitstreams/0fcff8df-8f9d-472b-8665-94b9663dfb2e/content

14. Bal, C., & Koç, Z. (2024). Technology-Based Health Promotion Training Among Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial. Clinical Nursing Research. https://doi.org/10.1177/10547738231211980

15. Lagampan, S., Deepradit, S., & Powwattana, A. (2023). Effectiveness of a family-based program for post-stroke patients and families: A cluster randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.09.020

16. Sha, P., Gao, X., Yu, R., Li, Y., Zhang, Y., Zhu, Z., & Wu, T. (2024). Enhancing daily living and cognitive functions in traumatic brain injury patients through Orem's self-care theory. Frontiers in Neurology. https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1449417

ประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อลดความรุนแรง ในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป

Effectiveness of a Gentle Communication for Gentle Healthcare Guidebook on Violence Reduction in Regional and General Hospitals.

(Received: December 16,2025 ; Revised: December 22,2025 ; Accepted: December 24,2025)

วีร์ เมฆวิลัย[1] พาสนา คุณาธิวัฒน์[2]บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์[3]
Wee Mekwilai[1] Passana Gunadhivadhana[2] Burin Suraaroonsamrit[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ใช้การออกแบบกึ่งทดลองกับบุคลากร 50 คน จาก 5 โรงพยาบาล ระยะที่ 2 ติดตามผล 132 คน วิเคราะห์ด้วย Paired t-test, Independent t-test, Chi-square และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบการลดเหตุการณ์ความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) โดยความรุนแรงทางกายลดลง 25.0% ทางวาจาลดลง 17.8% ความรู้สึกปลอดภัยเพิ่มขึ้นจาก 3.0 เป็น 3.6 (Effect Size=0.55, $p<0.01$) ความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งเพิ่มขึ้นจาก 3.1 เป็น 3.8 (Effect Size=0.58, $p<0.01$) การติดตามผล 3 เดือนพบผู้ใช้งานสม่ำเสมอ 65.2% โรงพยาบาลทั่วไปมีการรับรู้ประสิทธิผลสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์ ($p<0.05$) ปัจจัยสำคัญต่อการใช้งานยั่งยืน ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร ($\chi^2=18.42$, $p<0.001$) การอบรมเสริม ($\chi^2=12.67$, $p<0.001$) และภาระงาน ($\chi^2=9.73$, $p=0.002$)
คำสำคัญ: ประสิทธิผล การสื่อเชิงบวก บริการสุขภาพ ความรุนแรง คู่มือ

Abstract

This study evaluated the Gentle Communication for Gentle Healthcare Guidebook's effectiveness in reducing hospital violence. A mixed-methods approach was employed in two phases: Phase 1 used a quasi-experimental design with 50 healthcare personnel from five hospitals; Phase 2 involved follow-up with 132 participants. Data were analyzed using paired t-tests, independent t-tests, chi-square tests, and content analysis.

Results showed significant violence reductions ($p<0.05$): physical violence decreased 25.0%, verbal violence 17.8%. Safety perception increased from 3.0 to 3.6 (Effect Size=0.55, $p<0.01$), and conflict management confidence improved from 3.1 to 3.8 (Effect Size=0.58, $p<0.01$). At 3-month follow-up, 65.2% maintained regular usage. General hospitals demonstrated higher effectiveness perception than regional hospitals ($p<0.05$). Key factors for sustainable implementation included supervisor support ($\chi^2=18.42$, $p<0.001$), refresher training ($\chi^2=12.67$, $p<0.001$), and workload management ($\chi^2=9.73$, $p=0.002$).
Keywords: effectiveness, guidebook, healthcare violence, healthcare personnel, positive communication

บทนำ

ปัญหาความรุนแรงในสถานพยาบาลได้พัฒนาเป็นภาวะวิกฤตด้านสาธารณสุขระดับสากลที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อทั้งบุคลากรทางการแพทย์และมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ ตติยภูมิที่ต้องรองรับผู้ป่วยจำนวนมากและ

[1] ปร.ด.
[2] ศศ.ม.
[3] พ.บ.

มีความซับซ้อนสูงในการให้บริการ ตามรายงานของสำนักงานสถิติแรงงานสหรัฐอเมริกา อุตสาหกรรมสุขภาพและบริการสังคมมีอุบัติการณ์ความรุนแรงในที่ทำงาน 14 ครั้งต่อพนักงานเต็มเวลา 10,000 คน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของอุตสาหกรรมอื่นๆ ถึง 3 เท่า[1] ที่น่าวิตกยิ่งกว่านั้น คือ แม้บุคลากรทางการแพทย์จะคิดเป็นเพียง 10% ของแรงงานทั้งหมด แต่กลับได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์รุนแรงในสถานที่ทำงานสูงถึง 48% ของกรณีทั้งหมด[2] การสำรวจล่าสุดเผยให้เห็นการเพิ่มสูงขึ้นของเหตุการณ์ความรุนแรงถึง 105.6% ต่อเตียงผู้ป่วย 100 เตียง ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะในช่วงปี 2020-2022[3]

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ปัญหาความรุนแรงในสถานพยาบาลมีความรุนแรงไม่แพ้ประเทศอื่นๆ การวิจัยในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ระบุว่า พยาบาลมีประสบการณ์ถูกใช้ถ้อยคำไม่เหมาะสม 38.9% ถูกทำร้ายร่างกาย 3.1% และถูกล่วงละเมิดทางเพศ 0.7% ภายในระยะเวลา 12 เดือน[4] ส่วนการศึกษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ถึง 84.7% เคยประสบเหตุการณ์ความรุนแรง[5] การสำรวจแผนกฉุกเฉิน 16 แห่งในภาคกลางยังชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[6]

ผลกระทบจากความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพมีหลายมิติและซับซ้อน ในระดับบุคคล บุคลากรที่ประสบเหตุการณ์ความรุนแรงมักประสบปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การหมดไฟในการทำงาน และความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ[7, 8] ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร แต่ยังลดคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย[9] ในระดับองค์กร โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาใช้งบประมาณถึง 14.65 พันล้านดอลลาร์ในปี 2023 เพื่อจัดการกับความรุนแรงในที่ทำงาน และอีก 3.62 พันล้านดอลลาร์สำหรับมาตรการป้องกัน[10] นอกจากนี้ ความรุนแรงยังส่งผลต่อการหมุนเวียนของบุคลากร อัตราการลาออก และปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในระยะยาว

การสื่อสารมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานพยาบาล The Joint Commission รายงานว่า การสื่อสารที่บกพร่องเป็นปัจจัยสำคัญในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลมากกว่า 60% ของกรณีทั้งหมด โดยในครึ่งปีแรกของปี 2023 จากเหตุการณ์ร้ายแรง 720 กรณี มีผู้ป่วยเสียชีวิต 18% และได้รับอันตรายชั่วคราวรุนแรง 63%[11] งานวิจัยชี้ว่า ความล้มเหลวในการสื่อสารเป็นสาเหตุหลักของข้อผิดพลาดทางการแพทย์ที่เป็นอันตราย โดยประมาณ 67% ของความผิดพลาดในการสื่อสารเกี่ยวข้องกับกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย[12] ปัจจัยหลักที่นำไปสู่ความขัดแย้งและความรุนแรง ประกอบด้วย ความคาดหวังที่ไม่สมจริงของผู้ป่วยและญาติ การสื่อสารที่ขาดความชัดเจน ระยะเวลารอคอยที่นานเกินไป และทรัพยากรที่จำกัด[13]

การสื่อสารเชิงบวกได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพ แนวคิดนี้มีพื้นฐานจากทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ Hildegard Peplau ซึ่งวางรากฐานสำคัญของการสื่อสารบำบัด[14] หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการสื่อสารเชิงบวกในการลดความขัดแย้งและป้องกันความรุนแรง การวิจัยของ Gillam และคณะ พบว่า การฝึกทักษะการสื่อสารช่วยลดการรับรู้ความก้าวร้าวและความทุกข์ใจในระยะหกเดือนหลังการแทรกแซง[15] ในขณะที่การศึกษาของ Howick และคณะ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่แสดงความเอาใจใส่และสร้างความคาดหวังเชิงบวกสามารถปรับปรุงผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[16]

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการสื่อสารเชิงบวกได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพ แต่ยังพบว่ามีการขาดแคลนคู่มือ

หรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและเหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว จากการศึกษาก่อนหน้านี้โดย วีร์ เมฆวิลัย และคณะ[17] ซึ่งได้พัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทไทย โดยบูรณาการปัจจัยทางวัฒนธรรมเข้ากับเทคนิค de-escalation สากล คู่มือผ่านการทดสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ (IOC = 0.88) และทดลองใช้เบื้องต้นเพื่อทดสอบประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้สามารถทดสอบประสิทธิผลในเชิงลึกในด้านผลกระทบต่อการลดเหตุการณ์ความรุนแรง และปัจจัยที่มีผลต่อการนำไปใช้เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการขยายผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะการทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล และระยะการขยายผลและติดตามผลในระยะยาว[18]

ระยะที่ 1 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการออกแบบ One Group Pretest-Posttest Design กำหนด effect size = 0.6, α = 0.05, power = 0.80 ได้ขนาดตัวอย่าง 45 คน เพิ่ม dropout rate 10% จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 50 คน (โรงพยาบาลละ 10 คน)

การคัดเลือกโรงพยาบาลใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จาก 5 ภูมิภาค (เหนือ ใต้ อีสาน กลาง และกรุงเทพมหานคร อย่างละ 1 แห่ง) ตามเกณฑ์ดังนี้ (1) เป็นโรงพยาบาลระดับ S, M1 หรือ M2 (2) มีเตียงไม่น้อยกว่า 200 เตียง (3) มีเหตุการณ์ความรุนแรงอย่างน้อย 5 ครั้งต่อปี และ (4) ผู้บริหารให้ความร่วมมือ การคัดเลือกบุคลากรใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงจากแผนกเสี่ยงสูง ได้แก่ ห้องฉุกเฉิน หน่วยผู้ป่วยใน และแผนกจิตเวช โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ (1) ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน (2) เคยเผชิญสถานการณ์ความขัดแย้ง (3) สามารถเข้าร่วมการศึกษาครบ 3 เดือน และ (4) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ระยะที่ 2 การขยายผลและติดตามผลในระยะยาว กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 กำหนดพารามิเตอร์ดังนี้ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05, อำนาจการทดสอบ (Power = 1-β) = 0.80, ขนาดของผลกระทบ (Effect size) = 0.45 และการทดสอบแบบสองทาง (Two-tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างพื้นฐาน 98 คน เพิ่ม dropout rate 10% โดยใช้สูตร n_adjusted = n / (1 - dropout rate) = 98 / 0.90 = 109 คน อย่างไรก็ตาม จากการเก็บข้อมูลออนไลน์ได้ข้อมูลสูงถึง 132 คน ซึ่งเกินกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามแบบย้อนหลัง (Retrospective Pre-Post Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินประสิทธิผลและติดตามการใช้งานคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ แบบสอบถามประกอบด้วย 8 ส่วนหลัก รวม 52 ข้อ ซึ่งออกแบบให้ครอบคลุมการวัดผลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป 13 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลประชากรศาสตร์พื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ วิชาชีพ การศึกษา ประสบการณ์ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการใช้คู่มือและประสบการณ์การฝึกอบรมที่เคยได้รับ (2) จำนวนเหตุการณ์ความรุนแรง 3 ข้อ แบ่งเป็นความรุนแรงทางวาจาและทางกาย ผู้ตอบระบุจำนวนเหตุการณ์เฉลี่ยต่อเดือนทั้งก่อนและหลังใช้คู่มือ 3 เดือน (3) ความรู้สึกปลอดภัยในการทำงาน 5 ข้อ

ประเมินทั้งก่อนและหลังในคำถามเดียวกัน ครอบคลุมห้ามิติคือ การรับรู้ความเสี่ยง (5 ระดับ) ความมั่นใจจัดการความขัดแย้ง (6 ระดับ) การสนับสนุนจากองค์กร (5 ระดับ) ความรู้สึกปลอดภัยโดยรวม (4 ระดับ) และความมั่นใจโดยรวม (10 ระดับ) (4) การรับรู้ประสิทธิผล 3 ข้อ ใช้มาตราวัด Likert Scale 5 ระดับ วัดสามด้านคือ การลดเหตุการณ์ความรุนแรง การปรับปรุงบรรยากาศและการเพิ่มความมั่นใจ นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ย (5) ความถี่การใช้งานและความรู้ทักษะ 13 ข้อ แบ่งเป็นห้าองค์ประกอบ ได้แก่ ความถี่การใช้คู่มือ (5 ระดับ) ความรู้เนื้อหา (15 คะแนน จาก 3 ข้อ) ความถี่ใช้เทคนิค (12 คะแนน จาก 3 ข้อ) ประสิทธิผลที่รับรู้ (10 คะแนน จาก 2 ข้อ) และความพึงพอใจพร้อมคุณภาพคู่มือ (4 ข้อ) (6) ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค 7 ข้อ แบ่งเป็นสามหมวดคือ ปัจจัยสนับสนุน (การสนับสนุนจากหัวหน้า การอบรมเสริม) อุปสรรค (ภาระงาน ข้อจำกัดต่างๆ) และความต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม (7) บริบทองค์กรและพื้นที่ 3 ข้อ ครอบคลุมวัฒนธรรมท้องถิ่น สภาพแวดล้อมการทำงาน และลักษณะชุมชน และ (8) ข้อคิดเห็นเชิงคุณภาพ 5 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประโยชน์ อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และความเต็มใจแนะนำผู้อื่น

แบบสอบถามพัฒนาผ่าน 4 ขั้นตอนหลัก เริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม จากนั้นร่างแบบสอบถามฉบับต้นแบบให้ครอบคลุมตัวแปรทั้งหมด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 2 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน คำนวณค่า IOC และคัดเลือกข้อที่มีค่า ≥0.80 จากนั้นทดสอบนำร่องกับบุคลากร เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความเป็นไปได้ในการใช้งาน

การตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's Alpha จากข้อมูลทดสอบนำร่อง พบว่าทุกส่วนมีค่ามากกว่า 0.80 ได้แก่ ความรู้สึกปลอดภัยก่อนใช้ (α=0.87) ความรู้สึกปลอดภัยหลังใช้ (α=0.89) ความรู้เนื้อหา (α=0.82) ความถี่ใช้เทคนิค (α=0.85) และประสิทธิผลที่รับรู้ (α=0.88) แสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นในระดับดี

คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ [19] พัฒนาผ่าน 3 ขั้นตอน (ต้นร่าง ฉบับทดลองใช้ และฉบับสมบูรณ์) ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ (1) บทนำ (2) ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความรุนแรงในบริการสุขภาพ (3) หลักการสื่อสารเชิงบวก (4) เทคนิค De-escalation 5 เทคนิคหลัก ได้แก่ การฟังอย่างตั้งใจ การแสดงความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ การใช้น้ำเสียงที่สงบ การหลีกเลี่ยงการโต้เถียง และการเสนอทางเลือก (5) การประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง (6) การสร้างระบบและวัฒนธรรมองค์กร และ (7) ภาคผนวก คู่มือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.88 ผลิตในรูปแบบสิ่งพิมพ์และดิจิทัล พร้อมสื่อประกอบ เช่น อินโฟกราฟิก คลิปวิดีโอ สาธิต และ QR Code

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบผสมผสาน (Mixed-methods Analysis) โดยแบ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ค่าดัชนี IOC ในการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา โดยกำหนดค่า IOC ≥ 0.80 ว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้ ใช้การทดสอบ Paired Sample t-test เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้คู่มือในกลุ่มเดียวกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คำนวณขนาดอิทธิพล (Cohen's d) และช่วงความเชื่อมั่น 95% ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างโรงพยาบาลในภูมิภาคต่างๆ ใช้ Independent Sample t-test เปรียบเทียบ

ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และใช้การทดสอบไคสแควร์วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการใช้งานคู่มือ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกนำมาถอดเทปและวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การเชื่อมโยงข้อมูล ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพอธิบายและเสริมผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ และนำข้อมูลเชิงปริมาณมาสนับสนุนประเด็นที่พบจากข้อมูลเชิงคุณภาพ

โปรแกรมที่ใช้ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS Statistics version 26.0 (ลิขสิทธิ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้โปรแกรม NVivo version 14 และใช้ Microsoft Excel 2019 ในการจัดการข้อมูลเบื้องต้น

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ EC 033-2568 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัดตามมาตรฐานสากล โดยขอความยินยอมสมัครใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ และความเสี่ยงชัดเจน แจ้งสิทธิถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบการทำงาน รักษาความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ จัดเก็บข้อมูลปลอดภัยด้วยระบบล็อคและรหัสผ่าน เฉพาะทีมวิจัยเข้าถึงได้ ไม่เปิดเผยข้อมูลระบุตัวบุคคล

ผลการศึกษา

1. การทดลองใช้ในระบบและการประเมินประสิทธิผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน จาก 5 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทย ครอบคลุมโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในทุกภูมิภาค ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ (24%) โรงพยาบาลทั่วไปภาคกลาง (20%) โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ (22%) โรงพยาบาลทั่วไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (18%) และโรงพยาบาลทั่วไปภาคตะวันออก (16%) กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายและเป็นตัวแทนที่ดีของบุคลากรสุขภาพในประเทศไทย โดยประกอบด้วยพยาบาล (50%) สหวิชาชีพ (30%) และแพทย์ (20%) การกระจายตามเพศพบว่าเป็นเพศหญิง 64% และเพศชาย 36% ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะประชากรบุคลากรสุขภาพโดยทั่วไป กลุ่มอายุ 25-35 ปี มีสัดส่วนสูงสุด (44%) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นปริญญาตรี (56%) และมีผู้จบปริญญาโทและปริญญาเอก/วุฒิบัตรรวม 44% ประสบการณ์การทำงาน 5-15 ปีมีสัดส่วนสูงสุด (56%) ระดับตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นระดับปฏิบัติการ (70%) ส่วนหัวหน้างานและผู้บริหารรวม 30% กระจายตัวในแผนกต่างๆ โดยเฉพาะงานผู้ป่วยใน (32%) ห้องฉุกเฉิน (20%) งานผู้ป่วยนอก (18%) หอผ่าตัด (12%) งานจิตเวช (8%) และแผนกสนับสนุนอื่นๆ (10%)

ผู้เข้าร่วม 88% รายงานว่าเคยประสบสถานการณ์ความขัดแย้งหรือความรุนแรงในการทำงานโดยเฉลี่ย 3.2 ครั้งต่อเดือน โดยพบมากที่สุดในแผนกฉุกเฉิน (5.8 ครั้ง/เดือน) อย่างไรก็ตาม มีเพียง 26% ที่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการสื่อสารหรือการจัดการความขัดแย้ง และเพียง 12% ที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้านการจัดการความรุนแรงในสถานพยาบาล แสดงให้เห็นช่องว่างในการพัฒนาทักษะ ความมั่นใจในการจัดการสถานการณ์ขัดแย้งอยู่ในระดับปานกลาง (5.8/10) โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปีมีความมั่นใจสูงกว่า (7.2) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี (4.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แรงจูงใจในการเข้าร่วมการศึกษาคือความต้องการพัฒนาทักษะการสื่อสาร (74%) และความสนใจในเทคนิคใหม่ (68%)

1.1 ประสิทธิผลของคู่มือ (One Group Pretest-Posttest)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงก่อนและหลังการใช้คู่มือ (n = 50)

ประเภทเหตุการณ์	ก่อน	หลัง	% เปลี่ยนแปลง	95% CI	p-value
ความรุนแรงทางวาจา	45	37	-17.8 %	-31.2, -4.4	0.012
ความรุนแรงทางกาย	12	9	-25.0%	-48.6, -1.4	0.041
รวมทั้งหมด	**57**	**46**	**- 19.3 %**	**-33.1, -5.5**	**0.008**

จากตารางที่ 1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญของประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในการลดเหตุการณ์ความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกประเภท ความรุนแรงทางกายลดลงมากที่สุด 25.0% (95% CI: -48.6, -1.4, p=0.041) จาก 12 ครั้งเป็น 9 ครั้ง ซึ่งมีความหมายสำคัญทั้งทางสถิติและทางปฏิบัติต่อความปลอดภัยของบุคลากร ความรุนแรงทางวาจาลดลง 17.8% (95% CI: -31.2, -4.4, p=0.012) จาก 45 ครั้งเป็น 37 ครั้ง เมื่อพิจารณาผลรวมทั้งหมดพบการลดลง 19.3% (95% CI: -33.1, -5.5, p=0.008) จาก 57 ครั้งเป็น 46 ครั้ง ช่วงความเชื่อมั่น 95% ที่ไม่รวมค่าศูนย์ในทุกกรณียืนยันว่าการลดลงเป็นผลจากการใช้คู่มือจริง ไม่ใช่ความบังเอิญ ผลลัพธ์นี้เป็นหลักฐานสำคัญที่สนับสนุนการขยายผลการใช้คู่มือในวงกว้าง

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกปลอดภัยก่อนและหลังการใช้คู่มือ

ด้านการประเมิน	ก่อน (M±SD)	หลัง (M±SD)	t	p-value	Effect Size (Cohen's d)[20]
การรับรู้ความเสี่ยง (5 คะแนน)	2.8±0.6	3.4±0.5	-4.73	<0.001	0.67
ความมั่นใจจัดการความขัดแย้ง (6 คะแนน)	3.1±0.7	3.8±0.6	-4.12	<0.001	0.58
การสนับสนุนจากองค์กร (5 คะแนน)	3.3±0.8	3.7±0.7	-2.87	0.006	0.41
ความรู้สึกปลอดภัยรวม (4 คะแนน)	3.0±0.9	3.6±0.6	-3.92	<0.001	0.55

จากตารางที่ 2 แสดงผลการใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกต่อความรู้สึกปลอดภัยของบุคลากรสุขภาพ พบการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน (p<0.01) โดยการรับรู้ความเสี่ยงปรับปรุงสูงสุด (Effect Size=0.67) จาก 2.8 เป็น 3.4 ะแนน ช่วยเพิ่มความตระหนักและการเตรียมพร้อมรับมือสถานการณ์ ความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งเพิ่มขึ้นชัดเจน (Effect Size=0.58) จาก 3.1 เป็น 3.8 คะแนน การสนับสนุนจากองค์กรปรับปรุงระดับปานกลาง (Effect Size=0.41) ความรู้สึกปลอดภัยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Effect Size=0.55) จาก 3.0 เป็น 3.6 คะแนน ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ประสิทธิภาพ และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะยาว

1.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

การวิเคราะห์คุณภาพพบปัจจัยส่งผลต่อความสำเร็จ 2 ประเภท ปัจจัยสนับสนุนได้แก่ (1) การสนับสนุนจากผู้บริหาร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญสุด โดยจัดสรรเวลาและทรัพยากร สร้างวัฒนธรรมยอมรับการเปลี่ยนแปลง และติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ (2) เนื้อหาคู่มือเข้าใจง่าย ใช้ภาษาเรียบง่าย มีภาพประกอบ และตัวอย่างที่เกี่ยวข้องงานจริง เหมาะกับความรู้และประสบการณ์ผู้อ่าน ปัจจัยอุปสรรคคือภาระงานหนัก ทำให้ขาดเวลาเรียนรู้ การเข้าอบรมไม่สม่ำเสมอ เกิดความเครียด มองการเรียนรู้เป็นภาระเพิ่ม ขาดโอกาสฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ทักษะเสื่อม และระบบใหม่ไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2. การติดตามการใช้งานภายหลังการขยายผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การติดตามระยะยาวจาก 132 จากทั้งหมด 136 แห่ง (อัตราตอบกลับ 97.0%) ซึ่งเป็นอัตราที่ยอมรับได้และแสดงความสนใจของบุคลากรที่ดี การกระจายตามสาขาอาชีพพบว่าพยาบาล (51.5%) และแพทย์ (33.3%) มีสัดส่วนรวม 84.8% แสดงการยอมรับในกลุ่มผู้ให้บริการหลัก นอกจากนี้มีนักจิตวิทยา (6.1%) และนักสังคมสงเคราะห์ (4.5%) แสดงการขยายผลไปยังบุคลากรสนับสนุน โรงพยาบาลทั่วไปมีสัดส่วนสูงกว่า (74.2% ต่อ 25.8%) อาจเกี่ยวข้องกับความพร้อมในการปรับเปลี่ยนวิธีทำงาน

กลุ่มอายุงาน 5-10 ปีมีสัดส่วนสูงสุด (36.4%) เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์และความกระตือรือร้นในการพัฒนาทักษะ บุคลากรใหม่มีสัดส่วน 27.3% แสดงการส่งต่อคู่มือสู่รุ่นใหม่ แผนกผู้ป่วยในมีสัดส่วนสูงสุด (62.9%) สอดคล้องกับการใช้ทักษะการสื่อสารบ่อยครั้ง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (18.9%) เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องการทักษะจัดการสถานการณ์เฉียบพลัน และแผนกจิตเวช (6.8%) แสดงการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยพิเศษที่ต้องการเทคนิคการสื่อสารเฉพาะทาง

2.1 ระดับการใช้งานคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในระยะยาว

ความยั่งยืนในการใช้คู่มือหลังผ่านไป 3 เดือน พบผู้ใช้งานสม่ำเสมอ (ใช้ทุกวันและบ่อย) รวม 65.2% เป็นสัดส่วนสูง แสดงคู่มือมีประโยชน์จริงและตอบสนองความต้องการอย่างต่อเนื่อง ผู้ใช้ทุกวัน 36.4% แสดงเทคนิคกลายเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำ กลุ่มใช้ปานกลางและใช้น้อยรวม 31.8% อาจเกิดจากข้อจำกัดเวลา ลักษณะงานไม่เผชิญความขัดแย้งบ่อย หรือต้องการเวลาปรับตัว มีเพียง 3.0% ไม่ใช้งานเลย ซึ่งเป็นสัดส่วนต่ำมาก ส่วนใหญ่เป็นผู้ย้ายงานหรือเปลี่ยนตำแหน่งไปยังงานที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ผลการติดตามเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จและสนับสนุนการขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่นในวงกว้าง

2.2 การรับรู้ประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

การประเมินประสิทธิผลคู่มือระยะยาวจากผู้ใช้งาน พบผลสอดคล้องการวัดเชิงปริมาณ การปรับปรุงบรรยากาศการทำงานมีประสิทธิผลสูงสุด (คะแนนเฉลี่ย 4.3) โดย 90.9% รับรู้การปรับปรุงเชิงบวก ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในงาน การลดเหตุการณ์ความรุนแรงมีประสิทธิผลระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.2) โดย 90.1% ประเมินมีประสิทธิผล สอดคล้องข้อมูลเชิงปริมาณ ความมั่นใจในการจัดการสถานการณ์ยากลำบากเพิ่มขึ้น (คะแนนเฉลี่ย 4.1) โดย 87.9% ประเมินเพิ่มขึ้น มีเพียง 1.5% ประเมินไม่เปลี่ยนแปลง และไม่มีผู้ใดประเมินทางลบ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานต่ำ (0.7-0.9) แสดงความสอดคล้องของความเห็นในกลุ่มผู้ประเมิน

2.3 การเปรียบเทียบประสิทธิผลตามประเภทโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลตามประเภทโรงพยาบาล (n=132)

ด้านการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ (n=34)	โรงพยาบาลทั่วไป (n=98)	t	p-value
การลดเหตุการณ์ความรุนแรง	4.1 (0.9)	4.3 (0.7)	-2.15	0.032*
การปรับปรุงบรรยากาศการทำงาน	4.2 (0.8)	4.4 (0.6)	-2.48	0.014*
ความมั่นใจในการจัดการ	4.0 (1.0)	4.2 (0.8)	-1.89	0.060

*p < 0.05

จากตารางที่ 3 แสดงความแตกต่างการรับรู้ประสิทธิผลระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป (n=98, 74.2%) มีคะแนนสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์ (n=34, 25.8%) อย่างมีนัยสำคัญในการลดเหตุการณ์ความรุนแรง (4.3 ต่อ 4.1, p=0.032) และการปรับปรุงบรรยากาศการทำงาน (4.4 ต่อ

4.2, p=0.014) เนื่องจากขนาดเล็กกว่า การสื่อสารง่ายกว่า บุคลากรใกล้ชิดกัน และผู้ป่วยมีความซับซ้อนน้อยกว่า โรงพยาบาลศูนย์มีผู้ป่วยซับซ้อน มีความกดดันสูง ทำให้การนำเทคนิคไปใช้ท้าทายกว่า ด้านความมั่นใจในการจัดการไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (4.2 ต่อ 4.0, p=0.060) แสดงคู่มือเสริมสร้างความมั่นใจได้ทุกประเภทโรงพยาบาล ข้อมูลนี้เป็นประโยชน์สำหรับปรับกลยุทธ์การนำไปใช้ให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละโรงพยาบาล

2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้งานอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้งานคู่มือการสื่อสารเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง (n=132)

ปัจจัย	ใช้งานสม่ำเสมอ (n=86)	ใช้งานไม่สม่ำเสมอ (n=46)	χ^2	p-value
การสนับสนุนจากหัวหน้างาน			18.42	<0.001***
ได้รับการสนับสนุนดี	74 (86.0%)	28 (60.9%)		
ได้รับการสนับสนุนน้อย	12 (14.0%)	18 (39.1%)		
การเข้าอบรมเสริม			12.67	<0.001***
เข้าร่วม 2 ครั้งขึ้นไป	48 (55.8%)	15 (32.6%)		
เข้าร่วม 1 ครั้ง	28 (32.6%)	19 (41.3%)		
ไม่เข้าร่วม	10 (11.6%)	12 (26.1%)		
ภาระงาน			9.73	0.002**
ภาระงานปกติ	54 (62.8%)	20 (43.5%)		
ภาระงานหนัก	32 (37.2%)	26 (56.5%)		

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001

จากตารางที่ 4 แสดงปัจจัยส่งผลต่อความยั่งยืนในการใช้คู่มือ การสนับสนุนจากหัวหน้างานมีความสัมพันธ์ระดับสูงสุด (χ^2=18.42, p<0.001) ผู้ได้รับการสนับสนุนดีใช้งานสม่ำเสมอ 86.0% เทียบกับ 60.9% ในกลุ่มสนับสนุนน้อย การเข้าอบรมเสริมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (χ^2=12.67, p<0.001) กลุ่มอบรม 2 ครั้งขึ้นไปใช้งานสม่ำเสมอ 55.8% เทียบกับไม่อบรม 11.6% ภาระงานส่งผลสำคัญ (χ^2=9.73, p=0.002) ผู้มีภาระปกติใช้งานสม่ำเสมอ 62.8% เทียบกับภาระหนัก 43.5% ผู้มีปัจจัยสนับสนุนครบทั้งสามมีอัตราใช้งานต่อเนื่อง 87.5% ขณะที่ขาดทั้งสามปัจจัยมีอัตราเพียง 23.1% ข้อมูลนี้สำคัญสำหรับวางแผนกลยุทธ์สนับสนุนการใช้งานคู่มืออย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

ประสิทธิผลในการลดเหตุการณ์ความรุนแรง

ผลการศึกษาพบว่าคู่มือการสื่อสารเชิงบวกสามารถลดเหตุการณ์ความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกประเภท โดยเฉพาะความรุนแรงทางกายที่ลดลงถึง 25.0% (p=0.041) และความรุนแรงทางวาจาลดลง 17.8% (p=0.012) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gillam และคณะ[15] ที่พบว่าการแทรกแซงด้วยทักษะการสื่อสารสามารถลดการรับรู้ความก้าวร้าวและความทุกข์ใจในระยะหกเดือนหลังการแทรกแซง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Price และคณะ[13] ที่แสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมเทคนิค de-escalation มีผลกระทบเชิงบวกต่อการจัดการความรุนแรงในสถานพยาบาล

การลดลงของเหตุการณ์ความรุนแรงทางกายมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยทางกายภาพของบุคลากร ซึ่งสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการหยุดงานจากการบาดเจ็บ ตามที่ Press Ganey Associates[10] รายงานว่าโรงพยาบาลใน

สหรัฐอเมริกาใช้งบประมาณถึง 14.65 พันล้านดอลลาร์ในปี 2023 เพื่อจัดการกับความรุนแรงในที่ทำงาน การลดเหตุการณ์ความรุนแรงจึงมีความหมายทั้งในเชิงความปลอดภัยและเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

ผลกระทบต่อความรู้สึกปลอดภัยของบุคลากร

การศึกษาพบว่าคู่มือส่งผลให้ความรู้สึกปลอดภัยโดยรวมของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Effect Size=0.55, $p<0.01$) จาก 3.0 เป็น 3.6 คะแนน โดยเฉพาะการรับรู้ความเสี่ยงที่ปรับปรุงสูงสุด (Effect Size=0.67) จาก 2.8 เป็น 3.4 คะแนน ผลลัพธ์นี้มีความสำคัญเนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นไม่ได้หมายความว่าบุคลากรมีความกังวลมากขึ้น แต่เป็นการเพิ่มความสามารถในการคาดการณ์และเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในการป้องกันเหตุการณ์ความรุนแรงตามที่ The Joint Commission[11] ระบุว่าการสื่อสารที่บกพร่องเป็นปัจจัยสำคัญในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลมากกว่า 60%

ความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งที่เพิ่มขึ้น (Effect Size=0.58, $p<0.01$) จาก 3.1 เป็น 3.8 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่าคู่มือช่วยให้บุคลากรมีเครื่องมือและเทคนิคที่เหมาะสมในการจัดการสถานการณ์ยากลำบาก การลดลงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจาก 0.7 เป็น 0.6 แสดงว่าระดับความมั่นใจมีความสม่ำเสมอกันมากขึ้น ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของประสิทธิภาพของการฝึกอบรม ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ Hildegard Peplau[14] ที่เน้นความสำคัญของการสื่อสารที่มีคุณภาพในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ความยั่งยืนในการใช้งานคู่มือ

การติดตามผลระยะยาว 3 เดือนพบอัตราการตอบกลับสูงถึง 97.0% (132 จาก 136 แห่ง) แสดงให้เห็นถึงความสนใจและการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่ดี ผู้ใช้งานสม่ำเสมอ (ใช้ทุกวันและบ่อย) มีสัดส่วนรวม 65.2% ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงสำหรับการติดตามหลังจากผ่านไป 3 เดือน โดยเฉพาะผู้ใช้งานเป็นประจำทุกวันถึง 36.4% แสดงให้เห็นว่าเทคนิคในคู่มือกลายเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวัน ความยั่งยืนนี้มีความสำคัญต่อการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในองค์กร ซึ่งแตกต่างจากโปรแกรมฝึกอบรมทั่วไปที่มักพบปัญหาการลดลงของการนำความรู้ไปใช้หลังจากผ่านไประยะหนึ่ง

ที่น่าสนใจคือมีเพียง 3.0% เท่านั้นที่ไม่ใช้งานคู่มือเลย ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำมาก โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ย้ายงานหรือเปลี่ยนตำแหน่งไปยังงานที่ไม่ต้องสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งเป็นเหตุผลที่สมเหตุสมผลและไม่เกี่ยวข้องกับคุณภาพหรือความเหมาะสมของคู่มือ ผลการติดตามนี้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของความสำเร็จในการพัฒนาคู่มือ และเป็นหลักฐานสนับสนุนการขยายผลการใช้งานไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ในวงกว้าง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้งานอย่างต่อเนื่องพบว่าการสนับสนุนจากหัวหน้างานมีความสัมพันธ์ระดับสูงที่สุด ($\chi^2=18.42$, $p<0.001$) โดยผู้ที่ได้รับการสนับสนุนดีมีแนวโน้มใช้งานสม่ำเสมอ 86.0% เทียบกับ 60.9% ในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนน้อย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงที่เน้นความสำคัญของภาวะผู้นำในการสนับสนุนและขับเคลื่อนนวัตกรรม การสนับสนุนจากหัวหน้างานไม่เพียงแต่ในรูปแบบการอนุญาตให้ใช้เวลาในการศึกษาคู่มือ แต่รวมถึงการให้กำลังใจ การสอบถามผลการใช้งาน และการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้

การเข้าร่วมอบรมเสริมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใช้งานต่อเนื่อง ($\chi^2=12.67$, $p<0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าอบรม 2 ครั้งขึ้นไปมีสัดส่วนการใช้งานสม่ำเสมอสูงสุด (55.8%) เทียบกับกลุ่มที่ไม่เข้าอบรม (11.6%) ผลลัพธ์นี้แสดงให้

เห็นว่าการอบรมเสริมช่วยฟื้นฟูความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการใช้งานจริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ต่อเนื่อง (Continuous Learning) ที่เน้นความสำคัญของการเสริมสร้างความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอ

ภาระงานเป็นปัจจัยอุปสรรคที่สำคัญ (χ^2=9.73, p=0.002) โดยผู้ที่มีภาระงานปกติสามารถใช้งานสม่ำเสมอได้ 62.8% เทียบกับ 43.5% ในกลุ่มที่มีภาระงานหนัก ผลการวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการบริหารจัดการภาระงานและการจัดสรรเวลาที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาทักษะ ซึ่งสะท้อนปัญหาโครงสร้างของระบบสุขภาพที่บุคลากรมักมีภาระงานมากเกินไป ตามที่ Duan และคณะ[7] รายงานว่าภาระงานที่มากเกินไปส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน ภาวะหมดไฟ และความตั้งใจลาออกของบุคลากรสุขภาพ

การวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่าทั้ง 3 ปัจจัยมีผลร่วมกัน โดยผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างานเข้าอบรมเสริมสม่ำเสมอ และมีภาระงานที่เหมาะสม มีอัตราการใช้งานอย่างต่อเนื่องสูงถึง 87.5% ในขณะที่กลุ่มที่ขาดปัจจัยสนับสนุนทั้งสามมีอัตราการใช้งานต่อเนื่องเพียง 23.1% ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับผู้บริหารในการวางแผนกลยุทธ์สนับสนุนการใช้งานคู่มือ โดยเน้นการสร้างระบบสนับสนุนจากผู้นำ การจัดอบรมติดตามอย่างสม่ำเสมอ และการบริหารจัดการภาระงานให้เหมาะสม

ความแตกต่างตามประเภทโรงพยาบาล

การศึกษาพบความแตกต่างที่น่าสนใจระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ โดยโรงพยาบาลทั่วไปมีคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญในด้านการลดเหตุการณ์ความรุนแรง (4.3 เทียบกับ 4.1, p=0.032) และการปรับปรุงบรรยากาศการทำงาน (4.4 เทียบกับ 4.2, p=0.014) ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัย โรงพยาบาลทั่วไปมักมีขนาดเล็กกว่า การสื่อสารภายในองค์กรเป็นไปได้ง่ายกว่า และบุคลากรมีความใกล้ชิดกันมากกว่า ทำให้การนำเทคนิคใหม่ไปใช้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ โรงพยาบาลทั่วไปมีความซับซ้อนของผู้ป่วยน้อยกว่า ทำให้เทคนิคการสื่อสารพื้นฐานสามารถแก้ไขปัญหาได้ดีกว่า

ในทางตรงกันข้าม โรงพยาบาลศูนย์มีผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนสูง มีการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นและมีความกดดันด้านเวลาและทรัพยากรมากกว่า ทำให้การนำเทคนิคใหม่ไปใช้มีความท้าทายมากกว่า และผลลัพธ์อาจไม่ชัดเจนเท่า อย่างไรก็ตาม ในด้านความมั่นใจในการจัดการ แม้โรงพยาบาลทั่วไปจะมีคะแนนสูงกว่าเล็กน้อย (4.2 เทียบกับ 4.0) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.060) แสดงให้เห็นว่าคู่มือสามารถเสริมสร้างความมั่นใจได้ในทุกประเภทโรงพยาบาล ข้อมูลนี้เป็นประโยชน์สำหรับการปรับแต่งกลยุทธ์การนำคู่มือไปใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแต่ละประเภท

การรับรู้ประสิทธิผลโดยรวม

การประเมินประสิทธิผลของคู่มือในระยะยาวพบผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับการวัดเชิงปริมาณ โดยการปรับปรุงบรรยากาศการทำงานได้รับการรับรู้ว่ามีประสิทธิผลสูงสุด (คะแนนเฉลี่ย 4.3) โดยมีผู้ให้คะแนน "ดีขึ้นมาก" และ "ดีขึ้นปานกลาง" รวมกันถึง 90.9% การปรับปรุงบรรยากาศการทำงานมีผลกระทบวงกว้างต่อทั้งคุณภาพชีวิตการทำงาน ความพึงพอใจในงาน และการคงอยู่ในวิชาชีพ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพที่เป็นปัญหาในหลายประเทศ

การลดเหตุการณ์ความรุนแรงได้รับการรับรู้ว่ามีประสิทธิผลในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.2) โดยมีผู้ประเมินว่า "มีประสิทธิผลมาก" และ "มีประสิทธิผลปานกลาง" รวมกันเป็น 90.1% การรับรู้นี้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่แสดงการลดลงของเหตุการณ์ความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งยืนยันความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา ความมั่นใจในการจัดการสถานการณ์

ยากลำบากเพิ่มขึ้นได้รับการรับรู้ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.1) โดยมีผู้ประเมินว่า "เพิ่มขึ้นมาก" และ "เพิ่มขึ้นปานกลาง" รวมกันเป็น 87.9% ความมั่นใจที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นผลมาจากการมีเครื่องมือและเทคนิคที่เหมาะสมในการจัดการสถานการณ์ ที่น่าสนใจคือในทุกด้านที่ประเมิน มีผู้ประเมินว่า "ไม่เปลี่ยนแปลง/ไม่มีประสิทธิผล" เพียง 1.5% เท่านั้น และไม่มีผู้ใดประเมินในทางลบ แสดงให้เห็นว่าคู่มือไม่ได้ก่อให้เกิดผลเสียแต่อย่างใด และมีประสิทธิผลเชิงบวกอย่างกว้างขวาง ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ต่ำ (0.7-0.9) แสดงความสอดคล้องของความเห็นในกลุ่มผู้ประเมิน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ดีของความเหมาะสมและประสิทธิภาพของคู่มือ

ข้อจำกัดของการศึกษา

แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้จะให้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ประการแรก การศึกษาใช้ One Group Pretest-Posttest Design ซึ่งไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยกวนได้อย่างเหมาะสม และอาจมีผลจาก Hawthorne Effect[21] ที่ผู้เข้าร่วมอาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพราะรู้ว่าตนเองกำลังถูกศึกษา ประการที่สอง ระยะเวลาติดตาม 3 เดือน ยังไม่เพียงพอที่จะประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว ประการที่สาม การทดลองในโรงพยาบาล 5 แห่ง อาจไม่สะท้อนความหลากหลายของบริบทโรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลเอกชนที่อาจมีลักษณะการบริการและประชากรผู้ป่วยที่แตกต่าง

สรุป การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพในการลดเหตุการณ์ความรุนแรง เสริมสร้างความรู้สึกปลอดภัย และเพิ่มความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งของบุคลากรสุขภาพ ผลลัพธ์ที่ได้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยสากล[14,15,16] และยืนยันความเหมาะสมของการปรับแต่งเทคนิคการสื่อสารเชิงบวกให้เข้ากับบริบทวัฒนธรรมไทย ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การอบรมเสริมที่สม่ำเสมอ และการบริหารจัดการภาระงานที่เหมาะสม การขยายผลการใช้คู่มือในวงกว้างควรคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และจัดเตรียมระบบสนับสนุนที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพไทย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาและข้อจำกัดที่พบ มีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยและการพัฒนาต่อไปดังนี้ (1) ควรดำเนินการวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์และสามารถควบคุมปัจจัยกวนได้ดีขึ้น (2) ควรขยายระยะเวลาติดตามผลให้ยาวนานขึ้นอย่างน้อย 6-12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลกระทบระยะยาว (3) ควรขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลที่หลากหลายมากขึ้น รวมถึงโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลในบริบทที่แตกต่าง

เอกสารอ้างอิง

1.Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor.(2019). 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.วีร์ เมฆวิลัย, พาสนา คุณาธิวัฒน์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์.(2025). การพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2025 Sep 30;10(3):999-1010.

18.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2555). คู่มือการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

19.วีร์ เมฆวิลัย, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์.(2568). คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ (Gentle communication for gentle healthcare). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: พรอสเพอรัส ปริ้นติ้ง; 2568.

20.Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

21.Thiese MS.(2014). Observational and interventional study design types; an overview. Biochem Med (Zagreb). 2014;24(2):199-210. doi: 10.11613/BM.2014.022

ผลของการสร้างเครือข่ายร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายของประชาชนตำบลละลม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

EFFECT OF NETWORK BUILDING AND SOCIAL SUPPORT ON THE BEHAVIOR OF HAZARDOUS DRUG CONSUMPTION AMONG THE POPULATION IN LALOM SUBDISTRICT, PHUSING DISTRICT, SISAKET PROVINCE.

(Received: December 17,2025 ; Revised: December 20,2025 ; Accepted: December 22,2025)

ธงชัย ไชยโชติ[1] อารี บุตรสอน[2]
Thongchai chaiyachot[1] Aree Butsorn[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายของประชาชนตำบลละลม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 35 คน รวม 70 คน กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนตำบลละลม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนตำบลไพรพัฒนา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 13 กันยายน 2568 ถึงวันที่ 6 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ ANCOVA กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องยาอันตราย ทัศนคติต่อยาอันตราย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของยาอันตราย การรับรู้ความรุนแรงของยาอันตราย การรับรู้ประโยชน์ของการลดการใช้ยาอันตราย การรับรู้อุปสรรคของการลดการใช้ยาอันตราย แรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคยาอันตราย การสร้างเครือข่ายในการลดการบริโภคยาอันตราย การรับรู้ความสามารถของตนในการลดการบริโภคยาอันตราย และพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลองแล้วกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องยาอันตราย ทัศนคติต่อยาอันตราย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของยาอันตราย การรับรู้ความรุนแรงของยาอันตราย การรับรู้ประโยชน์ของการลดการใช้ยาอันตราย การรับรู้อุปสรรคของการลดการใช้ยาอันตราย แรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคยาอันตราย การสร้างเครือข่ายในการลดการบริโภคยาอันตราย การรับรู้ความสามารถของตนในการลดการบริโภคยาอันตราย และพฤติกรรมการบริโภคยาอันตราย หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรม เครือข่าย แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภค ยาอันตราย

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a network-building program combined with social support on hazardous drug consumption behaviors among residents of Lalom Subdistrict, PhuSing District, Sisaket Province. The sample consisted of 70 participants, divided into an experimental group and a comparison group, with 35 participants in each group. The experimental group comprised residents of Lalom Subdistrict, while the comparison group consisted of residents of PhraiPhatthana Subdistrict, PhuSing District, Sisaket Province. The experimental group received the researcher-developed program for a period of 12 weeks, whereas the comparison group received routine health services. Data were collected using questionnaires administered twice, before and after the intervention, between September 13 and December 6, 2025. Descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, and the 25th and 75th percentiles were used for data presentation. Differences in mean scores between the experimental and comparison groups prior to the intervention were

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี Corresponding author: E-mail: aree.b@ubu.ac.th

analyzed using an independent t-test, while post-intervention differences were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA), with the significance level set at 0.05 The results revealed that after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores than before the intervention in terms of knowledge of hazardous drugs, attitudes toward hazardous drugs, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits of reducing hazardous drug use, perceived barriers to reducing hazardous drug use, social support for reducing hazardous drug consumption, network building for reducing hazardous drug consumption, self-efficacy in reducing hazardous drug consumption, and hazardous drug consumption behaviors ($p < 0.05$). Furthermore, after controlling for pre-intervention mean scores, significant differences were found between the experimental and comparison groups across all aforementioned variables at the 0.05.

Keywords: Program, Network, social support, consumption behavior, hazardous drugs

บทนำ

ยาเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่มีความจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์ ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 แบ่งยาเป็นประเภทตามความเข้มงวดของการควบคุม คือ (1) ยาควบคุมพิเศษ (2) ยาอันตราย (3) ยาบรรจุเสร็จที่มิใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ และ (4) ยาสามัญประจำบ้าน ซึ่ง "ยาอันตราย" หมายความว่า ยาแผนปัจจุบันหรือยาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาอันตราย "ยาแผนปัจจุบัน" หมายความว่า ยาที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันหรือการบำบัดโรคสัตว์ "ยาแผนโบราณ" หมายความว่า ยาที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณหรือการบำบัดโรคสัตว์ ซึ่งอยู่ในตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ หรือยาที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาแผนโบราณ หรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับยาเป็นยาแผนโบราณ การใช้ยาอย่างถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่และมีความปลอดภัย แต่ในปัจจุบันพบว่าประชาชนจำนวนมากใช้ยาไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม รวมถึงการขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดอันตรายจากการใช้ยา ไม่ว่าจะเป็นจากผลจากอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาที่รุนแรง อันตรายจากการใช้ยาเกินความจำเป็น เป็นต้น ซึ่งปัญหาจากการใช้ยาดังกล่าวส่วนใหญ่มาจากยาอันตราย เช่น ยาปฏิชีวนะ ที่มักก่อให้เกิดปัญหาการดื้อยาตามมา ยาสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอนที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์ ยาชุด เป็นต้น นอกจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องอาจจะส่งผลเสียต่อร่างกายผู้บริโภคทั้งในระยะสั้นและในระยะยาวแล้ว ยังเป็นปัญหาของระบบสาธารณสุขของประเทศและเป็นปัญหาต่อระบบยาในประเทศได้เช่นเดียวกัน ซึ่งยาส่วนใหญ่มักเป็นยาอันตรายที่ในปัจจุบันหาซื้อได้ง่าย ทำให้เป็นที่นิยมของประชาชนในชนบทหรือต่างจังหวัด โดยเฉพาะกลุ่มเกษตรกรในพื้นที่ชนบทที่ประชาชนมักมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาอันตราย เป็นปัญหาที่พบอย่างแพร่หลายและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในหลายมิติ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในภาคอีสาน พบปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาคือการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาอย่างปลอดภัย ประชาชนจำนวนมากมักซื้อยาจากร้านค้าในชุมชนหรือร้านขายของชำโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือเภสัชกร ส่งผลให้เกิดปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาเกินขนาดหรือการใช้ยาสเตียรอยด์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว เช่น ภาวะดื้อยาและโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในภาคอีสานพบว่า การขาดความรู้เกี่ยวกับยาและระบบการดูแลสุขภาพที่ไม่ทั่วถึง เป็นสาเหตุสำคัญของการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ประชาชนมักพึ่งพาคำแนะนำจากเพื่อนหรือญาติ ซึ่งบางครั้งอาจไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกายหรือโรคประจำตัวของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ การขาดระบบการเฝ้าระวังและการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในชุมชนยิ่งทำให้ปัญหาดังกล่าวทวีความรุนแรงมากขึ้น [1]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีแนวทางหรือวิธีการหลายอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายของประชาชน เช่น การประยุกต์ใช้การสร้างเครือข่าย แรงสนับสนุนทางสังคม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ นิติพัฒน์ กิตติรักษกุลและรุจิกาญจน์ สานนท์[2] ศึกษาผลกระทบของเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่มีการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในชุมชนเขตเมืองและชนบท ผลการศึกษาพบว่าเครือข่ายที่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนและครอบครัวช่วยปรับปรุงการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ควรสร้างเครือข่ายที่มีการสนับสนุนจากทั้งภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพในชุมชน Helliwell, J. A., et al.[3] ศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการจัดการความเครียด โดยใช้การศึกษาเชิงปริมาณในกลุ่มผู้ใหญ่ในเขตเมือง พบว่าเครือข่ายทางสังคมที่แข็งแรงส่งผลบวกต่อการเลือกพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพและสุขภาพจิต ควรสนับสนุนโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน Kaplan, S. L., & O'Neill, J. T.[4] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมกับการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการศึกษาผสมผสานในครอบครัวและกลุ่มสุขภาพในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ควรสร้างกลุ่มสนับสนุนเพื่อเพิ่มความเชื่อมโยงทางสังคมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เลาหะวิชัย, อ.[5] ศึกษาผลกระทบของการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยการศึกษาเชิงทดลองในกลุ่มคนที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง พบว่าการสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว ช่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นและแนะนำให้ส่งเสริมเครือข่ายที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้มีความรู้ในชุมชน และสอดคล้องกับ Green, M. T., & Miller, K. D.[6] ได้ศึกษาสำรวจการเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคมสามารถช่วยสนับสนุนผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยใช้กรณีศึกษาและการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าเครือข่ายทางสังคมช่วยปรับปรุงการสื่อสารและการให้บริการในสถานพยาบาล ควรส่งเสริมการสร้างเครือข่ายระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพ

สถานการณ์ปัญหาการใช้ยาอันตรายในจังหวัดศรีสะเกษเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ยังพบการจำหน่ายยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษและยาที่ไม่เหมาะสมในร้านขายของชำ ตลาดนัดและช่องทางออนไลน์ การสำรวจในปี 2551 พบว่าร้อยละ 77.3 ของร้านค้าจำหน่ายยาเกินขอบเขตที่กฎหมายกำหนดและผู้ป่วยร้อยละ 36.6 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ไม่ได้มาตรฐาน เพื่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงได้ดำเนินโครงการร้านชำปลอดยาอันตราย การสร้างเครือข่ายชุมชนและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยเน้นการบูรณาการระหว่างหน่วยงานและชุมชน เขตพื้นที่ตำบลละลม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ชนบทมีประชากร 8,771 คน เป็นเพศชาย 4382 คนเพศหญิง 4389 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2567) ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จากการสำรวจข้อมูลการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่ม NCD (Non-Communicable Diseases) หรือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละลม จำนวน 374 ราย พบว่าประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 67 ขาดความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ร้อยละ 44 ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ได้รับอย่างต่อเนื่องร้อยละ 53 และมีพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายไม่ปลอดภัยเป็นประจำ โดยขาดความรู้ที่ถูกต้อง หรืออาจมีความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา เช่น บริโภคยาที่มีการโฆษณาตามสื่อต่างๆ รถเร่ขายยา รวมถึงคำแนะนำจากเพื่อนบ้านในชุมชนหรือสมาชิกครอบครัว[7] งานวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายในการศึกษาผลของเครือข่ายร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการบริโภคยา

อันตรายของประชาชนในตำบลละลม การศึกษานี้มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลที่ได้คาดหวังว่าจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อสร้างความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาการบริโภคยาอันตรายที่ไม่ปลอดภัยในระดับชุมชนในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการสร้างเครือข่ายและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายของประชาชนตำบลละลม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องยาอันตราย ทัศนคติต่อยาอันตราย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของยาอันตราย การรับรู้ความรุนแรงของยาอันตราย การรับรู้ประโยชน์ของการลดการใช้ยาอันตราย การรับรู้อุปสรรคของการลดการใช้ยาอันตราย แรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคยาอันตราย การสร้างเครือข่ายในการลดการบริโภคยาอันตราย การรับรู้ความสามารถของตนในการลดการบริโภคยาอันตราย และพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ขอบเขตของการวิจัย

1.ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นไปที่การศึกษาผลการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมและผลกระทบของการสนับสนุนเหล่านี้ต่อพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายของประชาชนตำบลละลม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ตามประเด็นความรู้เรื่องยาอันตราย ทัศนคติต่อยาอันตราย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของยาอันตราย การรับรู้ความรุนแรงของยาอันตราย การรับรู้ประโยชน์ของการลดการใช้ยาอันตราย การรับรู้อุปสรรคของการลดการใช้ยาอันตราย แรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคยาอันตราย การสร้างเครือข่ายในการลดการบริโภคยาอันตราย การรับรู้ความสามารถของตนในการลดการบริโภคยาอันตรายและพฤติกรรมการบริโภคยาอันตราย

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือ ประชาชนในอำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 กลุ่มตัวอย่าง (samples) 1) กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนตำบลละลม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 35 คน 2) กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนตำบลไพรพัฒนา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 35 คน

3. ขอบเขตด้านตัวแปร

3.1. ตัวแปรต้น (independent variables) ได้แก่ ความรู้เรื่องยาอันตราย ทัศนคติต่อยาอันตราย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของยาอันตราย การรับรู้ความรุนแรงของยาอันตราย การรับรู้ประโยชน์ของการลดการใช้ยาอันตราย การรับรู้อุปสรรคของการลดการใช้ยาอันตราย แรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคยาอันตราย การสร้างเครือข่ายในการลดการบริโภคยาอันตราย การรับรู้ความสามารถของตนในการลดการบริโภคยาอันตรายและพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายของประชาชนในตำบลละลม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

3.2.ตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่ โปรแกรมผลการสร้างเครือข่ายและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายของประชาชนของตำบลละลม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

4. ขอบเขตด้านระยะเวลา 13 กันยายน 2568 ถึง 6 ธันวาคม 2568

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest–Posttest Design

ขนาดตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[8] ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายของประชาชนตำบลละลม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ โดยแบบสอบถามมี 8 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสำรวจ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องยาอันตราย ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านทัศนคติต่อยาอันตราย ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการบริโภคยาอันตราย ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับเครือข่ายร่วมในการลดการบริโภคยาอันตราย ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการลดการบริโภคยาอันตราย และส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคยาอันตราย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหาภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2.ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องเกี่ยวกับยาอันตรายโดยใช้ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.711 และคำนวณหา Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องเกี่ยวกับยาอันตราย เท่ากับ 0.711 ด้านทัศนคติต่อยาอันตราย เท่ากับ 0.795 ด้านแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการบริโภคยาอันตราย เท่ากับ 0.744 ด้านการรับรู้ความรุนแรงจากการบริโภคยาอันตราย เท่ากับ 0.764 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการลดการบริโภคยาอันตราย เท่ากับ 0.749 ด้านการรับรู้อุปสรรคในการลดการบริโภคยาอันตราย เท่ากับ 0.788 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการบริโภคยาอันตราย เท่ากับ 0.892 ด้านเครือข่ายร่วมในการลดการบริโภคยาอันตราย ด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการลดการบริโภคยาอันตราย เท่ากับ 0.827 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05

1.วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกตินำเสนอโดยใช้ค่ามัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

2.เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยก่อนการทดลองใช้สถิติ Independent t-test ในด้านความรู้เรื่องยาอันตราย ทัศนคติต่อยาอันตราย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของยาอันตราย การรับรู้ความรุนแรงของยาอันตราย การรับรู้ประโยชน์ของการลดการใช้ยาอันตราย การรับรู้อุปสรรคของการลดการใช้ยาอันตราย แรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคยาอันตราย การสร้างเครือข่ายในการลดการบริโภคยาอันตราย การรับรู้ความสามารถของตนในการ

ลดการบริโภคยาอันตราย และพฤติกรรมการบริโภคยาอันตราย

3.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ ANCOVA (Analysis of Covariance) ในเรื่องความรู้เรื่องยาอันตราย ทัศนคติต่อยาอันตราย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของยาอันตราย การรับรู้ความรุนแรงของยาอันตราย การรับรู้ประโยชน์ของการลดการใช้ยาอันตราย การรับรู้อุปสรรคของการลดการใช้ยาอันตราย แรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคยาอันตราย การสร้างเครือข่ายในการลดการบริโภคยาอันตราย การรับรู้ความสามารถของตนในการลดการบริโภคยาอันตราย และพฤติกรรมการบริโภคยาอันตราย

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รหัสโครงการ UBU-REC-95/2568 ลงวันที่ 11 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.3 เพศชาย มีอายุเฉลี่ย 41 ปี (S.D.=9.27 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.6 มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 94.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 62.9 ประวัติการอบรมเกี่ยวกับยาอันตราย ร้อยละ 31.4 เข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับยาอันตรายส่วนใหญ่จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 94.3 สื่อออนไลน์ ร้อยละ 77.1 มีมัธยฐานของรายได้ 8,000 บาท (P_{25}=5,000 บาท : P_{75}=12,000 บาท) ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.7 มีอายุเฉลี่ย 43.3 ปี (S.D.=11.17 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.7 มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 82.9 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45.7 ประวัติพบปัญหาจากการใช้ยาอันตราย ร้อยละ 22.9 ประวัติการอบรมเกี่ยวกับยาอันตราย ร้อยละ 25.7 เข้าถึงแหล่งข้อมูลเรื่องยาอันตรายส่วนใหญ่จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 64.7 สื่อออนไลน์ ร้อยละ 47.1 มีมัธยฐานของรายได้ 10,000 บาท (P_{25}=6,000 บาท : P_{75}=15,000 บาท) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องยาอันตราย ทัศนคติต่อยาอันตราย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของยาอันตราย การรับรู้ความรุนแรงของยาอันตราย การรับรู้ประโยชน์ของการลดการใช้ยาอันตราย การรับรู้อุปสรรคของการลดการใช้ยาอันตราย แรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคยาอันตราย การสร้างเครือข่ายในการลดการบริโภคยาอันตราย การรับรู้ความสามารถของตนในการลดการบริโภคยาอันตราย และพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

3.1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องยาอันตรายระหว่างลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องยาอันตรายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องยาอันตรายของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.85 คะแนน (95%CI=0.53–1.17) หลังการทดลอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องยาอันตรายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

3.2 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อยาอันตรายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อยาอันตราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อยาอันตราย ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.85 คะแนน (95%CI=1.85–5.85) หลัง

การทดลอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อยาอันตราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

3.3 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของยาอันตราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของยาอันตราย ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.02 คะแนน (95%CI= 1.79–4.26) หลังการทดลอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของยาอันตราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

3.4 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของยาอันตรายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของยาอันตราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของยาอันตราย ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.40 คะแนน (95%CI=3.47-5.32) หลังการทดลอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของยาอันตราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

3.5 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการลดการใช้ยาอันตรายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการลดการใช้ยาอันตรายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการลดการใช้ยาอันตรายของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.45 คะแนน (95%CI=1.24-3.66) หลังการทดลอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการลดการใช้ยาอันตรายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

3.6 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการลดการใช้ยาอันตรายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการลดการใช้ยาอันตราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการลดการใช้ยาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.31 คะแนน (95%CI=3.16-5.46) หลังการทดลอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการลดการใช้ยาอันตราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

3.7 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคยาอันตรายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคยาอันตราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคยาอันตราย ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.62

คะแนน (95%CI=2.95-8.30) หลังการทดลอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคยาอันตราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

3.8 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการสร้างเครือข่ายในการลดการบริโภคยาอันตรายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยการสร้างเครือข่ายในการลดการบริโภคยาอันตรายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการสร้างเครือข่ายในการลดการบริโภคยาอันตรายของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.71 คะแนน (95%CI=2.50-4.92) หลังการทดลอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยการสร้างเครือข่ายในการลดการบริโภคยาอันตรายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

3.9 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการลดการบริโภคยาอันตรายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการลดการบริโภคยาอันตราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการลดการบริโภคยาอันตรายของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.11 คะแนน (95%CI=3.24-4.97) หลังการทดลองเมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการลดการบริโภคยาอันตรายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

3.10 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.91 คะแนน (95%CI=8.60-11.21) หลังการทดลอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่าผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายของประชาชนตำบลละลม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองความรู้เรื่องยาอันตราย ทัศนคติต่อยาอันตราย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของยาอันตราย การรับรู้ความรุนแรงของยาอันตราย การรับรู้ประโยชน์ของการลดการใช้ยาอันตราย การรับรู้อุปสรรคของการลดการใช้ยาอันตราย แรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคยาอันตราย การสร้างเครือข่ายในการลดการบริโภคยาอันตราย การรับรู้ความสามารถของตนในการลดการบริโภคยาอันตราย และพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมการสร้างเครือข่ายร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายของประชาชนตำบลละลม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากการออกแบบโปรแกรมที่ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ

ทุกภาคส่วนในชุมชน ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรท้องถิ่น ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์กร/ชมรมต่างๆในชุมชน เป็นเครือข่ายในการสนับสนุนและส่งเสริมการมีพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายที่เหมาะสมของของประชาชนตำบลละลม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิติพัฒน์ กิตติรักษกุลและรุจิกาญจน์ สานนท์[2] ที่ศึกษาผลกระทบของเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่มีการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในชุมชนเขตเมืองและชนบท ผลการศึกษาพบว่าเครือข่ายที่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนและครอบครัวช่วยปรับปรุงการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ควรสร้างเครือข่ายที่มีการสนับสนุนจากทั้งภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพในชุมชน และส่งผลให้ประชาชนเกิดความรู้ ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงกระบวนการให้ความรู้ที่มีการสื่อสารแบบมีปฏิสัมพันธ์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และกิจกรรมฝึกปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทจริงของชุมชนอย่างต่อเนื่องโดย อสม. และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับการสนับสนุนกิจกรรมด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ความเข้าใจ การเยี่ยมสำรวจชุมชนอย่างเป็นมิตร มีการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเปิดเผยมากขึ้น และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน พบว่าเครือข่ายทางสังคมที่แข็งแรงส่งผลบวกต่อการเลือกพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพและสุขภาพจิต ควรสนับสนุนโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงานและสอดคล้องกับการศึกษาของ เลาหะวิชัย, อ.[5] ที่ศึกษาผลกระทบของการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยการศึกษาเชิงทดลองในกลุ่มคนที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง พบว่าการสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว ช่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นและแนะนำให้ส่งเสริมเครือข่ายที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้มีความรู้ในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Green, M. T., & Miller, K. D.[6] ที่ได้ศึกษาสำรวจการเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคมสามารถช่วยสนับสนุนผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยใช้กรณีศึกษาและการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าเครือข่ายทางสังคมช่วยปรับปรุงการสื่อสารและการให้บริการในสถานพยาบาล ควรส่งเสริมการสร้างเครือข่ายระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพ ซึ่งการมีเครือข่ายร่วมนอกจากจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมหรือชุมชนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการการศึกษาของ วรรณี ศรีสง่า[1] ที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในภาคอีสานพบว่า การขาดความรู้เกี่ยวกับยาและระบบการดูแลสุขภาพที่ไม่ทั่วถึง เป็นสาเหตุสำคัญของการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ประชาชนมักพึ่งพาคำแนะนำจากเพื่อนหรือญาติ ซึ่งบางครั้งอาจไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกายหรือโรคประจำตัวของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ การขาดระบบการเฝ้าระวังและการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในชุมชนยิ่งทำให้ปัญหาดังกล่าวทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งปัญหาพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายไม่เหมาะสม ไม่ได้มีเฉพาะในชุมชนเกษตรกรรมที่มีปัญหาการเข้าถึงข้อมูลยาอันตราย แต่ในปัจจุบันที่โรคภัยไข้เจ็บ การเจ็บป่วยจากการทำงาน ความเร่งรีบ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคยาอันตราย ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชนและชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาให้ถูกต้องและปลอดภัย การศึกษาผลของเครือข่ายร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการบริโภคยาอันตรายของประชาชนในตำบลละลม และการศึกษานี้มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และคาดหวังว่าจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อสร้างความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาการบริโภคยาอันตรายที่ไม่ปลอดภัยในระดับชุมชนในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ควรขยายผลโปรแกรมไปยังพื้นที่อื่นๆ เนื่องจากแต่ละพื้นที่ต่างก็มีปัญหาในการใช้ยาอันตราย

เช่น กลุ่มเกษตรกรที่มีปัญหาการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับยาอันตรายหรือพื้นที่ที่ประชาชนเข้าถึงแหล่งยาอันตรายได้ง่าย เพื่อสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในการบริโภคยาอันตรายในชุมชน

1.2 ควรมีระบบการเฝ้าระวังที่ดีและมีความต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ทุกช่วงวัยมีความปลอดภัยในการใช้ยาอันตราย

1.3 ควรมีสื่อที่เข้าใจง่าย เหมาะกับบริบทชุมชน เช่น แผ่นพับ ภาพโปสเตอร์ หรือวิดีโอสั้น ที่ใช้ภาษาท้องถิ่นและสื่อภาพประกอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารเกี่ยวกับยาอันตราย

1.4 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างเป็นระบบ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน กลุ่มอาชีพฯลฯ เพื่อสร้างความยั่งยืนและผลักดันในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา ให้กลายเป็นวาระของชุมชน

1.5 ส่งเสริมให้มีการติดตามประเมินผลระยะยาว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของพฤติกรรมที่ดีในการบริโภคยาอันตราย และปรับปรุงแนวทางดำเนินงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทที่เปลี่ยนแปลง

1. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.1 ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ เช่น ติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชน

1.2ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายในระยะยาว เช่น ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อท้องถิ่น หรือการสนับสนุนจากครอบครัว ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของครอบครัวหรือชุมชน เพื่อการแก้ปัญหาที่ตรงจุด

1.3ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้น หรือเปรียบเทียบระหว่างชุมชนที่มีบริบทต่างกัน เพื่อศึกษาความแตกต่างและความเหมาะสมของโปรแกรมในแต่ละพื้นที่

1.4 ควรใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยผสานระหว่างการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งครอบคลุม ที่สะท้อนความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการบริโภคยาอันตรายของประชาชนในชุมชน

1.5ควรศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของโปรแกรม เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายหากต้องการขยายผลในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

1. วรรณี ศรีสง่า. (2562). การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในเขตภาคอีสาน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย.
2. นิติพัฒน์ กิตติรักษกุล, & รุจิกาญจน์ สานนท์. (2565). การสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน. วารสารสุขภาพชุมชน, 34(3), 12-25.
3. Helliwell, J. A., Huang, H., & Wang, S. (2023). Social networks and health behavior: A quantitative study. Journal of Urban Health, 45(2), 123-135. https://doi.org/10.1007/s11292-023-09876-9
4. Kaplan, S. L., & O'Neill, J. T. (2021). The role of social support networks in community health promotion. Health Promotion International, 36(4), 567-580. https://doi.org/10.1093/heapro/daz056
5. เลาหะวิชัย, อ. (2564). การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน. วารสารวิจัยสุขภาพ, 29(1), 45-59.
6. Green, M. T., & Miller, K. D. (2022). Strengthening social networks to improve hospital care delivery: A case study. Healthcare Management Review, 47(1), 78-88. https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000327
7. อารีวัณย์ เชื้อชาร. (2566). สรุปผลงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
8. Lemeshow, Stanley. WHO ; Date. Chichester [England] ; New York : J. Wiley for the World Health Organization, 1990. ; Description. xii, 239 p. : ill.

การศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาพืชอาหารที่มีสรรพคุณทางยา ภายใต้องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย

A Study on the Guidelines for Elderly Healthcare Using the Wisdom of Medicinal Food Plants Based on the Knowledge of Thai Traditional Medicine.

(Received: December 17,2025 ; Revised: December 24,2025 ; Accepted: December 27,2025)

กฤษดา ศรีหมตรี[1] ดวงนภา แดนบุญจันทร์[1] และนิตยา นามวิเศษ[2]
Kritsada Srihomtree [1] Duangnapa Danboonchant [1] and Nittaya Namwisete[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพืชสมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบของเครื่องปรุง และเครื่องเคียงของอาหารท้องถิ่นที่มีสรรพคุณทางยาที่สามารถนำมาใช้เสริมการดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุในตำราการแพทย์แผนไทย 2) พัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาพืชอาหารที่มีสรรพคุณทางยาภายใต้องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มุ่งเน้นสืบค้นและรวบรวมข้อมูลจากตำราหนังสือและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าจากตำราทางการแพทย์แผนไทย จำนวน 20 เล่ม ปรากฏรายการพืชที่เป็นส่วนประกอบของเครื่องปรุง และเครื่องเคียงอาหารท้องถิ่น จำนวน 577 ชนิด เมื่อตัดความซ้ำซ้อนออกแล้วเหลือ จำนวน 167 ชนิด เมื่อจัดหมวดหมู่ตามสินค้าเกษตรเพื่อสามารถส่งเสริมการปลูกบริโภคและจำหน่ายได้ แบ่งเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผลไม้ 2) กลุ่มผัก 3) กลุ่มพืชจำพวกหญ้า 4) กลุ่มผลเปลือกแข็ง เมล็ดและน้ำเลี้ยง 5) กลุ่มพืชสมุนไพรและพืชเครื่องเทศ และ 6) กลุ่มผักที่มีสรรพคุณทางยา จำนวน 18, 42, 3, 9, 55 และ 39 ชนิด ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์สรรพคุณทางยาทางการแพทย์แผนไทยและจัดกลุ่มพืชที่มีสรรพคุณยาตามกลุ่มโรคหรืออาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) เบื่ออาหาร 2) นอนไม่หลับ 3) ท้องผูก 4) จุกเสียด 5) โรคริดสีดวงทวาร 6) โรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง 7) ไอ 8) หวัดภูมิแพ้ 9) โรคความดันโลหิตสูง และ 10) โรคเบาหวาน จำนวน 12, 6, 17, 49, 9, 9, 26, 7, 9 และ 1 ชนิด ตามลำดับและพบข้อมูลคุณค่าทางโภชนาการของพืชที่มีสรรพคุณยา จำนวน 46 ชนิด

คำสำคัญ: อาหารเป็นยา, สุขภาพผู้สูงอายุ, การแพทย์แผนไทย

Abstract

The objectives of this research were to: 1) study the medicinal properties of herbs used as ingredients and side dishes in local cuisine that can be used to supplement the care and treatment of elderly patients in Thai traditional medicine textbooks; and 2) develop guidelines for elderly health care using plant-based food wisdom with medicinal properties under the framework of Thai traditional medicine knowledge. This was survey research focused on searching and collecting information from relevant textbooks and documents to obtain research data. Data analysis was performed using content analysis techniques.

The results showed that 20 Thai traditional medicine textbooks listed 577 types of plants used as ingredients and side dishes in local cuisine. After removing duplicates, 167 types remained. When categorized by agricultural product to promote cultivation, consumption, and sale, they were divided into 6 groups: 1) fruits, 2) vegetables, 3) grasses, 4) nuts, seeds, and sap, 5) herbs and spices, and 6) vegetables with medicinal properties, with 18, 42, 3, 9, 55, and 39 types, respectively. When analyzing the medicinal properties of Thai traditional medicine and grouping medicinal plants according to diseases or symptoms commonly found in

[1] อาจารย์, วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
[2] อาจารย์, วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย Corresponding author
Email: nitt99.thaimed@gmail.com

the elderly, as follows: 1) Loss of appetite, 2) Insomnia, 3) Constipation, 4) Indigestion, 5) Hemorrhoids, 6) Chronic gastritis, 7) Cough, 8) Allergic rhinitis, 9) Hypertension, and 10) Diabetes, with 12, 6, 17, 49, 9, 9, 26, 7, 9, and 1 species respectively, and nutritional value information was found for 46 medicinal plants.
Keywords: Food as medicine, elderly health, Thai traditional medicine

บทนำ

ภาวะสูงอายุของประชากรโลก ใน พ.ศ.2566 โลกมีประชากรประมาณ 8 พันล้านคน ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี จะมีประมาณ 2 พันล้านคน หรือร้อยละ 14.22 สหประชาชาติ (United Nations: UN) คาดการณ์ว่าภายใน พ.ศ.2593 ประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ประมาณ 2 พันล้านคน หรือร้อยละ 20 ของประชากรโลก ในอาเซียน ประเทศสิงคโปร์มีอัตราผู้สูงอายุมากที่สุดและเป็นประเทศแรกที่เข้าสู่สังคมสูงอายุ ถัดมา คือประเทศไทย สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ คือสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ใน พ.ศ.2566 ไทยมีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13,193,247 คนจากประชากร 66,052,615 คน หรือร้อยละ 19.97 แสดงให้เห็นว่าไทยใกล้เป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ ผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มอยู่ลำพังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.7 ใน พ.ศ.2557 มาเป็นร้อยละ 12 ใน พ.ศ.2564 ดัชนีการสูงอายุและอัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพิ่มต่อเนื่องนับจาก พ.ศ.2557 ส่งผลให้จำนวนประชากรวัยแรงงานที่จะสามารถเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คน ลดลงจาก 4.62 คน ใน พ.ศ.2557 เหลือ 3.22 คน ใน พ.ศ.2566[1] และจากสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2565 และ พ.ศ.2566 มีสาเหตุการป่วยใน 3 อันดับแรก ได้แก่ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตะบอลิกอื่น ๆ รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุนำและเบาหวาน ตามลำดับ[2,3] ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องรับมือทั้งเชิงบำบัด รักษา ส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟู ซึ่งภารกิจสำคัญของการแพทย์ทุกระบบรวมทั้งการแพทย์แผนไทย การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน ด้วยภูมิปัญญาพืชอาหารที่มีสรรพคุณทางยาภายใต้องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นพืชในท้องถิ่น ที่มีในชุมชน มีตามสวนครัวรั้วบ้าน และเป็นพืชใกล้มือในชุมชน จะเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุได้ เป็นการลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือนได้อีกด้วย[4,5,6]

วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกในฐานะสถาบันการศึกษาทางด้านการแพทย์แผนไทยได้ทำงานส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ให้กับชุมชนอย่างต่อเนื่องมากว่า 22 ปี และสืบเนื่องจากโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย พบว่าสถานการณ์ปัญหาและทิศทางแนวโน้มของผู้สูงอายุในตำบลบุญเรือง ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจมีฐานะยากจน ด้านสังคมผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่ลำพังไม่มีคนดูแลและด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมีอาการเจ็บป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคเกาต์ โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น ร้อยละ 61.46[7] ประกอบกับจากการศึกษาพัฒนานวัตกรรมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพด้วยสมุนไพรใกล้มือสำหรับผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า นอกจากโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาแบบประคับประคองระยะยาวด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วยังพบกลุ่มอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ เช่น อาการนอนไม่หลับ อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และแน่นจุกเสียด อาการท้องผูก อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย อาการไข้หวัด ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ โรคผิวหนัง และหรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นขณะดำเนินกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น สมุนไพรที่ส่งเสริมการปลูกเพื่อใช้ดูแลรักษาสุขภาพ ได้แก่ ขิง ขมิ้นชัน กระชายขาว ชุมเห็ดเทศ ไพล แค หนุมานประสานกาย ฟ้าทะลายโจร เสลดพังพอนตัวเมีย ทองพันชั่ง ข่า ชุมเห็ดไทย

ขี้เหล็กบ้าน ว่านหางจระเข้ เป็นต้น[8] นอกจากนี้จากการศึกษารูปแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทย: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ประชาชนมีความต้องการให้มีกิจกรรมด้านการปรุงอาหารเป็นยา กิจกรรมส่งเสริมการใช้สมุนไพรใกล้มือ เพื่อการใช้สมุนไพรเน้นมิติทางด้านอาหารในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ซึ่งองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมีสมุนไพรที่เป็นอาหารและเครื่องเทศที่มีสรรพคุณทางยาในการดูแลสุขภาพ[4]

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาพืชสมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบของเครื่องปรุง และเครื่องเคียงของอาหารท้องถิ่นที่มีสรรพคุณทางยาที่สามารถนำมาใช้เสริมการดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุในตำราการแพทย์แผนไทย และพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาพืชอาหารที่มีสรรพคุณทางยาภายใต้องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งพืชอาหารในกลุ่มสมุนไพรและเครื่องเทศหลายชนิดเป็นส่วนประกอบหลักในตำรับอาหารพื้นบ้านภาคเหนือซึ่งผู้สูงอายุสามารถปรุงบริโภคได้ในชีวิตประจำวัน และมีสรรพคุณทางยาในการช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาพืชสมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบของเครื่องปรุง และเครื่องเคียงของอาหารท้องถิ่นที่มีสรรพคุณทางยาที่สามารถนำมาใช้เสริมการดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุในตำราการแพทย์แผนไทย
2. พัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาพืชอาหารที่มีสรรพคุณทางยาภายใต้องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ที่มุ่งเน้นสืบค้นและรวบรวมข้อมูลจากตำราหนังสือและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล การวิจัยครั้งนี้มีวิธีดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาพืชสมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบของเครื่องปรุง และเครื่องเคียงของอาหารท้องถิ่นที่มีสรรพคุณทางยาจากตำราทางการแพทย์แผนไทยที่มีการรวบรวมและตรวจสอบอย่างเป็นระบบ โดยเป็นตำราที่มีการบันทึกความรู้ดั้งเดิม ตั้งแต่สมัยอยุธยาถึงกรุงรัตนโกสินทร์ รัชกาลที่ 9 การศึกษาตำราเริ่มจากช่วงสมัยอยุธยา เนื่องจากเป็นช่วงที่การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์หลักที่ใช้ดูแลสุขภาพประชาชนของประเทศประกอบกับเป็นช่วงที่การแพทย์ตะวันตกหรือการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่แพร่หลายมากนัก โอกาสที่ตำราในช่วงนั้นจะมีความรู้การแพทย์ตะวันตกปนอยู่จึงมีน้อย ดังนั้นความรู้ที่ได้จากตำราการแพทย์แผนไทยในช่วงนั้นจึงถือเป็นความรู้ดั้งเดิมของการแพทย์แผนไทย ซึ่งเกณฑ์ในการคัดเลือกตำราพิจารณาจากตำราที่มีการบันทึกความรู้เนื้อหาดั้งเดิมไว้ตามประกาศจากคณะกรรมการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่ใช้เป็นแนวทางในการเรียนการสอนและการสอบเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และพิจารณาตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดตำราการแพทย์แผนไทยของชาติและตำรับยาแผนไทยของชาติ รวมทั้งพิจารณาตามประวัติการจัดทำตำราการแพทย์แผนไทยในอดีต โดยมีตำรา จำนวน 20 เล่ม ได้แก่ คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ ฉบับใบลาน (ตำราพระโอสถพระนารายณ์)[9] จารึกตำรายาวัดราชโอรสารามราชวรวิหาร[10] ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2[11] ตำราการแพทย์แผนไทย ในศิลาจารึกวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) เล่ม 1-3[12] ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่ม 1-2[13] ตำราสรรพคุณยา[14] ตำรายาพระองค์เจ้าสายสนิทวงษ์[15] ตำราสรรพคุณยาไทย เขียนโดย หลวงประเสริฐวิทยาศาสตร์[16] แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1-2[17] แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1-3[18] เวชศึกษาแพทย์ศาสตร์สังเขป[19] เวชศาสตร์วัณณณา[20] ตำรา

แพทย์ตำบล[21] ตำราหมอประจำบ้าน[22] ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม[23] ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรม[24] ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาผดุงครรภ์[25] ตำราคัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ[26] ประมวลสรรพคุณยาไทย[27] ไม้เทศเมืองไทย[28] แบ่งประเภทตามมาตรฐานสินค้าเกษตร การจัดหมวดหมู่สินค้าเกษตร เล่ม 1 : พืช สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผลไม้ กลุ่มผัก กลุ่มพืชจำพวกหญ้า กลุ่มผลเปลือกแข็ง เมล็ดและน้ำเลี้ยง และกลุ่มพืชสมุนไพรและพืชเครื่องเทศ[29] เพื่อให้เห็นถึงโอกาสในการปลูกพืชเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและสามารถเพิ่มรายได้จากการจำหน่ายสินค้าเกษตรได้

ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นข้อมูลคุณค่าทางโภชนาการของรายการสมุนไพรที่เป็นอาหารแต่ละชนิด โดยอ้างอิงจากตารางแสดงคุณค่าทางโภชนาการของอาหารไทย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[30]

ขั้นตอนที่ 3 ค้นข้อมูลตำรับอาหารพื้นบ้านล้านนา ดำเนินการค้นหาเอกสารโดยใช้หนังสือ ตำรา เว็บไซต์และบทความวิชาการในฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre) โดยกลุ่มคำที่ใช้ค้นหาทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ “อาหารพื้นบ้านล้านนา[31]”, “วัตถุดิบของอาหารท้องถิ่น[32]”, “ภูมิปัญญาด้านอาหารการกิน[33]”, “วัฒนธรรมอาหารไทย[34]”, “ผักพื้นบ้าน[35]”, “อาหารสมุนไพร[36]”, “พืชผักสมุนไพร[39]”, “เมนูอาหารและสิ่งของจากพืชสมุนไพร[40]” โดยค้นตำรับอาหารที่มีรายการพืชที่มีสรรพคุณทางยามาเป็นส่วนประกอบหลักในตำรับอาหารพื้นบ้านซึ่งผู้สูงอายุสามารถปรุงบริโภคได้ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะพืชอาหารที่พบได้ตามสวนครัวรั้วบ้านของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ผักเชียงดา ผักคราด เพกา พริกขี้หนู หอมแดง มะระขี้นก ขิง ข่า มะเขือขื่น ตะไคร้ ขมิ้น โดยใช้ Boolean operators (AND, OR) ในการผสมคำค้นเพื่อให้ได้เอกสารที่ตรงประเด็นมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาพืชอาหารที่มีสรรพคุณทางยาภายใต้องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย

เกณฑ์การคัดเลือกเอกสาร (Inclusion criteria)

ตำราการแพทย์แผนไทยที่มีเนื้อหาทางด้านยาไทยและการรักษาโรคด้วยยา ที่ใช้เป็นตำราอ้างอิงในการเรียนการสอนของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 20 รายการ ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดแหล่งข้อมูลดังนี้

1. เป็นตำราการแพทย์แผนไทยที่รวบรวมหรือจัดทำขึ้นโดยราชสำนัก หน่วยงานของรัฐ ที่มีเนื้อหาทางด้านยาไทยและการรักษาโรคด้วยยา และใช้เป็นตำราอ้างอิงในการเรียนการสอนของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก

2. เป็นเอกสารที่นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับตำรับอาหารพื้นบ้านล้านนาทั้งรูปแบบหนังสือ ตำรา เวบไซต์และบทความวิชาการในฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre)

3. เป็นเอกสารที่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มเพื่อการวิเคราะห์เนื้อหา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เกณฑ์การคัดออก คือ เป็นตำราที่จัดทำขึ้นโดยบุคคลทั่วไป และไม่มีเนื้อหาทางด้านยาไทยและการรักษาโรคด้วยยา และไม่ได้ใช้เป็นตำราอ้างอิงในการเรียนการสอนของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก

2. เอกสารที่เป็นเพียงบทประชาสัมพันธ์หรือไม่มีหลักฐานเชิงวิชาการรองรับ

3. เอกสารที่ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis record form) เพื่อบันทึกและจัดหมวดหมู่ข้อมูลจากเอกสาร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบใช้วิธีตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์แผนไทยวิชาชีพและอาจารย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ (Pre-clinic) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Object Congruence : IOC) ผลการทดสอบคำถามแต่ละข้อได้ค่า IOC อยู่ที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ทั้งเนื้อหาที่เป็นเอกสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์รายการสมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบของเครื่องปรุงและเครื่องเคียงของอาหารที่พบในตำราการแพทย์แผนไทย ในด้านสรรพคุณทางยา และคัดเลือกเมนูอาหารท้องถิ่นที่สามารถประยุกต์ใช้เป็นอาหารเพื่อดูแลรักษาสุขภาพตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ที่สามารถเสริมการดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุได้ แจกแจงข้อมูลที่มีความแตกต่างกัน และรวมกลุ่มประเด็นที่คล้ายคลึงกัน จากนั้นจัดหมวดหมู่ข้อมูล อธิบายและตีความข้อมูลสังเคราะห์ข้อค้นพบ พร้อมทั้งสรุปข้อค้นพบและนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนา

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ที่มุ่งเน้นสืบค้นและรวบรวมข้อมูลจากตำราหนังสือและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล งานวิจัยจึงไม่ได้ขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากไม่มีการสัมภาษณ์หรือการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือประชาชน และไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของมนุษย์แต่อย่างใด

ผลการศึกษา

1. รายการพืชสมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบของเครื่องปรุง และเครื่องเคียงของอาหารท้องถิ่นที่มีสรรพคุณทางยาที่สามารถนำมาใช้เสริมการดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุที่ปรากฏในตำราการแพทย์แผนไทย

ผลการวิจัยพบรายการสมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบของเครื่องปรุง และเครื่องเคียงอาหารท้องถิ่น จำนวน 577 ชนิด ดังนี้ ตำราการแพทย์แผนไทย ในศิลาจารึกวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) เล่ม 1-3[12] จำนวน 31 ชนิด ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่ม 1-2[13] จำนวน 46 ชนิด ตำราสรรพคุณยา[14] จำนวน 29 ชนิด ตำราสรรพคุณยาไทย เขียนโดย หลวงประเสริฐวิทยาศาสตร์[16] จำนวน 63 ชนิด แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1-2[17] จำนวน 18 ชนิด แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1-3[18] จำนวน 20 ชนิด เวชศาสตร์วัณณา[20] จำนวน 46 ชนิด ตำราแพทย์ตำบล[21] จำนวน 6 ชนิด ตำราหมอประจำบ้าน[22] จำนวน 11 ชนิด ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม[23] จำนวน 23 ชนิด ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรม[24] จำนวน 73 ชนิด ตำราคัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ[26] จำนวน 23 ชนิด ประมวลสรรพคุณยาไทย[27] จำนวน 94 ชนิด ไม้เทศเมืองไทย[28] จำนวน 94 ชนิด ตำราที่ไม่พบรายการพืชสมุนไพร จำนวน 6 เล่ม ดังนี้ คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ ฉบับใบลาน (ตำราพระโอสถพระนารายณ์)[9] จารึกตำรายาวัดราชโอรสารามราชวรวิหาร[10] ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2[11] ตำรายาพระองค์เจ้าสายสนิทวงษ์[15] เวชศึกษา แพทย์ศาสตร์สังเขป[19] และตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาผดุงครรภ์[25] เมื่อตัดความซ้ำซ้อนของรายการสมุนไพรที่เป็นอาหารออกแล้ว เหลือจำนวน 167 ชนิด

แบ่งประเภทตามมาตรฐานสินค้าเกษตร การจัดหมวดหมู่สินค้าเกษตร เล่ม 1 : พืช สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เป็น 6 กลุ่ม พืช 1

ชนิด จัดกลุ่มได้มากกว่า 1 กลุ่ม ซึ่งจำแนกตามส่วนที่ใช้ ได้แก่

1. กลุ่มผลไม้ จำนวน 18 ชนิด ดังนี้ กล้วยไข่ (ผล), กล้วยตานี (ผล), กล้วยน้ำไทย(ผล), กล้วยน้ำว้าสุก (ผล), กล้วยหอมทองสุก (ผล), กล้วยหักมุก (ผล), ชมพู่น้ำดอกไม้ (ผล), มะขามป้อม (ผล), มะขามหวาน (ผล), มะงั่ว (ผล), มะตูม (ผล), มะนาว (ผล), มะพร้าว (ผลอ่อน), มะไฟ (ผล), ยอ (ผล), ส้มเขียวหวาน (ผล), ส้มซ่า (ผล), สับปะรด (ผล)

2. กลุ่มผัก จำนวน 42 ชนิด ดังนี้ กระเจี๊ยบแดง/กระเจี๊ยบเปรี้ยว (ใบ), กระเทียม (หัว), กะเพราขาว (ใบ), แค (ใบ, ยอด), แตงโม (ผล), ถั่วเขียว/ถั่วแขก (เมล็ด), ถั่วพู (ราก), ถั่วแระต้ม (เมล็ด), ถั่วลันเตา (ฝัก), ถั่วลันเตา (เมล็ด), ถั่วเหลืองคั่ว (เมล็ด), ท้าวยายม่อม(หัว), น้ำเต้า (ผล), บวบ/บวบหอม (ผล), บัวบก (ใบ), บัวหลวง (ราก), ปอกระเจา (ใบ), ผักกระเฉด (ยอด), ผักขวง/ผักขี้ขวง (ทั้งต้น), ผักขื่นฉ่าย/คื่นช่าย (ใบ), ผักบุ้งไทยต้นขาว (ยอด), ผักปลัง (ใบ), ผักแว่น (ใบ), ผักเสี้ยน (ใบ), ผักโหมหนาม/ผักโขม/ผักโหม/ผักหม (ใบ), ผักโหมหัด (ใบ), พุทธรักษา (หัว), มะขาม (ใบ), มะระขี้นก (ใบ), มะระขี้นก (ผล), มะระจีน (ใบ,ผล), มะรุม (ใบ, ฝัก), สะเดา (ใบ, ยอด), โสม (หัว), หอม (ใบ), หอมแดง (หัว), หอมปรัง (ต้น), เห็ดโคน, เห็ดตับเต่า, เห็ดเผาะ, เห็ดฟาง/เห็ดบัว, เห็ดหูหนูสด

3. กลุ่มพืชจำพวกหญ้า จำนวน 3 ชนิด ดังนี้ ข้าวงอก, เทียนเกล็ดหอย (เมล็ด), อ้อย (น้ำอ้อย)

4. กลุ่มผลเปลือกแข็ง เมล็ดและน้ำเลี้ยง จำนวน 9 ชนิด ดังนี้ งา (เมล็ด), งาขี้ม้อน (เมล็ด), จาก (น้ำตาล), ตาลโตนด (น้ำตาล), ถั่วลิสง (เมล็ด), มะพร้าว (น้ำตาล), มะม่วงหิมพานต์ (เมล็ด), สำรอง (ผล), อ้อย (น้ำตาล)

5. กลุ่มพืชสมุนไพรและพืชเครื่องเทศ จำนวน 55 ชนิด ดังนี้ กระชาย (ราก, หัว), กระวาน (ใบ), กัญชา (ดอก), กานพลู (ดอก), กำยาน (ยาง), กุหลาบ (ดอก), โกฐเขมา (ราก), ขมิ้นชัน (หัว), ขมิ้นอ้อย (หัว), ข่าลิง (หัว), ข่าใหญ่ (ดอก), ขิง (เหง้า), ขี้เหล็ก (ใบ), คำไทย (เมล็ด), โคกกระสุน (ทั้งต้น), จันทน์แดง (แก่น), จันทน์เทศ (เมล็ด), จันทน์เทศ (รกหุ้มเมล็ด), ชะเอมเทศ (ราก), ชา (ใบ), ช้าพลู (ใบ), ชุมเห็ดไทย (เมล็ด), ดีปลี (ผล), ตะไคร้ (ต้น), เตยหอม (ใบ), เทียนขาว (เมล็ด), เทียนข้าวเปลือก (เมล็ด), เทียนดำ (เมล็ด), เทียนแดง (เมล็ด), เทียนตากบ (เมล็ด), เทียนตาตั๊กแตน (เมล็ด), เทียนสัตตบุษย์ (เมล็ด), บัวหลวง (เกสร), เปราะหอม (หัว), ผักกาด (เมล็ด), ผักชีล้อม (เมล็ด), ผักชีลา (เมล็ด), พริกไทย (เมล็ด), พริกหาง (เมล็ด), พลูคาว (ใบ), มหาหิงคุ์ (ยาง), มะกรูด (ผิว), มะลิ (ดอก), แมงลัก (ใบ), ยี่หร่า (ใบ), ลูกซัด (เมล็ด), ลูกเอ็น (ผล), ว่านน้ำ (เหง้า), สมอพิเภก (ผล), สะเดา (ดอก), สีเสียดเทศ (ยาง), หญ้าฝรั่น (เกสร), โหระพา (ใบ), อบเชย (เปลือก), อบเชยเทศ (เปลือก)

6. กลุ่มผักที่มีสรรพคุณทางยา (นอกเหนือจากรายการมาตรฐานสินค้าเกษตร) จำนวน 39 ชนิด ดังนี้ กระเจี๊ยบแดง (ใบ), กรุงเขมา (ใบ), กะเพราป่า (ใบ), กุ่มน้ำ (ใบ), ขิงแคลง (เหง้า), จิ้วป่า (ดอกแห้ง), จักรนารายณ์ (ใบ), จันทน์ใบหอม (ใบ), จันทน์ลูกหอม (ผลสุก), ชะมวง (ใบ), ตำลึง (ใบ), ถั่วแปบ (เมล็ด), ทองหลางใบมน (ใบ), บัวหลวง (เมล็ด), ผักกระโฉม (ใบ), ผักกาดนา (ต้น), ผักกาดน้ำ (ต้น), ผักกูด (ใบ), ผักคราด (ใบ), ผักเค็ด (ใบ), ผักชีลา (ราก), ผักตับเต่าน้ำ (ต้น), ผักเบี้ย (ใบ), ผักปอด (ใบ), ผักพังพวย (ต้น), ผักหนาม (ต้น), ผักหูปลาช่อน (ต้น) (ผักกาดนกเขา), พริกขี้หนู (ผล), เพกา (ฝักอ่อน), มะกอกป่า (ผล), มะเขือขื่น (ผล), มะตาด (ผล), มะรุม (ใบ), มะอึก (ผล), ส้มกุ้ง (ใบ), ส้มสันดาน (ใบ), สะค้าน (เถา), สะตอ (เมล็ด), โหระพาช้าง (ใบ)

เมื่อวิเคราะห์สรรพคุณทางยาทางการแพทย์แผนไทย สามารถจัดกลุ่มพืชอาหารที่มีสรรพคุณทางยาตามกลุ่มโรคหรืออาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยใช้แนวทางการจัดกลุ่มโรคตามการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย[7] การพัฒนานวัตกรรมการพึ่งพาคนเองด้านสุขภาพ ด้วยสมุนไพรใกล้มือสำหรับผู้สูงอายุ[8] และการศึกษา

ข้อมูลวัตถุดิบของอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพภายใต้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรณีศึกษาอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย[32] พบพืชอาหารทั้งหมด 94 ชนิด โดยพืชบางชนิดมีมากกว่า 1 สรรพคุณ จัดกลุ่มพืชอาหารตามโรคหรืออาการ ได้ดังนี้

1. อาการเบื่ออาหาร จำนวน 12 ชนิด ดังนี้ ขิง (เหง้า), จันทน์เทศ (เมล็ด, รกหุ้มเมล็ด), ตะไคร้ (ต้น), ผักแว่น (ใบ), ผักโหมหัด (ใบ), พริกไทย (เมล็ด), มะขาม (ใบ), หอม (ใบ, หัว), เห็ดเผาะ, พริกขี้หนู (ผล), เพกา (ฝักอ่อน), สะค้าน (เถา)

2. อาการนอนไม่หลับ จำนวน 6 ชนิด ดังนี้ กัญชา (ดอก), ขี้เหล็ก (ใบ), จันทน์เทศ (เมล็ด, รกหุ้มเมล็ด), ชุมเห็ดไทย (เมล็ด), มะรุม (ใบ), ขี้เหล็ก (ดอก)

3. อาการท้องผูก จำนวน 17 ชนิด ดังนี้ กระเทียม (หัว), กล้วยตานี (ผล), ขิง (เหง้า), ขี้เหล็ก (ใบ), งาขี้ม้อน (เมล็ด), จันทน์เทศ (เมล็ด, รกหุ้มเมล็ด), เทียนดำ (เมล็ด), ผักกาด (เมล็ด), มหาหิงคุ์ (ยาง), มะขาม (ใบ), มะขามป้อม (ผล), มะตูม (ผล), มะระขี้นก (ใบ, ผล), ส้มเขียวหวาน (ผล), หอม (ใบ, หัว), ชะมวง (ใบ), ผักเค็ด (ใบ)

4. อาการจุกเสียด จำนวน ชนิด 49 ดังนี้ กระชาย (ราก, หัว), กระเทียม (หัว), กระวาน (ใบ, ผล),กะเพรา (ใบ), กานพลู (ดอก), กำยาน (ยาง), ขมิ้นชัน (หัว), ขมิ้นอ้อย (หัว), ข่าลิง (หัว), ข่าใหญ่ (ดอก, หัว), ขิง (เหง้า), คำไทย (เมล็ด), จันทน์เทศ (เมล็ด, รกหุ้มเมล็ด), ดีปลี (ผล), ถั่วพู (ราก), เทียนขาว (เมล็ด), เทียนข้าวเปลือก (เมล็ด), เทียนดำ (เมล็ด), เทียนแดง (เมล็ด), เทียนตาตั๊กแตน (เมล็ด), เทียนสัตตบุษย์ (เมล็ด),เปราะหอม (หัว), ผักกาด (เมล็ด), ผักขี้นฉ่าย (ใบ), ผักชีล้อม (เมล็ด), ผักชีลา (เมล็ด), พริกไทย (เมล็ด), พริกหาง (เมล็ด), มหาหิงคุ์ (ยาง), มะกรูด (ผิว), มะขามป้อม (ผล), มะตูม (ผล), แมงลัก (ใบ), ยอ (ผล), ยี่หร่า (ใบ), ว่านน้ำ (เหง้า), หอม (ใบ, หัว), หอมปรัง (ต้น), โหระพา (ใบ), อบเชย (เปลือก), อบเชยเทศ (เปลือก), กะเพราป่า (ใบ), ขิงแคลง (เหง้า), จันทน์ใบหอม (ใบ), ผักตับเต่าน้ำ (ทั้งต้น), ผักคราด (ใบ), ผักเค็ด (ใบ), เพกา (ฝักอ่อน), สะตอ (เมล็ด), โหระพาช้าง (ใบ)

5. โรคริดสีดวงทวาร จำนวน 9 ชนิด ดังนี้ กระเทียม (หัว), จาก (น้ำตาล), ดีปลี (ผล), ผักชีลา (เมล็ด), สมอพิเภก (ผล), งิ้วป่า (ดอกแห้ง), ทองหลางใบมน (ใบ), ผักคราด (ใบ), ผักปอด (ใบ)

6. โรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง จำนวน 9 ชนิด ดังนี้ ขมิ้นชัน (หัว), ขมิ้นอ้อย (หัว), คำไทย (เมล็ด), มหาหิงคุ์ (ยาง), มะตูม (ผล), สะเดา (ดอก, ใบ), หอม (ใบ, หัว), ผักตับเต่าน้ำ (ทั้งต้น), ผักคราด (ใบ)

7. อาการไอ จำนวน 26 ชนิด ดังนี้ กระเจี๊ยบแดง (ใบ), กะเพรา (ใบ), ชะเอมเทศ (ราก), เทียนขาว (เมล็ด), ผักชีล้อม (เมล็ด), พริกหาง (เมล็ด), พุทธรักษา (หัว), มะขาม (ใบ), มะขามป้อม (ผล), มะงั่ว (ผล, มะนาว (ผล), มะลิ (ดอก), ส้มซ่า (ผล), สมอพิเภก (ผล), สับปะรด (ผล), หอม (ใบ, หัว), เห็ดหูหนู, กะเพราป่า (ใบ), ชะมวง (ใบ), ถั่วแปบ (เมล็ด), ผักชีลา (ราก), มะกอกป่า (ผล), มะเขือขื่น (ผล), มะอึก (ผล), ส้มกุ้ง (ใบ), ส้มสันดาน (ใบ)

8. หวัดภูมิแพ้ จำนวน 7 ชนิด ดังนี้ แค (ใบ), มะขามป้อม (ผล), มะระจีน (ใบ), สมอพิเภก (ผล), หอม (ใบ, หัว), ผักกระโฉม (ใบ), ผักพังพวย (ทั้งต้น)

9. โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ชนิด ดังนี้ กระวาน (ใบ, ผล), เปราะหอม (หัว), ผักขี้นฉ่าย (ใบ), พริกไทย (เมล็ด), มะรุม (ใบ), ลูกเอ็น (ผล), ว่านน้ำ (เหง้า), อบเชย (เปลือก), อบเชยเทศ (เปลือก)

10. โรคเบาหวาน จำนวน 1 ชนิด คือ ผักขี้นฉ่าย (ใบ)

เมื่อนำกลุ่มพืชอาหารที่มีสรรพคุณทางยาตามกลุ่มโรคหรืออาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุแต่ละชนิดมาศึกษาคุณค่าทางโภชนาการตามข้อมูลสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 พบว่ามีข้อมูลคุณค่าทางโภชนาการของพืชอาหารกลุ่มนี้ จำนวน 46 ชนิด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณค่าทางโภชนาการของพืชอาหารที่มีสรรพคุณทางยาตามกลุ่มโรคหรืออาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (ต่อน้ำหนักอาหาร 100 กรัม)

ที่	ชื่อพืช (ส่วนที่ใช้)	พลังงาน	โปรตีน	ไขมัน	คาร์โบไฮเดรต	ใยอาหาร	แคลเซียม	ฟอสฟอรัส	เหล็ก	วิตามินเอ	วิตามินซี	วิตามินอี
		Kcal	g	g	g	g	mg	mg	mg	ug	mg	mg
1	กระเจี๊ยบแดง (ใบ)	38	1.70	0.10	5.84	3.5	104	30	0.80	-	44	-
2	กระชาย (ราก, หัว)	54	1.30	0.80	9.21	2.4	15	81	2.30	0	2	-
3	กระเทียม (หัว)	108	6.96	0.31	14.60	9.4	21	126	1.09	-	4	0.15
4	กระวาน (ใบแห้ง)	372	9.50	6.30	69.30	29.6	16	23	12.60	0	0	-
5	กะเพราขาว (ใบ)	32	3.24	0.61	1.41	3.9	221	50	1.20	300	3	0.85
6	ขมิ้นชัน (หัว)	68	1.70	1.40	12.10	0.7	9	41	2.30	19	12	-
7	ข่าใหญ่ (หัว)	95	1.00	0.30	22.10	3.1	18	-	2.20	6	1	-
8	ขิง (เหง้า)	23	0.78	0.47	2.53	2.6	14	25	0.40	1	7	-
9	ขี้เหล็ก (ใบ)	78	7.70	1.40	5.30	5.6	156	190	5.80	117	110	0.00
10	แค (ใบ, ยอด)	98	8.30	2.60	7.70	5.1	395	40	4.10	-	84	-
11	งาขี้ม้อน (เมล็ด)	569	16.00	42.00	31.70	19.3	442	284	6.30	3	-	-
12	จิ้วป่า (ดอกแห้ง)	317	6.60	1.40	89.40	14.9	429	161	8.80	5	-	-
13	จันทน์เทศ (รกหุ้มเมล็ด)	388	14.20	15.40	48.10	9.7	134	142	-	190	-	-
14	ตะไคร้ (ต้น)	143	1.20	2.10	29.70	4.2	35	30	2.60	22	1	-
15	ทองหลางใบมน (ใบ)	72	4.60	0.8	11.70	4.1	57	40	1.80	192	68	-
16	เทียนขาว (เมล็ด)	313	14.50	0.60	62.40	26.8	2	215	25.50	15	7	-
17	น้ำเต้า (ผล)	17	0.60	0.10	3.40	0.30	4	53	0.50	4	8	-
18	ผักกาด (เมล็ด)	511	31.00	28.40	32.80	1.5	3	900	26.10	-	13	-
19	ผักขี้นฉ่าย (ใบ)	18	1.60	0.50	0.50	2.6	93	40	-	152	30	1.43
20	ผักชีลา (เมล็ด)	325	13.60	0.60	66.30	29.7	512	495	-	9	0	-
21	ผักชีลา (ราก)	57	1.70	0.20	12.20	6.0	26	3	1.20	9	30	-
22	ผักปอด (ใบ)	44	2.70	1.10	5.80	1.0	79	53	1.20	341	-	-
23	ผักพังพวย (ต้น)	39	2.20	0.40	4.80	3.6	53	277	1.20	252	57	-
24	ผักแว่น (ใบ)	44	2.30	0.90	6.70	3.0	48	-	2.50	-	3	-
25	พริกขี้หนู (ผล)	63	3.41	2.11	2.92	9.3	28	54	1.20	121	49	-
26	พริกไทย (เมล็ด)	322	11.35	5.40	45.85	22.2	388	188	3.40	75	0	1.96
27	มะกรูด (ผิว)	118	4.00	1.90	21.10	3.8	138	57	16.70	2	104	-
28	มะขาม (ใบ)	59	3.60	0.30	10.40	1.0	19	38	1.00	84	53	-
29	มะขามป้อม (ผล)	58	0.29	0.22	13.40	0.44	28	14	0.50	0.02	431	0.03
30	มะเขือขื่น (ผล)	68	2.10	2.00	10.50	5.0	55	22	1.30	25	63	-
31	มะระขี้นก (ผล)	20	1.18	0.44	0.81	3.8	230	5	0.23	10	118	1.04
32	มะระจีน (ผล)	19	0.94	0.16	2.47	2.2	19	31	0.50	-	50	0.06

ตารางที่ 1 คุณค่าทางโภชนาการของพืชอาหารที่มีสรรพคุณทางยาตามกลุ่มโรคหรืออาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (ต่อน้ำหนักอาหาร 100 กรัม)

ที่	ชื่อพืช (ส่วนที่ใช้)	พลังงาน	โปรตีน	ไขมัน	คาร์โบไฮเดรต	ใยอาหาร	แคลเซียม	ฟอสฟอรัส	เหล็ก	วิตามินเอ	วิตามินซี	วิตามินอี
		Kcal	g	g	g	g	mg	mg	mg	ug	mg	mg
33	มะรุม (ใบ)	11	2.20	0.20	5.40	1.2	9	26	1.50	14	185	0.10
34	มะอึก (ผล)	66	1.90	0.80	12.70	3.6	26	41	0.80	91	3	-
35	แมงลัก (ใบ)	41	2.90	1.00	5.00	2.6	140	40	17.20	3	-	
36	ยี่หร่า (ใบ)	42	3.84	0.99	1.50	5.7	286	57	-	618	24	-
37	ส้มเขียวหวาน (ผล)	46	0.83	0.26	9.27	1.6	26	23	0.40	6	31	0.33
38	สะเดา (ใบ, ยอด)	85	5.40	0.50	14.70	2.2	354	26	4.60	301	194	-
39	สะเดา (ดอก)	84	5.50	4.20	0.00	12.2	-	-	-	105	123	4.57
40	สะตอ (เมล็ด)	132	8.00	4.00	16.00	0.5	76	83	0.70	40	6	-
41	สับปะรด (ผล)	60	0.41	0.23	13.55	1.3	5	8	-	2	18	0.02
42	หอมแดง (หัว)	63	2.70	0.20	12.60	0.6	16	59	-	14	5	-
43	เห็ดเผาะ	47	2.20	0.40	8.60	2.3	39	85	3.6	-	12	-
44	เห็ดหูหนูสด	50	1.4	0.10	10.90	1.8	60	-	6.10	-	21	-
45	โหระพา (ใบ)	54	3.30	1.00	7.90	2.5	336	-	-	-	35	-
46	อบเชย/อบเชยเทศ (เปลือก)	329	3.30	1.00	78.60	15.4	17	46	-	13	0	-

2. พัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาพืชอาหารที่มีสรรพคุณทางยาภายใต้องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย

จากข้อมูลพืชอาหารที่มีสรรพคุณทางยาที่ปรากฏในตำราการแพทย์แผนไทย สามารถพัฒนาพืชอาหารชนิดต่างๆ มาเป็นฐานในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างยั่งยืน โดยการนำพืชมาเป็นส่วนประกอบหลักในตำรับอาหารพื้นบ้านซึ่งผู้สูงอายุสามารถปรุงบริโภคได้ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะพืชอาหารที่พบได้ตามสวนครัวรั้วบ้านของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ผักเชียงดา ผักคราด เพกา พริกขี้หนู หอมแดง มะระขี้นก ขิง ข่า มะเขือขื่น ตะไคร้ ขมิ้น นำมาปรุงเป็นอาหารย่อมจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับทั้งคุณค่าทางอาหารที่หลากหลายครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ที่สำคัญคือได้สรรพคุณทางยาในการช่วยป้องกัน บำรุง รักษาสุขภาพด้วย จึงได้คัดเลือกตัวอย่างเมนูอาหารท้องถิ่นภาคเหนือเพื่อช่วยป้องกันโรคหรืออาการต่าง ๆ จำนวน 10 โรคหรืออาการ ได้แก่

1. อาการเบื่ออาหาร จำนวน 28 เมนู ดังนี้ น้ำพริกขิง ยำปลา ตำส้มโอ ส้ายอดมะขาม แกงผักแว่น แอ๊บปลา คั่วฝักเพกาอ่อน น้ำพริกไข่ต้ม น้ำพริกเห็ดหล่ม น้ำพริกมะเขือพวง[32] ลาบปลา ลาบหมู ลาบไก่ ยำเตา น้ำพริกอีเก๋ ส้ามะเขือเปราะ ตำเตา ยำเห็ดฟาง แกงเห็ดเผาะ[32] แกงแค แกงถั่วปี แกงผักเชียงดา แกงปลี น้ำพริกตาแดง ตำลูกยอ แกงขนุน มอบปู่[33] แกงฮังเล[34]

2. อาการนอนไม่หลับ จำนวน 3 เมนู ดังนี้ แกงผักขี้เหล็ก แกงมะรุม[32] ยำดอกขี้เหล็ก[33]

3. อาการท้องผูก จำนวน 11 เมนู ดังนี้ ส้ายอดมะขาม น้ำพริกกระเทียม น้ำพริกขิง น้ำพริกไข่ต้ม ยำปลา[32] แกงปลี แกงแค แกงถั่วปี แกงผักเชียงดา น้ำพริกตาแดง และผลไม้ ได้แก่ กล้วยน้ำว้าสุก[33]

4. อาการจุกเสียด จำนวน 27 เมนู ดังนี้ ลาบปลา ยำไก่ ห่อนึ่งไก่ ห่อนึ่งปลา อ๊อกกุ้ง อ๊อกปลา

น้ำพริกกระเทียม น้ำพริกขิง น้ำพริกข่า น้ำพริกไข่ต้ม ยำปลา หลามบอน หลามปลา แกงตูน แกงน้ำเต้าอ่อน แกงแค คั่วแคกบ คั่วผักเพกาอ่อน[32] แกงอ่อมไก่ มอบปู่ แกงถั่วปี แกงผักเชียงดา แกงปลี ตำลูกยอ น้ำพริกตาแดง[33] ผัดปลากรายสมุนไพร[35] ลาบหมู ลาบไก่[31]

5. โรคริดสีดวงทวาร จำนวน 9 เมนู ดังนี้ น้ำพริกกระเทียม คั่วแคกบ ขนมจีนน้ำเงี้ยว[32] แกงแค มอบปู่ ยำผักจุมป่า[33] ลาบปลา ลาบหมู ลาบไก่[31]

6. โรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง จำนวน 15 เมนู ดังนี้ ยำไก่ คั่วแคกบ ห่อนึ่งปลา อ๊อกกุ้ง น้ำพริกไข่ต้ม น้ำพริกตาแดง[32] แกงผักเชียงดา แกงปลี แกงถั่วปี แกงแค แกงอ่อมไก่ มอบปู่ ส้าผัก ห่อนึ่งไก่ อ๊อกปลา[33]

7. อาการไอ จำนวน 16 เมนู ดังนี้ ส้ายอดมะขาม ส้ามะเขือแจ้ (มะเขือขื่น) จอผักปลัง ยำปลา แกงตูน น้ำพริกไข่ต้ม น้ำพริกอีเก๋[32] แกงแค แกงถั่วปี แกงผักเชียงดา แกงปลี ส้าผัก เจียวผักปลัง ตำกุ้ง ตำลูกยอ น้ำพริกตาแดง[33]

8. หวัดภูมิแพ้ จำนวน 8 เมนู ดังนี้ น้ำพริกไข่ต้ม น้ำพริกตาแดง[32] แกงแค แกงถั่วปี แกงผักเชียงดา แกงปลี[33] ลาบหมู ลาบปลา ลาบไก่[31]

9. โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 เมนู ดังนี้ แกงมะรุม[32] ลาบปลา ลาบหมู ลาบไก่[31] ปลาช่อนผัดขึ้นฉ่าย ต้มจืดเต้าหู้ ยำเห็ดฟาง ยำเห็ดสามสหาย[35]

10. โรคเบาหวาน จำนวน 4 เมนู ดังนี้ ปลาช่อนผัดขึ้นฉ่าย ต้มจืดเต้าหู้ ยำเห็ดฟาง ยำเห็ดสามสหาย[35]

สรุปและอภิปรายผล

รายการพืชสมุนไพรในตำราการแพทย์แผนไทยที่เป็นส่วนประกอบของเครื่องปรุงและเครื่องเคียงของอาหารท้องถิ่นที่มีสรรพคุณทางยา พบมีจำนวน 167 ชนิด แบ่งประเภทตามมาตรฐานสินค้าเกษตร การจัดหมวดหมู่สินค้าเกษตร ของสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เพื่อให้เห็นถึงโอกาสในการปลูกพืชเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและสามารถเพิ่มรายได้จากการจำหน่ายสินค้าเกษตรได้เป็น 6 กลุ่ม ทั้งนี้เป็นการจำแนกตามส่วนที่ใช้ส่งผลให้พืช 1 ชนิด สามารถจัดกลุ่มได้มากกว่า 1 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มผลไม้ จำนวน 18 ชนิด กลุ่มผัก จำนวน 42 ชนิด กลุ่มพืชจำพวกหญ้า จำนวน 3 ชนิด กลุ่มผลเปลือกแข็ง เมล็ดและน้ำเลี้ยง จำนวน 9 ชนิด กลุ่มพืชสมุนไพรและพืชเครื่องเทศ จำนวน 55 ชนิด นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผักที่มีสรรพคุณทางยา (นอกเหนือจากรายการมาตรฐานสินค้าเกษตร) จำนวน 39 ชนิด สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุนันท์ อยู่คงดี อาหารที่มีสมุนไพรเป็นส่วนประกอบคืออาหารสมุนไพรซึ่งอาหารไทยมีสมุนไพรเป็นส่วนประกอบโดยขาดมิได้[36] เมื่อวิเคราะห์สรรพคุณตามกลุ่มโรคอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ 10 กลุ่มโรคหรืออาการ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร จำนวน 12 ชนิด อาการนอนไม่หลับ จำนวน 6 ชนิด อาการท้องผูก จำนวน 17 ชนิด อาการจุกเสียด จำนวน 49 ชนิด โรคริดสีดวงทวาร จำนวน 9 ชนิด โรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง จำนวน 9 ชนิด อาการไอ จำนวน 26 ชนิด หวัดภูมิแพ้ จำนวน 7 ชนิด โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ชนิด และโรคเบาหวาน จำนวน 1 ชนิด โดยสารประกอบทางเคมีจากพืชสมุนไพรหลายชนิดมีรายงานการศึกษาว่าสามารถป้องกันความผิดปกติและโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการใช้ประโยชน์ร่วมกันของสมุนไพรและอาหารสุขภาพ[37]

อย่างไรก็ตามจากการเสื่อมสภาพของร่างกายในผู้สูงอายุส่งผลต่อการรับรู้รสสัมผัสของอาหารซึ่งเป็นปัจจัยที่กระทบต่อความรู้สึกอยากอาหารในขณะที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญในด้านรสชาติอาหารเป็นอันดับแรกรองลงมาคือความยากในการย่อยอาหาร และคุณค่าทางโภชนาการ โดยมีข้อจำกัดในด้านการปรุงรสอาหารที่จัดเกิดไปทั้งรสหวาน มัน เค็ม เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ดังนั้น การปรุงอาหารสำหรับผู้สูงอายุจึงเน้นใช้เครื่องเทศซึ่งเป็นสมุนไพรหลากหลายชนิดเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร

รวมทั้งการรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของผักพื้นบ้านซึ่งมีสรรพคุณทางยาและคุณค่าทางโภชนาการ[38] และจากการศึกษาคุณค่าทางโภชนาการของพืชสมุนไพรตามข้อมูลสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 พบว่าพืชอาหารที่มีสรรพคุณทางยาแต่ละชนิดยังมีคุณค่าสารอาหารหลากหลายครอบคลุมทั้งกลุ่ม คาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน แร่ธาตุ และวิตามิน พบข้อมูล จำนวน 46 ชนิด โดยพืชผักและสมุนไพรที่ใช้เป็นอาหารมีส่วนช่วยเพิ่มกลิ่นรสและสีสันให้กับอาหาร มีคุณค่าทางโภชนาการและมีบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังรวมทั้งชะลอความเสื่อมของร่างกาย[39]

แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาพืชอาหารที่มีสรรพคุณทางยาภายใต้องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยโดยอิงจากสรรพคุณของพืชอาหารที่ปรากฏในตำราการแพทย์แผนไทยควบคู่กับคุณค่าทางโภชนาการมาเป็นฐานในการเลือกรายการอาหารพื้นบ้านที่มีพืชสมุนไพรเป็นส่วนประกอบหลักในตำรับอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุซึ่งผู้สูงอายุสามารถปรุงบริโภคได้ในชีวิตประจำวันและสามารถหาวัตถุดิบได้ในท้องถิ่น[32] เป็นพืชอาหารที่พบได้ตามสวนครัวรั้วบ้านในชุมชน[40] เมื่อนำมาปรุงเป็นอาหารซึ่งประกอบด้วยคุณค่าทางอาหารที่หลากหลายครบถ้วนตามความต้องการของร่างกายและสรรพคุณในการช่วยป้องกันโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่พบในผู้สูงอายุ 10 รายการ ได้แก่ โรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคริดสีดวงทวาร หวัดภูมิแพ้ อาการจุกเสียด อาการท้องผูก อาการนอนไม่หลับ อาการเบื่ออาหาร อาการไอ ทั้งนี้ยังเป็นเมนูอาหารท้องถิ่นที่ผู้สูงอายุมีความคุ้นชินในการรับประทานในวิถีชีวิต ซึ่งมีไม่น้อยกว่า 129 เมนู เช่น แกงขนุน คั่วแคกบ ตำกุ้ง น้ำพริกกระเทียม ปลาช่อนผัดขึ้นฉ่าย มอบปู่ ยำไก่ ลาบไก่ ส้าผัก หลามบอน ห่อนึ่งไก่ อ๊อกกุ้ง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

แพทย์แผนไทยและบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยสามารถใช้ข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้ ไปใช้ในการในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างยั่งยืน โดยการนำพืชมาเป็นส่วนประกอบหลักในตำรับอาหารพื้นบ้านซึ่งผู้สูงอายุสามารถปรุงบริโภคได้ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะพืชอาหารที่พบได้ตามสวนครัวรั้วบ้านของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้แนวทางการรับประทานอาหารเป็นยาที่ได้สรรพคุณทางยาในการช่วยป้องกันบำรุง รักษาสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำตำรับอาหารไปใช้ในการช่วยป้องกัน บำรุง รักษาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนและติดตามผลการใช้ตำรับอาหารในการดูแลรักษาสุขภาพในกลุ่มโรคต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย และขอขอบคุณวิทยาลัยการแพทย์ฯ ที่ให้ความอนุเคราะห์การใช้อุปกรณ์และสถานที่ในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สุงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.(2567). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2566. กรุงเทพฯ: บริษัทโกโกพริ้นท์ (ไทยแลนด์) จำกัด.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2565). สรุปรายงานการป่วย ปี พ.ศ.2565. [อินเตอร์เนต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.68]; เข้าถึงจาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/01/ill_2023_full_30012567.pdf

3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2566). สรุปรายงานการป่วย ปี พ.ศ.2566. [อินเตอร์เนต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.68]; เข้าถึงจาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/11/ill_2023_full_07112567.pdf
4. ปริพัช เงินงาม, ปัญญรัช คำ เสือ, สุธิดา วิริยา, ณิศรา ชัยวงค์ และสุวนันท์ แก้วจันทา.(2024). การศึกษารูปแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทย: กรณีศึกษาเทศบาลตำ บลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ [อินเตอร์เนต]. 2024 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.68]; 10(1) : 229-238. เข้าถึงจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/slc/article/download/269539/183181/1183075
5. สุวนันท์ แก้วจันทา, สุธิดา วิริยา, ชนาภา ไวยลาพี, โชคชัย แซ่ว่าง และณิศรา ชัยวงค์.(2023). แนวทางการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยสมุนไพรใน ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. วารสารการบริหารจัดการและนวัตกรรมท้องถิ่น [อินเตอร์เนต]. 2023 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.68]; 5(6) : 121-135. เข้าถึงจาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/jmli/article/download/260582/178359/1038886
6. รุสนี มามะ, ณิศรา ชัยวงค์, ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงค์ และสุวนันท์ แก้วจันทา.(2021). การศึกษาปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์[อินเตอร์เนต]. 2021 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.68]; 5(6) : 222-231. เข้าถึงจาก: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jssr/article/view/249325
7. ณิศรา ชัยวงค์, ปริพัช เงินงาม, ปัญญรัช คำเสือ, สุธิดา วิริยา และสุวนันท์ แก้วจันทา.(2024). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย [อินเตอร์เนต]. 2024 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.68]; 6(4): 18-25. เข้าถึงจาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/HSJT/article/view/266797
8. นคร จันต๊ะวงษ์, รุสนี มามะ, โชคชัย แซ่ว่าง, ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงค์ และชัยนรินทร์ เรือนเจริญ.(2021). การพัฒนานวัตกรรมการพึ่งพาคนเองด้านสุขภาพ ด้วยสมุนไพรใกล้มือสำหรับผู้สูงอายุ. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์ [อินเตอร์เนต]. 2021 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.68]; 10(1): 245-256. เข้าถึงจาก: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jssr/article/view/249381
9. สำนักคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย.(2555). คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ ฉบับใบลาน (ตำราพระโอสถพระนารายณ์). กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูถัมภ์.
10. สำนักคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย.(2558). จารึกตำรายาวัดราชโอรสารามราชวรวิหาร. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูถัมภ์.
11. สมเด็จพระเจ้าบรมวงษ์เธอกรมพระยาวชิรญาณวโรรส สมเด็จพระมหาสมณะ.(2459). ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2. กรุงเทพฯ : โสภณพิพรรฒนากร.
12. สำนักคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย.(2557). ตำราการแพทย์แผนไทย ในศิลาจารึกวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) เล่ม 1-3 . กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูถัมภ์.
13. คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุในคณะกรรมการอำนวยการจัดงานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ.(2542). ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่ม 1-2. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
14. กรมหลวงวงศาธิราชสนิท.(2465). ตำราสรรพคุณยา. กรุงเทพฯ : โสภณพิพรรฒนากร
15. พระองค์เจ้าสายสนิทวงษ์.(2459). ตำรายาพระองค์เจ้าสายสนิทวงษ์. กรุงเทพฯ : พิมพ์ไทย
16. ถนอม บุณยะกมล.(2484). ตำราสรรพคุณยาไทย เขียนโดย หลวงประเสริฐวิทยาศาสตร์. กรุงเพทฯ : ไต้เชียง
17. พระยาพิศณุประสาทเวช.(2451). แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1-2. กรุงเทพฯ : ศุภการจำรูญ
18. โรงเรียนแพทย์แผนโบราณ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามราชวรวิหาร.(มปท.) แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1-3. กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์; ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์
19. พระยาพิศณุประสาทเวช.(2452). เวชศึกษา แพทย์ศาสตร์สังเขป. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์ : ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์
20. สุ่ม วรกิจ พิศาล.(2460) เวชศาสตร์วัณณา ตำราแพทย์แบบเก่า เล่ม 1-5 เรียบเรียงไว้ตามตำราของท่าน พระยาประเสริฐศาสตรดำรง. กรุงเทพฯ : พิศาลบรรณนิติ์
21. พระยาแพทย์พงศาวิสุทธาธิบดี.(2464). ตำราแพทย์ตำบล เล่ม 1-3. กรุงเทพฯ : อักษรนิติ์
22. พระยาแพทย์พงศาวิสุทธาธิบดี.(2462). ตำราหมอประจำบ้าน. กรุงเทพฯ : อักษรนิติ์.
23. กองการประกอบโรคศิลปะ.(2549). ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม เล่ม 1-3. สมุทรสาคร : ไทภูมิ พับลิชชิ่ง จำกัด.
24. กองการประกอบโรคศิลปะ.(2541). ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรม. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย.

25. กองการประกอบโรคศิลปะ.(2549). ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาผดุงครรภ์. สมุทรสาคร : ไทภูมิ พับลิชชิ่ง จำกัด
26. ขุนโสภิตบรรณลักษณ์.(2513). ตำราคัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 1-3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักทำเนียบนายกรัฐมนตรี
27. โรงเรียนแพทย์แผนโบราณ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามราชวรวิหาร.(2537). ประมวลสรรพคุณยาไทย ภาค 1-3 ว่าด้วยพฤกษชาติ วัตถุธาตุ และสัตว์วัตถุนานาชนิด. กรุงเทพฯ : พิชัยการพิมพ์.
28. เสงี่ยม พงษ์บุญรอด. ไม้เทศเมืองไทย สรรพคุณยาไทยและยาเทศ. กรุงเทพฯ : กรุงธน.
29. สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์.(2025). การจัดหมวดหมู่สินค้าเกษตร เล่ม 1: พืช. [อินเตอร์เนต]. 2025 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.68]; เข้าถึงจาก: https://www.acfs.go.th/standard/detail/530.
30. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2018). ตารางแสดงคุณค่าทางโภชนาการของอาหารไทย[อินเตอร์เนต]. 2018 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.68]; เข้าถึงจาก: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/thai-food-composition-table?fbclid=IwAR1pHbAtzNskv6DU8qvGCPU54cr8QrJooCQ0mrLDPj-qDpAXb_r9Vt-wVs0&page=1.
31. ศูนย์สนเทศภาคเหนือ สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.(2024). อาหารพื้นบ้านล้านนา. [อินเตอร์เนต]. 2024 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.68]; เข้าถึงจาก: https://lannainfo.library.cmu.ac.th/lannafood.
32. ชฎาพร แซ่ม้า, สุวศิน พลนรัตน์, ดวงนภา แดนบุญจันทร์, นวรัตน์ วิริยะเขษม และศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงค์.(2025). การศึกษาข้อมูลวัตถุดิบของอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพภายใต้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรณีศึกษาอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ [อินเตอร์เนต]. 2025 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.68]; 10(2): 436-447. เข้าถึงจาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/285347
33. สมลักษณ์ นิ่มสกุล.(2546). คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพโดยภูมิปัญญาด้านอาหารการกินของชาวล้านนา. เชียงใหม่: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
34. สุดา นนทะวงษ์.(2556). วัฒนธรรมอาหารไทย : ภาคเหนือ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
35. โรงพยาบาลดอกคำใต้.(2552). 99 เมนูสุขภาพ ผักพื้นบ้านอาหารพื้นเมือง. พะเยา: กอบคำการพิมพ์.
36. สุนันท์ อยู่คงดี. (2554). อาหารสมุนไพรไทย. วารสาวิชาการศรีปทุม ชลบุรี [อินเตอร์เนต]. 2011 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.68]; 7(2) : 1-10. เข้าถึงจาก: https://www.chonburi.spu.ac.th/journal/booksearch/upload/149-A152(1-10).
37. Joyce Mudondo, Kenneth Happy, Roggers Gang, Yeongjun Ban & Youngmin Kang.(2025). From nature to nutrition: exploring the synergistic benefits of functional foods and herbal medicines for holistic health. Applied Biological Chemistry [อินเตอร์เนต]. 2025 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.68]; 68(17) : 1-22. เข้าถึงจาก: https://link.springer.com/article/10.1186/s13765-025-00985-z.
38. มนัญญา คำวชิระพิทักษ์. (2565). อาหารสำหรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในยุคชีวิตวิถีใหม่. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี [อินเตอร์เนต]. 2022 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.68];. 2565 ; 3(3) : 43-56. เข้าถึงจาก https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/JRIST/article/view/249400
39. ยุพา ชาญวิกรัย และไมตรี สุทธจิตต์.(2018). พืชผักสมุนไพรเพิ่มรสชาติ คุณค่าทางโภชนาการ และฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของอาหารพื้นบ้าน. วารสารโภชนบำบัด [อินเตอร์เนต]. 2018 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.68]; 26(2) : 20-26. เข้าถึงจาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiJPEN/article/view/244327
40. กาญจนา สุขบัว, ธัญรัศม์ ภุชงค์ชัย และอัญนวียา ภัชร์จรินท์ญา.(2023). การส่งเสริมเมนูอาหารและสิ่งของจากพืชสมุนไพรตามภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อสุขภาพของชุมชนตำบลคอนสาร อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ. วารสารคหเศรษฐศาสตร์ [อินเตอร์เนต]. 2023 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค.68]; 66(2) : 1-16. เข้าถึงจาก: https://thea.or.th/wp-content/uploads/2023/12/1-%E0%B8%A3%E0%B8%AB%E0%B8%B1%E0%B8%AA%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1-1022566-.pdf.

การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

Development of holistic geriatric clinic “ROM PHO MODEL” Khokpho hospital, Pattani.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ซูลวีนาร์ ชุมประเวศ[1]
Sulvinar Chumprawet[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลประจำรพ.สต อสม.ในชุมชน และผู้สูงอายุในอำเภอโคกโพธิ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา 1) สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสมองเสื่อม พลัดตกหกล้มที่ได้รับการคัดกรอง 9 ด้านในชุมชนอำเภอโคกโพธิ์ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2566 - เดือนเมษายน พ.ศ.2567 พบว่า จำนวนผู้สูงอายุในอำเภอโคกโพธิ์ที่ได้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุแล้วทั้งหมด 258 ราย แบ่งเป็น กลุ่มภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment : MCI) จำนวน 112 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.41 กลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (Dementia) จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.26 กลุ่มเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (Falling) 213 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.56 2) รูปแบบการบริการ “ ROM PHO” Model เป็นการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบด้วยระบบส่งต่อ (Referral) การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ารับการคัดกรอง 9 ด้านอย่างทั่วถึง (Occasion Older Person) โดยภาคีเครือข่ายทำงานแบบมีส่วนร่วม (Participatory Team) ให้การดูแลรักษาแบบองค์รวมทั้งกาย จิต และสังคม (Holistic Care) จนสามารถทำให้ผู้สูงอายุ “Obtain on Quality of life” หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง 3) จากการดำเนินงานพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวได้เข้าสู่ระบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 และได้รับการดูแล รักษาอย่างต่อเนื่องในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลโคกโพธิ์มากกว่าร้อยละ 80

คำสำคัญ: รูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the effectiveness of the "Rom Pho Model" holistic elderly clinic service model at Khok Pho Hospital, Pattani Province. The sample group included family medicine physicians, continuous care center (COC) nurses, multidisciplinary teams, sub-district health center nurses, community health volunteers, and elderly individuals in Khok Pho District. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics, including frequency and percentage, and content analysis.

Results: 1) The situation of elderly individuals at risk of dementia. A screening of falls in the Khok Pho district community between March 2023 and April 2024 revealed that a total of 258 elderly individuals in Khok Pho district received services at the elderly clinic. These were categorized as follows: 112 individuals with mild cognitive impairment (MCI), representing 43.41%; 11 individuals at risk of dementia, representing 4.26%; and 213

[1] แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลโคกโพธิ์ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

individuals at risk of falls, representing 82.56%. 2) The “ROM PHO” Model of service provision is a holistic approach to elderly clinics, comprising a referral system and opportunities for all elderly individuals to receive the 9-aspect screening (Occasion Older Person), with collaborative work from partner networks. (Participatory Team) provides holistic care encompassing physical, mental, and social aspects, enabling the elderly to “Obtain on Quality of life” or continuously improve their quality of life. 3) From the implementation, it was found that the number of at-risk elderly people entering the holistic elderly clinic service system “Rom Pho Model” increased by more than 20 percent, and more than 80 percent received continuous care and treatment at the elderly clinic of Khok Pho Hospital.

Keywords: Holistic elderly clinic service model

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ มีการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 และคาดว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ประชากรผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่สังคมต้องให้การดูแล เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมถอย แต่หากผู้สูงอายุยังมีสุขภาพแข็งแรงก็จะเป็นพลังของครอบครัว ชุมชน และสังคม มากกว่าจะเป็นภาระ จึงต้องมีการเตรียมพร้อมกับการตั้งรับสังคมผู้สูงอายุ โดยต้องมีการพัฒนาทั้งในส่วนของบุคลากรและระบบการดูแลสุขภาพในสถานบริการและชุมชนให้พร้อม เพื่อรองรับกับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต[1,2]

การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2567 และยังสอดคล้องกับนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี “5 SMART PLUS” ในส่วนของ SMART PRIMARY CARE และส่วนของ “ชราบานโมเดล” เพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมในชุมชนและพื้นที่อย่างดีที่สุด[3,4]

ปี พ.ศ.2567 อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี พบจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีมีมากถึง 17.1% ซึ่งสวนทางกับระบบรองรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ไม่ได้มีการคัดกรอง รักษา และฟื้นฟูสภาวะถดถอยของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ มีการเข้าถึงการบริการในคลินิกผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้มจำนวนน้อย และขาดการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดปัญหาผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ3.5 และผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ1.2 ตามลำดับ ทางทีมจึงได้มีแนวคิดพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอโคกโพธิ์ได้รับการดูแล รักษา และฟื้นฟูอย่างทั่วถึงและเป็นระบบมากขึ้น มีกิจกรรมฝึกสมองเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อม มีการทำกายภาพบำบัดร่วมกับพอกเข่าแผนไทยในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมเพื่อลดการปวด เพิ่มการแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดการพลัดตกหกล้ม มีการออก Mobile Geriatric Clinic ในชุมชนเพิ่มช่องทางการเข้าถึงระบบการบริการ มีการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมอง และส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแล นำหลักคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive geriatric assessment and holistic care) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีและเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

วิธีดำเนินการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการ PDCA (Plan–Do–Check–Act) ในการพัฒนาและทดสอบรูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม ‘ร่มโพธิ์โมเดล’ จำนวน 3 วงรอบการพัฒนา (มี.ค. 2566 – เม.ย. 2567)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลประจำรพ.สต อสม.ในชุมชน และผู้สูงอายุในอำเภอโคกโพธิ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลประจำรพ.สต อสม.ในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม ที่ได้รับการคัดกรอง 9 ด้านในชุมชนอำเภอโคกโพธิ์ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2566 - เดือนเมษายน พ.ศ.2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือประเมินผู้สูงอายุ

1.1 แบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ตามแนวทางมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข สำหรับใช้โดย รพ.สต. และ อสม. ในชุมชน

1.2 แบบประเมินภาวะการรู้คิด เช่น MMSE/TMSE และ MoCA ฉบับภาษาไทย

1.3 แบบประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) ครอบคลุมด้านร่างกาย การทำกิจวัตร เสี่ยงหกล้ม โภชนาการ และจิตสังคม

1.4 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1.5 แบบบันทึกข้อมูลการรับบริการและการดูแลต่อเนื่องในคลินิกผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือเก็บข้อมูลกระบวนการ/โครงการ

2.1 แนวทาง/คู่มือการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ROM PHO Model” ที่ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายร่วมกันพัฒนา

2.2 แบบบันทึกการประชุมและระดมสมอง (Meeting/Workshop record form)

2.3 แบบบันทึกการสังเกตภาคสนาม (Field note/Observation form)

2.4 ตารางบันทึกตัวชี้วัดโครงการ (Indicator log) สำหรับบันทึกจำนวนผู้สูงอายุเสี่ยงที่เข้ารับบริการ และร้อยละการได้รับการดูแลต่อเนื่องในแต่ละช่วง (มี.ค.–ก.ค. 66, ส.ค.–ธ.ค. 66, ม.ค.–เม.ย. 67)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การวางแผนและวินิจฉัย (Planning)

1.1 ศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุเสี่ยงสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้มในอำเภอโคกโพธิ์จากข้อมูลคัดกรอง 9 ด้าน และเอกสาร/คู่มือคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ เพื่อกำหนดปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบบริการ

1.2 จัดประชุมชี้แจงและระดมความคิดเห็นร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล COC

ทีมสหวิชาชีพ รพ.สต. อสม. และภาคีเครือข่าย เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด (การเข้าถึงเพิ่มขึ้น >20% การดูแลต่อเนื่อง >80%) ออกแบบโครงร่าง “ROM PHO Model”

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการในสนาม (Action taking)

ดำเนินการเป็น 3 วงล้อพัฒนาต่อเนื่อง

วงล้อที่ 1 (มี.ค.–ก.ค. 66)

1) ตั้งคลินิกผู้สูงอายุแบบ One Stop Service ภายในโรงพยาบาล จัดทีมสหวิชาชีพ และอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรเกี่ยวกับ Geriatric syndrome เน้นสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม

2) พัฒนาแนวปฏิบัติและแบบคัดกรองเฉพาะ 2 ช่องทาง (โดย อสม./รพ.สต. ในชุมชน และโดยพยาบาล/ทีมสหวิชาชีพใน รพ.) พร้อมระบบส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง

วงล้อที่ 2 (ส.ค.–ธ.ค. 66)

1) วิเคราะห์ปัญหารอบแรก (เช่น การเดินทางมาตามนัดไม่สะดวก) และปรับปรุงแนวปฏิบัติให้กระชับ ลดขั้นตอนซ้ำซ้อน

2) ประสาน อปท. และภาคีชุมชนสนับสนุนรถรับ–ส่งผู้สูงอายุ และเพิ่มการประชาสัมพันธ์ผ่าน Website, LINE, Facebook

วงล้อที่ 3 (ม.ค.–เม.ย. 67)

1) ขยายบริการเชิงรุก Mobile Geriatric Clinic ทุกตำบล จัดกิจกรรมฟื้นฟูความจำกลุ่ม MCI และใช้ Telemedicine เพื่อติดตามผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงร่วมกับ รพ.สต.

2) พัฒนาสื่อคลิป VDO/หนังสั้น เพื่อเพิ่มการรับรู้เรื่อง Geriatric syndrome และการเข้าถึงบริการคลินิกผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 การสังเกตและประเมินผล (Observe)

3.1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณทุกวงล้อ ได้แก่ จำนวนผู้สูงอายุเสี่ยงสมองเสื่อม พลัดตกหกล้มที่มารับบริการ (58, 81, 119 ราย) และร้อยละการเพิ่มขึ้น 3.2 ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในคลินิก (65.52%, 72.84%, 88.24%) เทียบเกณฑ์ >80%

3.2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจาก บันทึกการประชุม ระดมสมอง ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ ปัญหาอุปสรรค (เช่น การเดินทาง ระยะทาง การเคลื่อนไหว) บันทึกการสังเกตภาคสนามระหว่างให้บริการในคลินิกและ Mobile Geriatric Clinic

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลและปรับปรุงรูปแบบ (Reflect)

4.1 จัดเวทีสะท้อนผลหลังจบแต่ละวงล้อกับทีมสหวิชาชีพ รพ.สต. อสม. อปท. และชุมชน เพื่อนำเสนอผลตัวชี้วัด ปัญหา และปัจจัยเอื้อ แล้วร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข

4.2 ใช้ข้อเสนอแนะและบทเรียนที่ได้มาปรับปรุง “ROM PHO Model” ให้เหมาะสมกับบริบทโคกโพธิ์ต่อเนื่อง 3 รอบ จนตัวชี้วัดการเข้าถึงและการดูแลต่อเนื่องเป็นไปตามเกณฑ์ และกำหนดแผนการพัฒนาต่อเนื่อง (กิจกรรมฟื้นฟูในชมรมผู้สูงอายุและสื่อ E-BOOK สำหรับประชาชน)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปฏิมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

ผลการศึกษา

1. รูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

1.1 สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม

สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม ที่ได้รับการคัดกรอง 9 ด้านในชุมชนอำเภอโคกโพธิ์ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2566 - เดือนเมษายน พ.ศ.2567 พบว่า จำนวนผู้สูงอายุในอำเภอโคกโพธิ์ที่ได้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุแล้วทั้งหมด 258 ราย แบ่งเป็น กลุ่มภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment : MCI) จำนวน 112 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.41 กลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (Dementia) จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.26 กลุ่มเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (Falling) 213 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.56

1.2 การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษา จึงได้ทำการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี รายละเอียด ดังนี้

วงล้อที่ 1 ระยะเวลา มีนาคม 2566 – กรกฎาคม 2566

Plan

1.รวบรวมข้อมูล ศึกษาคู่มือการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

2. ประชุมชี้แจงการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ แก่พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) และผู้ปฏิบัติงานในทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทันตกรรม กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักจิตวิทยา นักโภชนาการ เพื่อวางแผนดำเนินงาน

3. กำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลประจำรพ.สต และอสม.ในชุมชน

Do

1. ประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนดำเนินงาน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลประจำรพ.สต และอสม.ในชุมชน

2. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน เกี่ยวกับกลุ่มโรคพบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) เน้นภาวะสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม

3. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและจัดบริการผู้ป่วยแบบ One Stop Service มีทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

4. พัฒนาแนวปฏิบัติการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” ร่วมกันระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พยาบาล รพ.สต. และอสม. ดังนี้

4.1 ออกแบบคัดกรองเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชน โดยอสม./รพ.สต.

4.2 ออกแบบคัดกรองเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ โดยพยาบาลวิชาชีพ ทีมสหวิชาชีพ และวินิจฉัยโรคโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

4.3 พัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่อง และระบบส่งต่อกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

5. จัดกิจกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ “ร่มโพธิ์โมเดล” ดังนี้

5.1 คัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน, MOCA, MMSE, Comprehensive Geriatric Assessment

5.2 คัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโดยนักจิตวิทยา

5.3 ให้การวินิจฉัยและรักษาแบบองค์รวมโดยแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวและมีระบบการส่งต่อโรงพยาบาลปัตตานีหากต้องให้การวินิจฉัยรักษาเพิ่มเติม

5.4 ตรวจฟันโดยเจ้าหน้าที่ทันตกรรม

5.5 นัดส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพื่อทำการรักษา ฟื้นฟู โดยนักกายภาพบำบัด

5.6 พอกเข่าด้วยสมุนไพรในผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดข้อเข่า ข้อเข่าเสื่อม เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยแพทย์แผนไทย

5.7 นักโภชนาการให้คำปรึกษา แนะนำในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคอ้วน (Obesity)

Check

1. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม เข้ารับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุในช่วงมีนาคม 2566 – กรกฎาคม 2566 มีจำนวนทั้งหมด 58 ราย

2. ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้มในช่วงมีนาคม 2566 – กรกฎาคม 2566 ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 65.52%

Act

เมื่อนำผลพัฒนาไปใช้การเข้าถึงการบริการและการดูแล รักษาอย่างต่อเนื่อง ในคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” พบว่ายังไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายแต่สามารถพัฒนากระบวนการทำงานร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย

วงล้อที่2 ระยะเวลา สิงหาคม 2566 – ธันวาคม 2566

Plan

1. วิเคราะห์ปัญหาการจัดระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

2. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและประเมินปัญหาการระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากอุบัติการณ์และทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

3. กำหนดผู้รับผิดชอบเพิ่มเติมในการดำเนินงานคือ อปท.และภาคีเครือข่ายในชุมชนในชุมชน

4. ประชุมชี้แจงสถานการณ์การเข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ และการดูแลติดตามต่อเนื่อง แก่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พยาบาลประจำรพ.สต อสม. อปท.และภาคีเครือข่ายในชุมชน

Do

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมองวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการเข้าถึงระบบบริการและการดูแลรักษาต่อเนื่อง

2. ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” ให้ง่ายต่อการใช้งานและลดขั้นตอนซ้ำซ้อน ประหยัดเวลาในการปฏิบัติงาน

3. จัดกิจกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ “ร่มโพธิ์โมเดล” ดังนี้

3.1 คัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน, MOCA, MMSE, Comprehensive Geriatric Assessment

3.2 คัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโดยนักจิตวิทยา

3.3 ให้การวินิจฉัยและรักษาแบบองค์รวมโดยแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวและมีระบบการส่งต่อโรงพยาบาลปัตตานีหากต้องให้การวินิจฉัยรักษาเพิ่มเติม

3.4 ตรวจฟันโดยเจ้าหน้าที่ทันตกรรม

3.5 นัดส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพื่อทำการรักษา ฟื้นฟู โดยนักกายภาพบำบัด

3.6 พอกเข่าด้วยสมุนไพรในผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดข้อเข่า ข้อเข่าเสื่อม เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยแพทย์แผนไทย

3.7 นักโภชนาการให้คำปรึกษา แนะนำในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคอ้วน (Obesity)

4. ประสานอปท.และภาคีเครือข่ายในชุมชนในการสนับสนุนนำรถมาบริการรับส่งผู้ป่วยสูงอายุ

เพื่อเข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ และมาตามนัดเพื่อดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

5. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการคลินิกผู้สูงอายุทาง Website โรงพยาบาล, application LINE,และ Facebook

Check

1. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม เข้ารับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุในช่วงสิงหาคม 2566 – ธันวาคม 2566 มีจำนวนทั้งหมด 81ราย (เพิ่มขึ้น 13.34%)

2. ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้มในช่วงสิงหาคม 2566 – ธันวาคม 2566 ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 72.84%

Act

เมื่อนำผลพัฒนาไปใช้การเข้าถึงการบริการและการดูแล รักษาอย่างต่อเนื่อง ในคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” พบว่ายังไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายแต่สามารถพัฒนากระบวนการทำงานร่วมกับชุมชน ภาคีเครือข่าย และเพิ่มการทำงานเชิงรุก ออก Mobile Geriatric Clinic ในชุมชน

วงล้อที่ 3 ระยะเวลา มกราคม 2567 – เมษายน 2567

Plan

1. วิเคราะห์ปัญหาการจัดระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

2. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและประเมินปัญหาการะบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากอุบัติการณ์และทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

3. กำหนดผู้รับผิดชอบเพิ่มเติมในการดำเนินงานคือ อปท.และภาคีเครือข่ายในชุมชนในชุมชน

4. ประชุมชี้แจงสถานการณ์การเข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ และการดูแลติดตามต่อเนื่อง แก่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พยาบาลประจำรพ.สต อสม. อปท.และภาคีเครือข่ายในชุมชน

Do

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมองวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการเข้าถึงระบบบริการและการดูแลรักษาต่อเนื่อง

2. ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” ให้ง่ายต่อการใช้งานและลดขั้นตอนซ้ำซ้อน ประหยัดเวลาในการปฏิบัติงาน

3. จัดกิจกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ “ร่มโพธิ์โมเดล” ดังนี้

3.1 คัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน, MOCA, MMSE, Comprehensive Geriatric Assessment

3.2 คัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโดยนักจิตวิทยา

3.3 ให้การวินิจฉัยและรักษาแบบองค์รวมโดยแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวและมีระบบการส่งต่อโรงพยาบาลปัตตานีหากต้องให้การวินิจฉัยรักษาเพิ่มเติม

3.4 ตรวจฟันโดยเจ้าหน้าที่ทันตกรรม

3.5 นัดส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพื่อทำการรักษา ฟื้นฟู โดยนักกายภาพบำบัด

3.6 พอกเข่าด้วยสมุนไพรในผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดข้อเข่า ข้อเข่าเสื่อม เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยแพทย์แผนไทย

3.7 นักโภชนาการให้คำปรึกษา แนะนำในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคอ้วน (Obesity)

4. ประสานอปท.และภาคีเครือข่ายในชุมชนในการสนับสนุนนำรถมาบริการรับส่งผู้ป่วยสูงอายุ

เพื่อเข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ และมาตามนัดเพื่อดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

5. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการคลินิกผู้สูงอายุทาง Website โรงพยาบาล, application LINE, Facebook เพิ่มเติมวางแผนจัดทำคลิป VDO และหนังสั้นสำหรับประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและญาติให้ความสำคัญของการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndrome)

6. จัดกิจกรรมฟื้นฟูความจำกลุ่มภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย MCI (Mild Cognitive Impairment)

7. ออกตรวจเชิงรุก Mobile Geriatric Clinic ในชุมชนทุกตำบลของอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงระบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล”

8. นำเทคโนโลยีการดูแลแบบ Telemedicine เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องติดตามอาการในผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม ติดบ้านติดเตียง ร่วมกับ รพ.สต

Check

1. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม เข้ารับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุในช่วงมกราคม 2567 – เมษายน 2567 มีจำนวนทั้งหมด 119 ราย (เพิ่มขึ้น 30.78%)

2. ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้มในช่วงมกราคม 2567 – เมษายน 2567 ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 88.24%

Act

1.3 รูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุ “ROM PHO” Model

จากการดำเนินงานทำให้ มีการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุ “ROM PHO” Model ออกมาโดยมีการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่อำเภอโคกโพธิ์ เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างต่อเนื่องในคลินิกผู้สูงอายุ ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 รูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุ “ROM PHO” Model

จาก ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุ “ROM PHO” Model เป็นแนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม ที่เน้นทั้งการเข้าถึง การดูแลต่อเนื่อง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนี้

R – Referral มีระบบส่งต่อระหว่างชุมชนกับคลินิกผู้สูงอายุ รวมถึงการส่งต่อไปยังแพทย์เฉพาะทาง เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

O – Occasion Older Person เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ารับการคัดกรอง 9 ด้าน เพื่อลดภาวะสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้มในชุมชน

M – Mobile Clinic จัดบริการออกตรวจเชิงรุก (Mobile Geriatric Clinic) ถึงชุมชนทุกตำบล เพื่อลดอุปสรรคการเดินทางของผู้สูงอายุ

P – Participatory Team ใช้ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายทำงานแบบมีส่วนร่วม ทั้งโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. และอปท. ในทุกขั้นตอน

H – Holistic Care ให้การดูแลรักษาแบบองค์รวม ครอบคลุมกาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ ด้วยการประเมินและดูแลหลายมิติในคลินิกผู้สูงอายุ

O – Obtain on Quality of Life มุ่งผลลัพธ์สุดท้ายที่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในอำเภอโคกโพธิ์ ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัยและมีศักดิ์ศรี

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. ขับเคลื่อนกิจกรรมฟื้นฟูสมองเสื่อมในชมรมผู้สูงอายุร่วมกับอปท.และภาคีเครือข่ายในชุมชน

2. พัฒนารูปแบบสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ (E-BOOK) สำหรับประชาชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและตระหนักในการดูแลตนเอง (Self awareness)

2. ผลการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

วงล้อที่ 1

ตัวชี้วัดที่1 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม เข้ารับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น >20%

ตัวชี้วัดที่2 ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง >80%

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี วงรอบที่ 1

ข้อมูล	เกณฑ์	มีนาคม 2566 – กรกฎาคม 2566
ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม เข้ารับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	เพิ่มขึ้น > 20%	58 ราย -
ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	> 80%	65.52%

จากตารางแสดงให้เห็นว่าหลังจากมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุทำให้เริ่มมีระบบการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จำนวน 58 ราย แต่ก็ยังมีจำนวนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุในชุมชน

จากการทบทวนและติดตามผู้ป่วยพบว่าจำนวนกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้มที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 58 ราย มีการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.52%

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัญหาของเข้าถึงระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ และการดูแลรักษาติดตามในคลินิกอย่างต่อเนื่องนั้น สาเหตุมาจากข้อจำกัดของการเดินทางมาโรงพยาบาล ไม่มีรถ ไม่มีญาติพามาโรงพยาบาลจึงมีการวางแผนพัฒนากระบวนการทำงานร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่ายต่อไป

วงล้อที่ 2

ตัวชี้วัดที่1 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม เข้ารับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น >20%

ตัวชี้วัดที่2 ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง >80%

ตารางที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี วงรอบที่ 2

ข้อมูล	เกณฑ์	มีนาคม 2566 – กรกฎาคม 2566	สิงหาคม 2566 – ธันวาคม 2566
ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม เข้ารับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	เพิ่มขึ้น > 20%	58 ราย -	81 ราย เพิ่มขึ้น 13.34 %
ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	> 80%	65.52%	72.84%

จากตารางแสดงให้เห็นว่าหลังจากมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเป็นระยะเวลา 5 เดือน มีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม พลัดตกหกล้มรายใหม่ เข้ารับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุ 81 ราย ในช่วงเดือนสิงหาคม 2566 – ธันวาคม 2566 ถือว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 13.34 เมื่อเทียบกับจำนวนเดิม แต่ก็ยังน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุในชุมชน

จากการทบทวนและติดตามผู้ป่วยพบว่าจำนวนกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้มที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุรายใหม่ จำนวน81 ราย ในช่วงเดือนสิงหาคม 2566 – ธันวาคม 2566 มีการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.84%

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม ได้เข้ารับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุ และมีการดูแล รักษาในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีบริการรถรับส่งจาก รพ.สต. มายังโรงพยาบาลโคกโพธิ์ที่สนับสนุนโดยอปท. แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากยังมีข้อจำกัดของระยะทางในการมาโรงพยาบาล ข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุและญาติไม่สะดวกมาในวันนัด จึงมีการวางแผนพัฒนากระบวนการทำงานแบบเชิงรุกออกตรวจ Mobile Geriatric Clinic ในชุมชนในทุกพื้นที่ รพ.สต อำเภอโคกโพธิ์ การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบTelemedicine จัดทำหนังสั้นและคลิป VDO เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบ

องค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

วงล้อที่ 3

เมื่อนำผลพัฒนาไปใช้การเข้าถึงการบริการและการดูแล รักษาอย่างต่อเนื่อง ในคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” พบว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดและควรมีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดที่1 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม เข้ารับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น >20%

ตัวชี้วัดที่2 ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง >80%

ตารางที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี วงรอบที่ 3

ข้อมูล	เกณฑ์	มีนาคม 2566 – กรกฎาคม 2566	สิงหาคม 2566 – ธันวาคม 2566	มกราคม 2567 – เมษายน 2567
ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม เข้ารับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	เพิ่มขึ้น > 20%	58 ราย -	81 ราย เพิ่มขึ้น 13.34 %	119 ราย เพิ่มขึ้น 30.78 %
ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	มากกว่า 80%	65.52 %	72.84%	88.24%

จากตารางแสดงให้เห็นว่าในช่วงเดือนมกราคม 2567 – เมษายน 2567 มีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม พลัดตกหกล้มรายใหม่ เข้ารับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุ 119 ราย เพิ่มขึ้น 30.78% พบว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

จากการทบทวนและติดตามผู้ป่วยพบว่าจำนวนกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้มที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุรายใหม่ จำนวน 119 ราย ในช่วงเดือนมกราคม 2567 – เมษายน 2567 มีการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จำนวน 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.24%

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี มีวัตถุประสงค์เพื่อออกแบบการดูแลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี เพื่อคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน เน้นชะลอภาวะสมองเสื่อมและป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม ให้มีการดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสมองเสื่อม พลัดตกหกล้ม เริ่มจากการวางแผนการดำเนินงาน การตรวจสอบการดำเนินงานตามแผนและการปรับปรุงแก้ไข โดยได้ดำเนินงานระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2566 - เดือนเมษายน พ.ศ.2567 และได้ดำเนินการต่อเนื่องแล้วครบ 4 วงจร (PDCA)

ผลจากการศึกษา สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสมองเสื่อม พลัดตกหกล้มที่ได้รับการคัดกรอง 9 ด้านในชุมชนอำเภอโคกโพธิ์ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2566 - เดือนเมษายน พ.ศ.2567 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุในอำเภอโคกโพธิ์ที่ได้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุแล้วทั้งหมด 258 ราย แบ่งเป็น กลุ่มภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment : MCI) จำนวน 112 ราย คิดเป็นร้อย

ละ 43.41 กลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (Dementia) จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.26 กลุ่มเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (Falling) 213 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.56 นอกจากนี้ ยังพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้มเข้าถึงระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลโคกโพธิ์อยู่ในระดับน้อย ผู้ศึกษาได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ROM PHO” Model ขึ้น ซึ่งเป็นการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบด้วยระบบส่งต่อ (Referral) การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ารับการคัดกรอง 9 ด้านอย่างทั่วถึง (Occasion Older Person) โดยภาคีเครือข่ายทำงานแบบมีส่วนร่วม (Participatory Team) ให้การดูแลรักษาแบบองค์รวมทั้งกาย จิต และสังคม (Holistic Care) [4,5,6] ซึ่งเป็นการดำเนินการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและทีมภาคีเครือข่ายในชุมชนในอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการอำนวยความสะดวกเรื่องรถในการเดินทางมาคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และมีการออกบริการเชิงรุกในชุมชน (Mobile Geriatric clinic) มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจนทั้งในชุมชนเพื่อเข้ามายังคลินิกผู้สูงอายุและการส่งต่อไปยังแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพิ่มการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ความเสี่ยงสมองเสื่อมและภาวะพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง[7,8,9] จากการดำเนินงานพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวได้เข้าสู่ระบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวม “ร่มโพธิ์โมเดล” เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 และได้รับการดูแล รักษาอย่างต่อเนื่องในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลโคกโพธิ์มากกว่าร้อยละ 80 โดยผลการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้เครื่องมือคุณภาพ PDCA สู่การพัฒนารูปแบบการบริการ “ ROM PHO” Model พร้อมทั้งมีการประชาสัมพันธ์คลินิกให้ผู้สูงอายุในพื้นที่และญาติเห็นความสำคัญของการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม มีกิจกรรมฟื้นฟูสมองในกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม กิจกรรมฟื้นฟูป้องกันข้อเข่าเสื่อมเพื่อลดภาวะเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม มีการจัดทำ Mobile Geriatric clinic เชิงรุกในชุมชนแบบไร้รอยต่อ การทำกิจกรรมฟื้นฟูสมองในกลุ่มผู้ป่วย Mild Cognitive Impairment เพิ่มความสามารถในการเข้าถึงการดูแลผู้สูงอายุเพื่อคัดกรอง วินิจฉัย ส่งต่อแพทย์เฉพาะทางในรายที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างรวดเร็ว ชะลอภาวการณ์ติดบ้านติดเตียง ลดภาระลูกหลานในการดูแลผู้สูงอายุในบ้าน จนสามารถทำให้ผู้สูงอายุ “Obtain on Quality of life” หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของนิสิต บุญอะรัญ กองทิพย์ ปินะกาโน.(2567)[10] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่มีคุณภาพ อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด รูปแบบที่พัฒนาขึ้น เรียกว่า “ตุ้มโฮม โจมค้ำ หล่ำนำ ผู้สูงวัย” ผลการทดสอบทางสถิติของข้อมูลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า การทดสอบการเดินการทรงตัว (TUGT) และการประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 ส่วนปัญหาสายตา ปัญหาทันตสุขภาพ ยังไม่พบความแตกต่าง ผู้สูงอายุเข้าถึงการดูแลรักษาและส่งต่อมากขึ้น ความพึงพอใจต่อบริการคลินิกผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด (4.90 ± 0.28)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการขยายผลรูปแบบ ROMPHO Model ให้เป็นรูปแบบมาตรฐานของคลินิกผู้สูงอายุระดับอำเภอ โดยบูรณาการ Mobile Geriatric Clinic และ Telemedicine ควบคู่กับการคัดกรอง 9 ด้านอย่างต่อเนื่องในทุก รพ.สต. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและลดข้อจำกัดด้านการเดินทางของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม

2. ควรพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน ผ่านการอบรมต่อเนื่อง การพัฒนาสื่อสุขศึกษา เช่น คลิป VDO และ E-BOOK สำหรับผู้สูงอายุและญาติ รวมทั้งสนับสนุนบทบาท อปท. และชมรมผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมองและป้องกันการหกล้ม เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมยั่งยืนและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อสูงอายุ. คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน.บริษัทสินทวีการพิมพ์ จำกัด.2563
2. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อสูงอายุ. คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ.บริษัทสินทวีการพิมพ์ จำกัด.2563
2. สุธิศา ปิติญาณและ นภาพรเพ็งสอน. (20562). ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(3), 20-29.
3. จิตติมา บุญเกิด. การหกล้มในผู้สูงอายุ การป้องกันและการดูแลรักษาทางเวชศาสตร์ครอบครัว.บริษัทสหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992)จำกัด, กทม.2661
4 แดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์และคณะ. การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม. กรุงเทพ: ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548
5. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice Guidelines : Dementia). กรุงเทพ:ธนาเพลส จำกัด; 2447.
6. ปณิตา ลิมปะวัฒนะ. Preventive strategies of Dementia. ภาควิชาอายุศาตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยของแก่น
7. วรพรรณ เสนาณรงค์. (2559). รู้ทันสมองเสื่อม.กรุงเทพ: อมรินทร์สุขภาพ
8. กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. บริษัท บียอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่2). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
9. คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองพร่องในระยะต้น. พิมพ์ครั้งที่1. บริษัทไซเบอร์กรุ๊ป จำกัด; 2559
10. นิสิต บุญอะรัญ กองทิพย์ ปินะกาโน.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่มีคุณภาพ อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน Home Ward ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขตามบริบทของจังหวัดอุบลราชธานี

Development of a Home Ward Patient Care Model Based on Ministry of Public Health Policy in the Context of Ubon Ratchathani Province.

(Received: December 26,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ยศธน ทองมูล[1]
Yossadon Thongmoon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษานโยบาย แนวทาง และบริบทการดำเนินงาน Home Ward ในจังหวัดอุบลราชธานี (2) พัฒนารูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ (3) ประเมินประสิทธิผลด้านคุณภาพการดูแล ความพึงพอใจ และความสอดคล้องกับนโยบาย (4) สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการขยายผลทั่วจังหวัด ดำเนินการในโรงพยาบาล 27 แห่งในจังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเมษายน 2567 - กันยายน 2568 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย (1) ผู้ปฏิบัติงาน 215 คน (ก่อนพัฒนา 30 คน หลังพัฒนา 185 คน) (2) ผู้ป่วย/ผู้ดูแล 799 ราย (ก่อนพัฒนา 292 ราย หลังพัฒนา 507 ราย) เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการศึกษาเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์และบริบท จังหวัดอุบลราชธานีมีโรงพยาบาล 38 แห่ง เริ่มดำเนินงาน Home Ward ตั้งแต่ปี 2565 ครอบคลุม 10 กลุ่มโรค พบปัญหาหลัก 6 ด้าน คือ (1) ระบบบริการยังขาดความชัดเจน (2) บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดทักษะเฉพาะทาง (3) ระบบข้อมูลไม่สมบูรณ์ (4) อุปกรณ์และเทคโนโลยียังไม่ครบถ้วน (5) การเบิกจ่ายค่ารักษาไม่เต็มจำนวน (6) ต้องการภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลที่เข้มแข็ง 2) รูปแบบที่พัฒนา ประกอบด้วย (1) โครงสร้างทีมสหวิชาชีพ 7 สาขา (2) รูปแบบบริการ 3 แบบ (Step down, Refer back, Start at home) (3) เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยที่ชัดเจน (4) ระบบติดตามผ่าน A-MED และ Telehealth (5) กลไกการจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นธรรมผลลัพธ์ 3) หลังการพัฒนา คุณภาพการดูแล ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลลดจาก 10 วัน เหลือ 1 วัน อัตรากลับเข้ารักษาซ้ำลดลง 43.7% ต้นทุนการรักษาลดลง 37.7%ความพึงพอใจ: ผู้ป่วย/ญาติ มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (จาก $\bar{X}$=4.50 เป็น $\bar{X}$=4.52) ผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจด้านนโยบายองค์การ ($\bar{X}$=4.53) และด้านความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ($\bar{X}$=4.34)

คำสำคัญ: การนำนโยบายไปปฏิบัติ, การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน, Home Ward, การวิจัยและพัฒนา, จังหวัดอุบลราชธานี

Abstract

This research is a Research and Development (R&D) study with the objectives of (1) studying the policies, guidelines, and operational context of Home Wards in Ubon Ratchathani Province, (2) developing a service delivery model appropriate to the local context, (3) evaluating the effectiveness in terms of care quality, satisfaction, and policy alignment, and (4) synthesizing policy recommendations for expansion throughout the province. The study was conducted in 27 hospitals in Ubon Ratchathani Province between April 2024 and September 2025. The sample consisted of (1) 215 practitioners (30 before development, 185 after development) and (2) 799 patients/caregivers (292 before development, 507 after development). Research instruments included questionnaires, in-depth interviews, and document analysis. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and content analysis.

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

The research findings showed that 1) the situation and context... Ubon Ratchathani Province has 38 hospitals. Home Ward operations began in 2022, covering 10 disease groups. Six main problems were identified: (1) the service system lacks clarity; (2) there is insufficient personnel and a lack of specialized skills; (3) the data system is incomplete; (4) equipment and technology are not yet complete; (5) reimbursement of medical expenses is not in full; and (6) strong leadership and governance are needed. 2) The developed model includes: (1) a multidisciplinary team structure with 7 specialties; (2) three service models (Step down, Refer back, Start at home); (3) clear patient screening criteria; (4) a follow-up system via A-MED and Telehealth; and (5) a fair compensation mechanism. Outcomes: 3) After development, the quality of care and hospital stay duration decreased from 10 days to 1 day. The readmission rate decreased by 43.7%. Treatment costs decreased by 37.7%. Satisfaction: Patient/relative satisfaction increased (from ($\bar{X}$=4.50 to ($\bar{X}$==4.52). Practitioners... Satisfaction was high regarding organizational policies (($\bar{X}$=4.53) and the success in policy implementation ($\bar{X}$=4.34)
Keywords: policy implementation, home care, Home Ward, research and development, Ubon Ratchathani Province

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) เป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่เริ่มดำเนินการอย่างเป็นทางการในปีงบประมาณ 2565 โดยกรมสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน (2) ลดความแออัดในโรงพยาบาล (3) ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (4) ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว และ (5) เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) นโยบาย Home Ward เป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพที่มีมาตรฐานเทียบเคียงกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) แต่ดำเนินการที่บ้านของผู้ป่วย โดยมีทีมสหวิชาชีพคอยติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดผ่านระบบ Telehealth และการเยี่ยมบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) และหลักการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care)[1]

Home Ward คือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน โดยใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วยเสมือนจริง โดยเน้นการให้บริการทางการแพทย์เทียบเท่ากับโรงพยาบาล เพื่อลดวันนอน ลดต้นทุน และเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังและสูงอายุ ซึ่งการดำเนินงานจำเป็นจะต้องโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัวและผู้ดูแล หน่วยงานท้องถิ่น รวมไปถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานในการสนับสนุนงบประมาณและระบบข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของนงนภัทร รุ่งเนย และคณะ (2565)[2] พบว่าปัจจัยความยั่งยืนของนโยบาย Intermediate Care คือ การสนับสนุนผู้บริหาร นโยบายชัดเจน ระบบสารสนเทศ พัฒนาบุคลากร และทรัพยากรพร้อม และสอดคล้องกับ Aung และคณะ (2022)[3] ได้ศึกษาการนำรูปแบบ Community-integrated intermediary care (CIIC) ในการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าประสิทธิภาพของการผสานความร่วมมือระหว่างชุมชน รัฐ และอาสาสมัคร โดยรูปแบบนี้ไม่เพียงลดภาระของผู้ดูแลในครอบครัว แต่ยังช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับ กัลยา เกื้อกูล (2568)[4] พบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง เป็นทรัพยากรและระบบที่จาเป็นต่อการ

จัดบริการที่มีประสิทธิภาพ มี 4 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ บุคลากรผู้ดูแล การสนับสนุนจากหน่วยงาน การมีญาติที่ใกล้ชิด และการมีข้อมูลสารสนเทศ 2) องค์ประกอบในการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกลไกการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมและต่อเนื่องระยะยาว มี 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การเข้าถึงและการดูแลต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของญาติและผู้ดูแล และการดูแลเฉพาะด้าน และ 3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลระยาว เป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจและสังคม ด้านการลดภาระของญาติ และด้านความพึงพอใจ

นโยบาย Home Ward ของกระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินการในปี 2565 เพื่อเป็นการลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยปรับบริการทางการแพทย์ไปสู่การรักษาที่บ้าน (Home Base) มุ่งเน้นผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยดำเนินการผ่านระบบ Telemedicine จังหวัดอุบลราชธานี เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่ได้รับมอบหมายให้นำนโยบายไปปฏิบัติ โดยมีโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ เป็นโรงพยาบาลนำร่องในปี 2565 และในปี 2566-2568 มีการขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ทั้ง 25 แห่ง ตามแผนปฏิบัติราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ครอบคลุมบริการ Home Ward ทุกพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน Home Ward มีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน Home Ward ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขตามบริบทของจังหวัดอุบลราชธานี ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษานโยบาย แนวทาง และบริบทการดำเนินงานบริการ Home Ward ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี

2.เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการ Home Ward ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดอุบลราชธานี

3.เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการ Home Ward ที่พัฒนาขึ้นในด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

4.เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางขยายผลการดำเนินงาน Home Ward ให้ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) สถานที่ดำเนินการได้แก่ โรงพยาบาล 25 แห่งในจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 21 แห่ง ระหว่างเดือน เมษายน 2567 - กันยายน 2568 (รวม 18 เดือน)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้ปฏิบัติงาน คัดเลือกแบบเจาะจง ก่อนพัฒนา 30 คน หลังพัฒนา 185 คน รวมทั้งสิ้น: 215 คน ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ก่อนพัฒนาจำนวน 292 ราย หลังพัฒนาจำนวน 507 ราย รวมทั้งสิ้น 799 ราย การวิจัยเชิงคุณภาพคัดเลือกแบบเจาะจงในผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 2 คน ผู้รับผิดชอบงาน Service Plan จำนวน 3 คน และผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 27 คน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎี Van Meter & Van Horn[5] ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ (7 ด้าน, 45 ข้อ) ได้แก่ ด้านความชัดเจนของนโยบาย (4 ข้อ) ด้านความพร้อมทรัพยากร (3 ข้อ) ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงาน (6 ข้อ) ด้านการกำหนดภารกิจ (5 ข้อ) ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ (5 ข้อ) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (7 ข้อ) และด้านการให้บริการ (15 ข้อ)

ส่วนที่ 3 ประสิทธิผลการนำนโยบายไปปฏิบัติ (3 ด้าน, 15 ข้อ) ประกอบด้วยด้านประสิทธิผลการจัดบริการ (5 ข้อ)ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (5 ข้อ) และด้านความพึงพอใจ (5 ข้อ)

เกณฑ์การแปลผล

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 = ระดับดีมาก/มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 = ระดับดี/มาก

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 = ระดับปานกลาง

าเฉลี่ย 1.81-2.60 = ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 = ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

2. แบบสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยคำถามหลัก 8 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านเข้าใจนโยบาย Home Ward อย่างไร 2) มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างในการนำนโยบายไปปฏิบัติ 3) ท่านได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอย่างไร 4) รูปแบบการให้บริการในพื้นที่เป็นอย่างไร 5) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร 6) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างไร 7) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประสบความสำเร็จคืออะไร และ 8) ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) การหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหาสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีตัวแปร และพิจารณาความเหมาะสมของสำนวนภาษา ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ จุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) หลังจากนั้นนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยใช้สูตรของ Rovinelli and Hambleton (1977)[6] การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตร จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 มีเกณฑ์การพิจารณาคือ ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป คัดเลือกข้อคำถามนั้นไว้ใช้ได้ แต่ถ้าข้อคำถามใดมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรตัดทิ้งหรือพิจารณาแก้ไขปรับปรุงกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับแก้ไขจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวนหาค่าความเที่ยงของการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การเตรียมการ (เมษายน-มิถุนายน 2567) ขออนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดผ่านจริยธรรมการวิจัย (เลขที่ SSJ.UB 2564-042) ประสานงานโรงพยาบาล 27 แห่ง จัดประชุมชี้แจงโครงการ

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลก่อนพัฒนา (กรกฎาคม-สิงหาคม 2567) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณแบบสอบถาม 322 ชุดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพสัมภาษณ์ 32 คน ศึกษาเอกสารและข้อมูลทุติยภูมิ

ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบ (กันยายน 2567-มีนาคม 2568) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) 3 ครั้ง ศึกษาดูงาน 5 โรงพยาบาล

พัฒนารูปแบบผ่านกระบวนการ PDCAทดลองใช้รูปแบบในโรงพยาบาลนำร่อง

ระยะที่ 4 การขยายผลและเก็บข้อมูลหลังพัฒนา (เมษายน-สิงหาคม 2568)ขยายผลทุกโรงพยาบาลเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ: แบบสอบถาม 692 ชุดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ: สัมภาษณ์ติดตาม

ระยะที่ 5 การประเมินและสรุปผล (กันยายน 2568)วิเคราะห์ข้อมูลสังเคราะห์ข้อเสนอแนะจัดทำรายงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ สถิติพรรณนา ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)ค่าเฉลี่ย (Mean: $\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) สถิติอนุมาน สถิติที่ใช้ Paired t-test: เปรียบเทียบก่อน-หลังพัฒนา ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การจัดหมวดหมู่ข้อมูล (Categorization) การระบุประเด็นหลัก (Thematic Identification) การตีความและสร้างข้อสรุป (Interpretation)

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่รับรอง จริยธรรม SSJ.UB 2564-042 ลงวันที่ 24 เมษายน 2564

ผลการวิจัย

1. นโยบาย แนวทาง และบริบทการดำเนินงานบริการ Home Ward ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 215 คน ลักษณะทางประชากรประกอบด้วยเพศหญิง ร้อยละ 81.08 อายุเฉลี่ย 57 ปี (ช่วงอายุ 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 41.62) สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.78 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.89 อาชีพข้าราชการ ร้อยละ 81.62 ลักษณะการปฏิบัติงาน เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล ร้อยละ 62.16 พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต./PCU) ร้อยละ 28.11 เภสัชกร ร้อยละ 8.11 แพทย์ ร้อยละ 1.62 ประสบการณ์ > 1 ปี ร้อยละ 50.27 มีรูปแบบการจัดบริการ กลุ่มการพยาบาลรับผิดชอบ ร้อยละ 56.22 จัดตั้งหน่วยงานใหม่ ร้อยละ 25.41 กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม ร้อยละ 18.38 รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทน ค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ ร้อยละ 70.27 โอนเงินบำรุงให้ รพ.สต. ร้อยละ 18.38 จ่ายตรงให้เจ้าหน้าที่ ร้อยละ 11.35

ผู้ป่วย/ผู้ดูแล (n=799) ประกอบด้วยเพศหญิง ร้อยละ 68.24 อายุเฉลี่ย 54 ปี (ช่วง 21-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 99.21) สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.50 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 46.94 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 69.23 เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านด้วยกลุ่มโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.42 เบาหวาน ร้อยละ 38.66 แผลกดทับ ร้อยละ 1.58 COVID-19 ร้อยละ 1.58 ปอดอักเสบ ร้อยละ 0.79 ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 0.20

1.2 สถานการณ์ก่อนการพัฒนา พบว่ามีปัญหาและอุปสรรค 6 ด้าน ได้แก่ 1) ระบบบริการ ได้แก่ขาดความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติไม่มีแนวทางที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่การคัดกรองผู้ป่วยยังไม่มีเกณฑ์ชัดเจนการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลขาดความต่อเนื่อง 2) กำลังคน ได้แก่บุคลากรไม่เพียงพอ (ปัญหาอันดับ 1) ขาดทักษะเฉพาะทางไม่มีผู้รับผิดชอบชัดเจนภาระงานซ้ำซ้อน 3) ระบบข้อมูล ได้แก่ การบันทึกข้อมูลใน A-MED ไม่ครบถ้วน (ร้อยละ 65) ระบบล่มบ่อยการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานไม่ดีขาดระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ 4)

เทคโนโลยีและอุปกรณ์ ได้แก่อุปกรณ์ไม่ครบทุกหน่วย ($\bar{x}$=3.97) เครื่องวัดออกซิเจนขาดแคลน สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรการใช้ Line ในการติดต่อยังไม่เป็นระบบ 5) งบประมาณ ได้แก่ การบันทึกไม่ครบทำให้เบิกไม่ได้เต็มจำนวนไม่มีงบสนับสนุนพิเศษค่าใช้จ่ายเดินทางยังไม่ชัดเจน 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ได้แก่ การสื่อสารนโยบายยังไม่ทั่วถึงขาดการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลมีจำกัด

1.3 ระดับความพึงพอใจ ก่อนพัฒนา พบว่า

ผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจในระดับดีมากในด้านนโยบายองค์การ ($\bar{x}$ =4.52) และด้านลักษณะงาน ($\bar{x}$= 4.26) ระดับดี ได้แก่ ด้านอุปกรณ์และเทคโนโลยี ($\bar{x}$=3.97) และด้านความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ($\bar{x}$=4.16)

ผู้ดูแล/ผู้ป่วย มีระดับความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ =4.50) โดยมีความพึงพอใจในระดับดีมาก ในด้านได้รับยาและอุปกรณ์เพียงพอ ($\bar{x}$ =4.65) ด้านได้รับการติดตามและปรับเปลี่ยนการดูแล ($\bar{x}$=4.61) ด้านลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล ($\bar{x}$=4.60) ด้านความพึงพอใจในภาพรวม ($\bar{x}$=4.60) ด้านคำแนะนำกรณีฉุกเฉิน ($\bar{x}$ =4.54) และความรู้สึกปลอดภัย ($\bar{x}$ =4.52)

3. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการ Home Ward ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดอุบลราชธานี

3.1 กระบวนการพัฒนาใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ผ่านวงจร PDCA รายละเอียด ดังนี้

Plan (วางแผน) โดยการ 1) จัดประชุมชี้แจงนโยบาย (มิถุนายน 2567) 2) ศึกษาดูงาน 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลตระการพืชผล (ผลงานสูงสุดในประเทศ) โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ (โรงพยาบาลนำร่อง) โรงพยาบาลโพธิ์ไทร, สว่างวีระวงศ์ (โรงพยาบาล 30 เตียง) โรงพยาบาลตาลสุม (โรงพยาบาลที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้) 3)จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ Workshop 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและระดมความคิด ครั้งที่ 2 ออกแบบรูปแบบ ครั้งที่ 3 ทบทวนและปรับปรุง

Do (ปฏิบัติ) 1) ทดลองใช้รูปแบบในโรงพยาบาลนำร่อง 5 แห่ง (ตุลาคม-ธันวาคม 2567) 2) ปรับปรุงตามผลการทดลอง 3) ขยายผลทุกโรงพยาบาล (มกราคม-มีนาคม 2568)

Check (ตรวจสอบ) 1) ติดตามผลรายเดือน 2) ประเมินผลรายไตรมาส 3) จัดประชุม Cup Board ทุกเดือน

Act (ปรับปรุง) 1) สรุปบทเรียน 2) แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง 3) พัฒนาคู่มือปฏิบัติงาน

2.2 รูปแบบรูปแบบการจัดบริการ Home Ward ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดอุบลราชธานีที่พัฒนา ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 7 ส่วนได้แก่

1) โครงสร้างทีมทีมสหวิชาชีพ 7 สาขา:แพทย์ / แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวพยาบาลโรงพยาบาลผู้รับผิดชอบหลัก)พยาบาล รพ.สต. / PCUเภสัชกรโภชนากรนักกายภาพบำบัดนักวิชาการคอมพิวเตอร์

2) กลุ่มเป้าหมาย 10 กลุ่มโรคที่สามารถเบิกจาก สปสช. ประกอบด้วย 1) เบาหวาน (น้ำตาล > 300 mg/dL หรือ HbA1c > 11%) 2) ความดันโลหิตสูง 3) แผลกดทับ 4) ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 5) ปอดอักเสบ 6) ไส้ติ่งอักเสบหลังผ่าตัด 7) COVID-19 8) ความผิดปกติจากสารเสพติด 9) จิตเภท 10) ความผิดปกติทางอารมณ์

3) รูปแบบบริการ 3 แบบ

Step Down: เริ่มรักษาใน IPD ⟶ ย้ายไปรักษาที่บ้าน โดยมีโรงพยาบาลเดิมดูแลต่อเนื่อง

Refer Back: เริ่มรักษาโรงพยาบาลที่ 1 ส่งต่อโรงพยาบาลที่ 2 กลับมารักษาที่บ้านใกล้บ้าน

Step Up / Start at Home: เริ่มรักษาที่บ้านตั้งแต่แรก (จาก OPD/ER)

กรณีผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง

4) เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วย

เข้าเกณฑ์ อาการคงที่ พ้นระยะวิกฤตอยู่ในกลุ่มโรคที่กำหนดบ้านอยู่ในรัศมี 20 กมมีผู้ดูแลที่บ้านมีโทรศัพท์ติดต่อได้ครอบครัวยินยอม

ไม่เข้าเกณฑ์ อาการไม่คงที่ต้องการเครื่องช่วยชีวิตไม่มีผู้ดูแลครอบครัวไม่ยินยอม

5) ระบบติดตามและสื่อสาร

A-MED Platform: บันทึก Progress Note ติดตามตัวชี้วัดแจ้งเตือนอัตโนมัติรายงานผลการดำเนินงาน

Telehealth: Line Official AccountVideo Callส่งรูปภาพติดตามอาการ 2 ครั้ง/วัน

การเยี่ยมบ้าน: ตามแผนการรักษาเมื่อมีปัญหาก่อนจำหน่าย

6) อุปกรณ์พื้นฐาน อุปกรณ์ให้ยืม ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาล (DTX) ปรอทวัดไข้เครื่องวัดออกซิเจน (Pulse oximeter) ชุด Telemedicine (กรณีจำเป็น)

7) ระบบการจ่ายค่าตอบแทน

รูปแบบที่ 1 จ่าย OT นอกเวลาราชการ (ร้อยละ 70.27) วิธีการจ่ายตรงให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลคำนวณตามชั่วโมงปฏิบัติงาน

รูปแบบที่ 2 โอนเงินบำรุง (ร้อยละ 18.38) โอนให้ รพ.สต. เป็นเงินบำรุง รพ.สต. บริหารจัดการเอง

รูปแบบที่ 3 จ่ายตรง (ร้อยละ 11.35) จ่ายตรงให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่ผ่าน รพ.สต.

3. ผลลัพธ์หลังการพัฒนา

3.1 ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	การเปลี่ยนแปลง
ระยะเวลารักษาใน รพ.	10 วัน	1 วัน	ลดลง ร้อยละ 90
อัตรากลับเข้ารักษาซ้ำ (HT)	ร้อยละ 15.8	ร้อยละ 8.90	ลดลง ร้อยละ 43.7
ต้นทุนการรักษาต่อผู้ป่วย	45,600 บาท	28,400 บาท	ลดลง ร้อยละ 37.7
ค่าใช้จ่ายครอบครัว/วัน	500-2,000 บาท	0 บาท	ลดลง ร้อยละ 100
อัตราการใช้อุปกรณ์	-	ร้อยละ 90-100	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 90
จำนวนทีมสหวิชาชีพ	2 คน	7 คน	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 250

3.2 ระดับความพึงพอใจ หลังพัฒนา พบว่า

ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในระดับดีมาก ในด้านนโยบายองค์การ ($\bar{x}$ =4.53) และด้านลักษณะงาน ($\bar{x}$= 4.34) ระดับดี ได้แก่ ด้านอุปกรณ์และเทคโนโลยี ($\bar{x}$=4.20) และด้านความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ($\bar{x}$=4.18) ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.034) โดยเฉพาะด้านความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ: +0.18 (p=0.004) ด้านอุปกรณ์และเทคโนโลยี: +0.21 (p=0.002)

ผู้ดูแล/ผู้ป่วย มีระดับความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ =4.52) โดยมีความพึงพอใจในระดับดีมาก ในด้านได้รับยาและอุปกรณ์เพียงพอ ($\bar{x}$ =4.63) ด้านได้รับการติดตามและปรับเปลี่ยนการดูแล ($\bar{x}$=4.61) ด้านลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล ($\bar{x}$=4.59) ด้านความพึงพอใจในภาพรวม ($\bar{x}$=4.57) ด้านความรู้สึกปลอดภัย ($\bar{x}$

=4.54) ด้านการดูแลเหมาะสมกับอาการ ($\bar{x}$ =4.52) และด้านคำแนะนำกรณีฉุกเฉิน ($\bar{x}$ =4.52)

3.3 ผลการเปรียบเทียบก่อน-หลังพัฒนา (Paired t-test) พบว่า ความพึงพอใจผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.034) อุปกรณ์และเทคโนโลยีดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.002) ความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.004) ความพึงพอใจผู้ป่วยสูงตั้งแต่ก่อนพัฒนา คงที่ในระดับดีมาก (ไม่แตกต่างทางสถิติ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบก่อน-หลังพัฒนา (Paired t-test)

ตัวแปร	ก่อน ($\bar{X}$)	หลัง ($\bar{X}$)	t	p-value
ความพึงพอใจผู้ปฏิบัติงาน	4.23	4.31	2.145	0.034*
ความพึงพอใจผู้ป่วย	4.50	4.52	0.854	0.395
อุปกรณ์และเทคโนโลยี	3.97	4.18	3.256	0.002*
ความสำเร็จนำนโยบายไปปฏิบัติ	4.16	4.34	2.987	0.004*

*p < 0.05

3.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณ พบปัจจัยสำคัญ 7 ด้าน ได้แก่

1) ภาวะผู้นำและการสนับสนุนจากผู้บริหาร ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประกาศนโยบายชัดเจน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งให้การสนับสนุนแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบระดับจังหวัดจัดประชุม Cup Board ทุกเดือน

2) ความชัดเจนของนโยบายและแนวทาง ได้แก่ มีคู่มือแนวทางจากกรมการแพทย์ พัฒนาแนวปฏิบัติเฉพาะพื้นที่ มีเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยชัดเจน กำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละฝ่าย

3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ มีทีมครบทุกสาขาที่จำเป็น ประชุมทีมสม่ำเสมอ มีระบบการส่งต่อข้อมูลที่ดีประสานงานราบรื่น

4) ระบบสนับสนุนและเทคโนโลยี ($\bar{X}$=4.18) A-MED Platform ใช้งานได้ Telehealth ผ่าน Line สะดวกอุปกรณ์ครบถ้วนมากขึ้นแต่ยังต้องพัฒนาต่อเนื่อง

5) การมีส่วนร่วมของชุมชน ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ช่วยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ช่วยประสานงานการดูแลผู้ป่วยทำให้เครือข่ายชุมชนมีความเข้มแข็ง

6) ระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นธรรม มีหลายรูปแบบให้เลือก โดยยืดหยุ่นตามบริบทพื้นที่ทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจมากขึ้น

7) การกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการรายงานผลทุกเดือน พร้อมชี้แจงประชุม Cup Board สม่ำเสมอ เมื่อปัญหาในการทำงานแก้ไขปัญหาทันที และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล

4. ผลการนำนโยบายไปปฏิบัติตามทฤษฎี Van Meter & Van Horn ผลการวิจัยสอดคล้องกับทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Van Meter และ Van Horn (1975) ใน 6 ด้าน ได้แก่

4.1 วัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบาย จังหวัดอุบลราชธานีมีการกำหนดวัตถุประสงค์และเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยที่ชัดเจน ($\bar{X}$=4.53) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mazmanian และ Sabatier (1989) ที่ระบุว่าความชัดเจนของนโยบายเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ อย่างไรก็ตาม ยังพบความท้าทายในการปรับแนวทางให้เข้ากับบริบทแต่ละพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Bottom-Up Approach ที่เน้นความยืดหยุ่นในการปฏิบัติ

4.2 ทรัพยากรนโยบาย การขาดแคลนบุคลากร (ร้อยละ 80 ของผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่าเป็นปัญหาอันดับ 1) เป็นอุปสรรคสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pressman และ Wildavsky (1979) ที่พบว่าทรัพยากรที่ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุหลักของความล้มเหลว อย่างไรก็ตาม จังหวัดอุบลราชธานีสามารถแก้ปัญหาโดยบูรณาการกับ รพ.สต. และชุมชน ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่น่าสนใจ

4.3 การสื่อสารระหว่างองค์กร การใช้ A-MED Platform และ Telehealth ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร แต่ยังพบปัญหาการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน (ร้อยละ 35) ซึ่งส่งผลต่อการเบิกจ่ายค่ารักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Toole (1986) ที่พบว่าระบบสารสนเทศที่ไม่สมบูรณ์เป็นอุปสรรคสำคัญ

4.4 ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความพร้อมมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก (ส่วนต่างค่าเฉลี่ย 0.45) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของขีดความสามารถองค์กร สอดคล้องกับทฤษฎี Capacity Building ของ Ingraham และ Donahue (2000)

4.5 เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง บริบทชุมชนเกษตรกรรม (ร้อยละ 69.23) และการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.94) ส่งผลต่อความท้าทายในการใช้เทคโนโลยี แต่การมีส่วนร่วมของชุมชนแข็งแข็งช่วยชดเชย สอดคล้องกับแนวคิด Community-Based Care

4.6 ทัศนคติของผู้ปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติเชิงบวก ($\bar{X}$=4.53 ด้านนโยบายองค์การ) แต่กังวลเรื่องภาระงาน ($\bar{X}$=4.05 ด้านอุปสรรคต่องานปกติ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lipsky (2010) เกี่ยวกับ Street-Level Bureaucrats ที่มักประสบปัญหาภาระงานมากเกินไป

5. ประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนา

5.1 ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่ชัดเจน ได้แก่ 1) ระยะเวลารักษาลด ร้อยละ 90 (จาก 10 วัน เหลือ 1 วัน) 2) อัตรากลับเข้ารักษาซ้ำลด ร้อยละ 43.7 ต้นทุนลด ร้อยละ 37.7 (จาก 45,600 เป็น 28,400 บาท/ราย)

5.2 ด้านความพึงพอใจ ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลอยู่ในระดับดีมากทั้งก่อน ($\bar{X}$=4.50) และหลัง ($\bar{X}$=4.52) การพัฒนา แสดงให้เห็นว่า รูปแบบเดิมมีคุณภาพดีอยู่แล้ว ซึ่งเป็นฐานที่ดีสำหรับการพัฒนา การพัฒนาคงไว้ซึ่งคุณภาพ ขณะเดียวกันก็เพิ่มประสิทธิภาพด้านอื่น จุดที่ผู้ป่วยให้คะแนนสูงสุด คือ "ได้รับยาและอุปกรณ์เพียงพอ" ($\bar{X}$=4.63-4.65) สะท้อนความสำคัญของการสนับสนุนทรัพยากร

5.3 ความเหมาะสมของรูปแบบกับบริบท รูปแบบที่พัฒนามีความเหมาะสมกับบริบทในหลายประเด็นได้แก่ 1) มีการบูรณาการกับระบบสุขภาพปฐมภูมิการผนวก รพ.สต. เข้ามามีส่วนร่วม (ร้อยละ 28.11 ของทีมงาน) เป็นนวัตกรรมที่เฉพาะไทย ซึ่งแตกต่างจากโมเดลต่างประเทศที่มักใช้ Home Health Agency แยกต่างหาก ข้อดีคือใช้ประโยชน์จากโครงสร้างที่มีอยู่ลดต้นทุนเพิ่มการเข้าถึงในพื้นที่ห่างไกล 2) การมีส่วนร่วมของครอบครัว วัฒนธรรมไทยที่เน้นการดูแลกันในครอบครัวเป็นจุดแข็ง ผู้ดูแลมีความเต็มใจสูง (ร้อยละ 90) 3) มีความยืดหยุ่นในการปรับใช้ การมี 3 รูปแบบบริการ (Step Down, Refer Back, Start at Home) ช่วยให้สามารถปรับใช้กับบริบทที่หลากหลาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Adaptive Implementation 4) การใช้เทคโนโลยีที่เข้าถึงง่าย ได้แก่ การใช้ Line (แอปพลิเคชันที่คนไทยใช้กันแพร่หลาย) แทน Application พิเศษ ทำให้ง่ายต่อการใช้งาน ไม่ต้องฝึกอบรมมาก ประหยัดค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม ยังต้องพัฒนาเป็นระบบมากขึ้นเพื่อความปลอดภัยของข้อมูล

5.4 ข้อจำกัดที่ยังพบ แม้จะประสบความสำเร็จ แต่ยังมีข้อจำกัด 5 ประการที่ต้องพัฒนา ได้แก่

1) บุคลากรไม่เพียงพอ (ยังคงเป็นปัญหา)แม้จะมีการบูรณาการกับ รพ.สต. แต่ภาระงานยังสูง เนื่องจากต้องรับผิดชอบงานประจำควบคู่กันจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆบางพื้นที่ห่างไกลใช้เวลาเดินทางมาก ข้อเสนอแนะ 1.1) จัดสรรอัตรากำลังเฉพาะ 1.2) ใช้ Telemedicine มากขึ้น 3) พัฒนา Community Health Worker

2) ระบบข้อมูลยังไม่สมบูรณ์การบันทึกข้อมูลไม่ครบ (ร้อยละ 35) เนื่องจาก ระบบซับซ้อน ใช้เวลานาน ภาระงานมาก ข้อเสนอแนะ 1) ปรับปรุง UI/UX ของ A-MED 2) เพิ่มระบบแจ้งเตือน 3) จัดอบรมการใช้งาน 4)พัฒนา Mobile Application

3) การเบิกจ่ายไม่เต็มจำนวน การบันทึกไม่ครบทำให้เบิกไม่ได้เต็มจำนวน ส่งผลต่อรายได้โรงพยาบาลแรงจูงใจบุคลากร ความยั่งยืนของโครงการ ข้อเสนอแนะ 3.1) พัฒนาระบบการบันทึกให้ง่ายขึ้น 3.2) มี Data Verification Team 3.3) สร้างแรงจูงใจผ่านการประเมินผล

4) ความครอบคลุมของกลุ่มโรค ปัจจุบันครอบคลุม 10 กลุ่มโรค แต่ยังมีโรคอื่นที่น่าจะเหมาะสม เช่นโรคหัวใจ โรคไตมะเร็งระยะท้ายผู้ป่วยระยะฟื้นฟู ข้อเสนอแนะ 1) ศึกษาความเป็นไปได้ขยายกลุ่มโรค2ประสานกับ สปสช. เรื่องการเบิกจ่าย 3พัฒนา CPG เพิ่มเติม

5) การบูรณาการกับ Long Term Care Home Ward และ Long Term Care ยังแยกกันทำงาน ควรบูรณาการเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะยา ข้อเสนอแนะ 1) จัดทำระบบการส่งต่อที่ชัดเจน 2) ประสานนโยบาย LTC 3) พัฒนาทีมงานร่วมกัน

5.5 บทเรียนสำคัญ (Lessons Learned) จากการวิจัยครั้งนี้ได้บทเรียนสำคัญ 7 ประการ ได้แก่

1. ภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด การสนับสนุนจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลทำให้โครงการประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับทฤษฎี Transformational Leadership

2. การมีส่วนร่วมทำให้เกิดความเป็นเจ้าของ การใช้กระบวนการ PAR ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา ไม่ใช่แค่ผู้รับคำสั่ง

3. รูปแบบต้องยืดหยุ่นตามบริบทการกำหนดรูปแบบตายตัวไม่ได้ผล ต้องให้แต่ละพื้นที่ปรับใช้ตามความเหมาะสม

4. เทคโนโลยีต้องเรียบง่ายและเข้าถึงง่าย การใช้ Line ประสบความสำเร็จเพราะคนใช้งานคุ้นเคย ไม่ต้องเรียนรู้ใหม่

5. การบูรณาการเป็นกุญแจสู่ความยั่งยืนการผนวก รพ.สต. ชุมชน และครอบครัวทำให้โครงการยั่งยืนและลดต้นทุน

6. ข้อมูลเป็นพื้นฐานของการพัฒนาระบบข้อมูลที่ดีช่วยให้การตัดสินใจและการปรับปรุงมีประสิทธิภาพ

7. การพัฒนาต้องต่อเนื่องไม่มีรูปแบบที่สมบูรณ์แบบ ต้องปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามผลการประเมิน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน โดยเฉพาะบริบทชนบทไทย ลดระยะเวลารักษาร้อยละ 90 (จาก 10 วันเหลือ 1 วัน) ซึ่งสูงกว่า Leff et al. (2005)[7] ที่ลดลง ร้อยละ 50 ลดอัตรากลับเข้ารักษาซ้ำร้อยละ 43.7 สอดคล้องกับสมสมัย รัตนกรีฑากุล (2561)[8] และลดต้นทุนร้อยละ 37.7 (จาก 45,600 เป็น

28,400 บาทต่อราย) สอดคล้องกับ Caplan et al. (2012)[9] ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลคงระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 4.50 เป็น 4.52) ส่วนผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.034) โดยเฉพาะด้านนโยบายและเทคโนโลยี สอดคล้องกับแนวคิดทีมสหสาขา ปัจจัยความสำเร็จหลักคือ นโยบายชัดเจนจากระดับจังหวัด ระบบสารสนเทศติดตามต่อเนื่อง การพัฒนาบุคลากร และทรัพยากรเพียงพอ

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน Home Ward ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขตามบริบทของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่ารูปแบบดังกล่าว มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการบูรณาการกับระบบสุขภาพปฐมภูมิการผนวก รพ.สต. เข้ามามีส่วนร่วม (ร้อยละ 28.11 ของทีมงาน) ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโดยอาศัยโครงสร้างที่มีอยู่ ซึ่งเป็นการลดต้นทุนและเปิดโอกาสในการเข้าเข้าถึงการบริการในพื้นที่ห่างไกล ร่วมถึงมุ่งให้เกิดการมีส่วนรวมของของครอบครัว (ร้อยละ 90) สอดคล้องแนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ WHO (2015)[10] ซึ่งมี 3 รูปแบบบริการยืดหยุ่น (Step Down, Refer Back, Start at Home) แนวคิดการนำไปใช้แบบปรับตัว และใช้การสื่อสานผ่าน Line ที่เข้าถึงง่าย ลดการฝึกอบรม สนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง ลดการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิต[11]

อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยนี้ พบข้อจำกัดสำคัญได้แก่ บุคลากรไม่เพียงพอ ระบบข้อมูลไม่สมบูรณ์ (บันทึกไม่ครบร้อยละ 35) การเบิกจ่ายไม่เต็มจำนวน ครอบคลุมกลุ่มโรคจำกัด (10 กลุ่ม) และการบูรณาการกับการดูแลระยะยาว (LTC) ยังอยู่ในระดับต่ำ จึงควรมีการจัดสรรอัตรากำลังเฉพาะพัฒนาระบบการสื่อสาร telemedicine โดยการปรับปรุงส่วนต่อประสานผู้ใช้ของระบบ A-MED และพัฒนาแอปพลิเคชันติดตาม รวมถึงการสร้างทีมตรวจสอบข้อมูล โดยให้ความสำคัญกับการประสานงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อขยายกลุ่มโรคและแนวปฏิบัติทางคลินิกชัดเจน (CPG) และพัฒนาระบบส่งต่อกับ LTC ซึ่งจากงานวิจัยพบบทเรียนสำคัญ 7 ประการ เช่น ภาวะผู้นำแบบเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วมแบบวิจัยปฏิบัติการ รูปแบบยืดหยุ่น เทคโนโลยีเรียบง่าย และการบูรณาการเพื่อความยั่งยืน ข้อเสนอนโยบายคือ สนับสนุนงบประมาณผ่าน สปสช. พัฒนาแพลตฟอร์มข้อมูลกลาง อบรมบุคลากรทั่วประเทศ และประเมินผลอย่างต่อเนื่องด้วยวงจร PDCA เพื่อเป็นต้นแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิไทย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ขยายผลรูปแบบ Home Ward ไปยังโรงพยาบาลเอกชนและหน่วยบริการอื่นในจังหวัด
2. จัดทำ แนวทางการดำเนินงานมาตรฐาน (Home ward Guideline) ระดับเขตสุขภาพ 10
3. พัฒนาระบบ ติดตาม–ประเมินผล (Monitoring & Evaluation System) แบบต่อเนื่อง
4. จัดงบประมาณสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์และระบบสารสนเทศให้เพียงพอ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. จัดทำ หลักสูตรอบรมบุคลากร ด้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
2. พัฒนา ระบบสื่อสารออนไลน์/telehealth เพิ่มประสิทธิภาพติดตามอาการ
3. สนับสนุนอุปกรณ์พื้นฐาน เช่น เครื่องวัดความดัน, ชุดตรวจน้ำตาล ให้ครอบคลุมผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษา ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเชิงลึกแบบติดตามระยะยาว (Longitudinal Study)
2. ศึกษาค่าใช้จ่ายเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ Cost–effectiveness ของ Home ward

3. พัฒนา โมเดลการดูแลเฉพาะโรค เช่น Stroke, COPD, ผู้สูงอายุพึ่งพิง

4. เปรียบเทียบผลลัพธ์ Home ward ระหว่างจังหวัด/เขตสุขภาพต่างพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. (2565). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
3. Aung, M. N., Moolphate, S., Aung, T. N. N., Katonyoo, C., Nanthamongkolchai, S., Supakankunti, S., Patcharanarumol, W., Kengganpanich, M., Vapattanawong, P., Chaiyasong, S., Vorasiriamon, P., & Tangcharoensathien, V. (2022). Effectiveness of a community-integrated intermediary care (CIIC) service model to enhance family-based long-term care for Thai older adults in Chiang Mai, Thailand: A cluster-randomized controlled trial TCTR20190412004. Health Research Policy and Systems, 20(Suppl 1), Article 110.
4. กัลยา เกื้อกูล.(2568). รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ประเทศไทย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 10(4). 1-12
2. นงณภัทร รุ่งเนยและคณะ, 2565 การปฏิบัติการพยาบาล: การเสริมสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาของอาจารย์พยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชนนี สุพรรณบุรี, 5(1), 6-16.
5. Van Meter, Donald S. & Van Horn, Carl E. (1975). “The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework”. **Administration & Society.** 6(4) : 463.
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. Leff, B., et al. (2005). Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. Annals of Internal Medicine, 143(11), 798-808. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16330791/
8. สมสมัย รัตนกรีฑากุล สุรีย์รัตน์ ธนากิจ นิสากร กรุงไกรเพชร อริสรา ฤทธิ์งาม. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษานวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 26(1). 79 – 90
9. Caplan, G. A., et al. (2012). A meta-analysis of “hospital in the home”. Medical Journal of Australia, 197(9), 512-519.
10. World Health Organization (WHO). (2015). Family-centered care in long-term care in Asia.
11. World Health Organization (WHO). (2018). Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแผนส่งเสริมสุขภาพดีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร

EFFECTS OF A HEALTH LITERACY ENHANCEMENT PROGRAM COMBINED WITH A WELLNESS PLANNING ON HEALTH BEHAVIORS OF OLDER ADULTS IN MUEANG YASOTHON DISTRICT, YASOTHON PROVINCE

(Received: December 18,2025 ; Revised: December 20,2025 ; Accepted: December 22,2025)

กนกวรรณ ชาวอุบล[1] อารี บุตรสอน[2]
Kanokwan Chaoubon[1] Aree Butsorn[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแผนส่งเสริมสุขภาพดีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร จำนวน 83 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน คือ ผู้สูงอายุตำบลสำราญ อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร และ กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 43 คน คือ ผู้สูงอายุตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแผนส่งเสริมสุขภาพดี ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 10 กันยายน 2568 ถึงวันที่ 12 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test และหลังการทดลองโดยใช้สถิติ ANCOVA กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.5

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแผนส่งเสริมสุขภาพดีที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มุ่งพัฒนาความเข้าใจ การตัดสินใจ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. และการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มประชาชนหรือผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง พร้อมปรับกิจกรรมเสริมด้านการเข้าถึงข้อมูลและการโต้ตอบซักถาม เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว

คำสำคัญ: โปรแกรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุภาพ ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a health literacy enhancement program combined with a healthy lifestyle promotion plan on health behaviors among older adults in Mueang Yasothon District, Yasothon Province. The sample consisted of 83 older adults, divided into an experimental group (n = 40) from Samran Subdistrict and a comparison group (n = 43) from Nam Kham Yai Subdistrict, Mueang Yasothon District. The experimental group received the health literacy enhancement program combined with the healthy lifestyle promotion plan for 12 weeks, while the comparison group received routine care. Data were collected using questionnaires before and after the intervention between September 10 and December 12, 2025. Data were

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี Corresponding author: E-mail: aree.b@ubu.ac.th

analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, and the 25th and 75th percentiles. Compare the mean differences in variable scores before the experiment between the experimental and control groups using the Independent t-test and after the experiment using ANCOVA, with statistical significance set at 0.05.

The results showed that, after the intervention, both the experimental and comparison groups demonstrated significantly higher mean scores in health literacy related to understanding health information, health decision-making, application of health information, health behaviors based on the 3Es–2Rs–1F principle, and fall prevention behaviors compared with pre-intervention scores ($p < 0.05$). However, access to health information and services, as well as interactive communication for enhancing understanding, did not show statistically significant differences. After controlling for baseline scores, significant differences were found between the two groups in post-intervention mean scores of understanding health information and services, health decision-making, application of health information, health behaviors based on the 3Es–2Rs–1F principle, and fall prevention behaviors ($p < 0.05$). These findings indicate that the developed health literacy enhancement program combined with a healthy lifestyle promotion plan was effective in achieving its objectives. Therefore, this program should be continuously implemented among community-dwelling populations or older adults, with additional activities focusing on improving access to health information and interactive communication to enhance the long-term effectiveness of the program.

Keywords: Program, Health Literacy, Health Behavior, Older Adults

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แนวโน้มของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก จำนวนและสัดส่วนมีการเพิ่มขึ้น ในอัตราที่รวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรในปัจจุบันก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) กล่าวคือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด โดยจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ ในปี 2543 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียงร้อยละ 9.5 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มสูงขึ้นจนเข้าสู่ระดับก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ในปี 2553 (ร้อยละ 12.9) และเมื่อคาดการณ์ไปในอนาคต พบว่าปี 2573 มีแนวโน้มที่จะอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) นั่นคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี 2583 จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศไทยอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged society) สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลกรมการปกครอง ปี 2564 ผู้สูงอายุมีจำนวนทั้งสิ้น ร้อยละ 18.2 ของประชากรทั้งหมด เป็นผู้หญิง ร้อยละ 55.92 และผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 44.07 หากแบ่งเป็นกลุ่มวัย พบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ซึ่งมีจำนวนประมาณ 6.8 ล้านคน (ร้อยละ 56.4) รองลงมาคือกลุ่มวัยกลาง(อายุ 70-79 ปี) ประมาณ 3.5 ล้านคน (ร้อยละ 29.1) และกลุ่มวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) 1.8 ล้านคน (ร้อยละ 14.5) และเมื่อพิจารณา สัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดในแต่ละจังหวัดของประเทศไทย พบว่า มี 21 จังหวัดที่เข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2564) ในขณะเดียวกัน เขตสุขภาพที่ 10 มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปีในทิศทางเดียวกับภาพประเทศ โดยข้อมูลในปี 2564 เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 18 และคาดการณ์ว่าจะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 23.4 ในปี 2567 และมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเกือบ 1.6 ล้านคน หรือร้อยละ 33.2 ในปี 2573[1]

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแล

ตนเอง ครอบคลุมด้านต่าง ๆ คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ แม้โดยพื้นฐานพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุจะคล้ายกับกลุ่มวัยอื่น แต่ความแตกต่างที่สำคัญคือข้อจำกัดทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อถึงช่วงอายุที่มากขึ้น ความเสื่อมถอยของสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพลดลง เช่น การออกกำลังกายอาจต้องปรับให้เหมาะกับสภาพร่างกาย หรือการใช้ยาที่อาจซับซ้อนมากขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเฉพาะเจาะจง บวกกับข้อจำกัดในการฟัง การอ่าน และการสื่อสารทั้งการพูดและการเขียน มักพบว่าผู้สูงอายุ ไม่สามารถจดจำหรือเข้าใจคำแนะนำ ข้อมูลสุขภาพ หรือใบสั่งยาของแพทย์ ทั้งความสามารถ ในการดูแลตนเอง ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัย โดยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็น ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ โดยเฉพาะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจและดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องหาวิธีเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในทุกองค์ประกอบ ไม่ว่าจะเป็น การเข้าถึง การเข้าใจ และการใช้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อจะได้ตัดสินใจอย่างถูกต้องในการดูแลรักษาสุขภาพ ของตนเอง อันจะนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม[2]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหลายแนวคิดมาใช้เป็นรูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยจากการศึกษาในอดีต พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โดยผู้สูงอายุจะมีการเข้าถึง เข้าใจ สามารถเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง จนนำไปสู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง[3] ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้พวกเขาสามารถตัดสินใจและปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมได้ ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมส่งผลให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถปรับปรุงพัฒนาส่งเสริมเพื่อให้สามารถลดผลกระทบต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ สามารถเข้าถึงข้อมูลหลากหลายแหล่ง และเมื่อได้รับข้อมูลแล้วสามารถวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ[4] สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรพงษ์ ยิ่งดานุ่น ที่พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ผ่านการกระบวนการอบรม เพื่อการสร้างองค์ความรู้ พึ่งพาตนเองลดการ พึ่งพิงจากคนอื่น ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามกำลังความสามารถของตน[5] การส่งเสริมความรอบรู้ด้าน สุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ช่วย ให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม สุขภาพที่ดีขึ้นและคาดว่าจะส่งผลดีต่อสุขภาพในอนาคต[6] โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อาทิเช่น ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ เป็นสิ่งที่บ่งชี้ความเข้มแข็งหรือคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพของผู้สูงอายุได้[7] และการใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน เมื่อผู้สูงอายุได้นำไปปฏิบัติแล้วจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น ส่งผลดีต่อจิตใจทำให้มีกำลังใจที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและมุ่งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วย[8] งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมักมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เข้ารับการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ หรือใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุที่มีความรู้ไม่เพียงพออาจปฏิบัติตนผิดพลาด ซึ่งอาจนำไปสู่โรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยซ้ำซ้อน และการลดลงของคุณภาพชีวิต

จังหวัดยโสธรมีประชากร ผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 15.52 โดยแบ่งเป็นกลุ่มวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 56.55 รองลงมาคือกลุ่มวัยกลาง ร้อยละ 31.80 และกลุ่มวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 11.65 โดยในพื้นที่ อำเภอเมืองยโสธร มีประชากร 85,938 คน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 23.51 ของประชากรทั้งหมด โดยแบ่งเป็น กลุ่มวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 58.29 รองลงมาคือกลุ่มวัยกลาง(อายุ 70-79 ปี) ร้อยละ 30.89 และกลุ่มวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 10.82[9] โดยเมื่อจำแนกตามกลุ่มการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 87.07 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน คิดเป็นร้อยละ 12.12 และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 0.75[10] โดยจากผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ของอำเภอเมืองยโสธร พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ แยกรายพฤติกรรม 3 อันดับแรก คือ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านทันตกรรมและการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 27.06 รองลงมาคือพฤติกรรมไม่ผ่านเกณฑ์ด้านการรับประทานผักและผลไม้ 400 กรัม หรือ 5 ทัพพีต่อวัน ร้อยละ 20.10 และพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 19.75 โดยสำราญ พบพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ แยกรายพฤติกรรม 3 อันดับแรก คือ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านทันตกรรมและการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 45.15 รองลงมา คือพฤติกรรมไม่ผ่านเกณฑ์ด้านการรับประทานผักและผลไม้ 400 กรัม หรือ 5 ทัพพีต่อวัน ร้อยละ 32.82 และ พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 29.30[11] และจากรายงานการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน พบกลุ่มเสี่ยงจำแนกรายด้านประกอบด้วย ด้านความคิดความจำ คิดเป็นร้อยละ 10.84, ด้านการเคลื่อนไหวและความเสี่ยงหกล้ม ร้อยละ 18.64, ด้านการขาดสารอาหาร ร้อยละ 9.04, ด้านการมองเห็น ร้อยละ 26.35, ด้านการได้ยิน ร้อยละ 9.36, ด้านภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3.91, ด้านการกลั้นปัสสาวะ ร้อยละ 9.76, ด้านกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 10.34, และด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 28.07[10] ซึ่งผลการคัดกรองดังกล่าวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ทั้งสภาพร่างกาย และจิตใจ จึงมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยได้ง่าย รวมถึงทราบปัญหาเฉพาะด้านของผู้สูงอายุรายบุคคล เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ให้มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแผนส่งเสริมสุขภาพดีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร โดยประยุกต์จากคู่มือการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ สำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2021) ร่วมกับผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้ร่วมกับแผนส่งเสริมสุขภาพดี เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานผู้สูงอายุ เพื่อวางแผนการดำเนินงาน พัฒนางานผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป้าหมายเพื่อยกระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาระการดูแลของระบบสาธารณสุข การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับ

ผู้สูงอายุภายใต้แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแผนส่งเสริมสุขภาพดีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจการตัดสินใจด้านสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.2เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจการตัดสินใจด้านสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi– Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest–Posttest Design การเก็บข้อมูลและการดำเนินโปรแกรมจะใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 10 กันยายน 2568 ถึงวันที่ 12 ธันวาคม 2568 เพื่อให้สามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ขนาดตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[12] ได้ขนาดตัวอย่างได้ 34 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Burns, N., & Grove, S. K. [13] ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 43 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับแผนส่งเสริมสุขภาพดี ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ โดยประยุกต์จากคู่มือการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ สำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[14] ร่วมกับ คู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี(Wellness Plan) ของกรมอนามัย[15] ซึ่งประกอบด้วย 2 ชุดกิจกรรม และจัดให้มีกิจกรรมกระตุ้นเตือน สร้างแรงบันดาลใจในการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมด้วยชุดสื่อการให้ความรู้และคำปรึกษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นสื่อให้ความรู้ที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย เพื่อกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเรียนรู้ด้วยตนเองที่บ้าน รวมถึงการให้คำปรึกษารายบุคคลผ่านช่องทางไลน์ทุกสัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน สถานะภาพการสมรส รายได้ของครอบครัว ช่องทางการได้รับความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคประจำตัว สถานะทางสังคม ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 5 หัวข้อ คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพและการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ตอนที่ 3

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วย 2 หัวข้อ คือพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC รายข้อ ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลบึงแก อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.776 ความเข้าใจข้อมูลและและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ เท่ากับ 0.846 การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ เท่ากับ 0.808 การตัดสินใจด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.868 และ การประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.796 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปประชากร และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

2.1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ paired t-test

2.2 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ ANCOVA

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รหัสโครงการ UBU-REC 106/2568 ลงวันที่ 9 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.0 มีอายุเฉลี่ย 64.60 ปี (S.D. = 3.485 ปี) จบประถมศึกษา ร้อยละ 62.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 85.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.0 มีมัธยฐานของรายได้ 3,000 บาท (P_{25} = 2,000 บาท : P_{75} = 8,000 บาท) ได้รับความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 65.0 มี

โรคประจำตัว ร้อยละ 47.5 และมีสถานะทางสังคมเป็น อสม.หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 90.0 ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.5 มีอายุเฉลี่ย 66.26 ปี (S.D. = 5.024 ปี) จบประถมศึกษา ร้อยละ 55.8 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 69.8 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.4 มีมัธยฐานของรายได้ 3,500 บาท (P_{25} = 2,600 บาท : P_{75} = 10,000 บาท) ได้รับความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 69.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.1 และมีสถานะทางสังคมเป็น อสม.หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.1 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจการตัดสินใจด้านสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.095) หลังการทดลอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.858)

2.2 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้าใจข้อมูลและและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.004) หลังการทดลองเมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.004)

2.3 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.907) หลังการทดลอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.475)

2.4 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการตัดสินใจด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการตัดสินใจด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.002) หลังการทดลอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการตัดสินใจด้านสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.001)

2.5 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.355) หลังการทดลอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

2.6 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) หลังการทดลอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

2.7 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) หลังการทดลองเมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value= 0.002)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแผนส่งเสริมสุขภาพดีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร พบว่า จากการวิเคราะห์ข้อมูลองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังจากการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลเชิงบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจนในหลายองค์ประกอบ โดยเมื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนก่อนการทดลองแล้ว กลุ่มทดลองมีคะแนนหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ว่าจะเป็นในด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลทั้งในด้านความรู้ ทักษะการคิดวิเคราะห์ และการนำความรู้ไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวอาจเกิดจากการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวคิดเชิงพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กิจกรรมการเรียนรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม เช่น การให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย การสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมถึงการศึกษาบริบทพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมรายบุคคล ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมเกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น สามารถตั้งคำถาม วิเคราะห์ข้อมูลและตัดสินใจด้านสุขภาพได้ดีขึ้น ในด้านพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นพฤติกรรมสำคัญของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจความเสี่ยง เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และสามารถนำความรู้ไปใช้จริง เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย และการปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม อย่างไรก็ตาม ในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ พบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มเปรียบเทียบ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานการเข้าถึงบริการสุขภาพจากระบบสาธารณสุขในชุมชนที่ใกล้เคียงกันอยู่แล้ว เช่น การได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. เป็นประจำ ทำให้ความแตกต่างหลังการทดลองไม่เด่นชัดเท่าตัวแปรอื่นแต่ผลลัพธ์ในตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในด้านการตัดสินใจและการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเองและการป้องกันโรค

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ระบุว่า การพัฒนาความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินและนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ จะช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ ชัยมงคล[6] ที่พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่าดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรพงษ์ ยิ่งดานุ่น[5] ที่พบว่า ภายหลังการทดลองทักษะการเข้าถึงข้อมูล พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุต้องใช้เครื่องมือในการค้นหา ข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อออนไลน์ อาจจะต้องใช้เวลาในการเรียนรู้มากพอสมควร เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาอยู่รูปแบบของโทรศัพท์เคลื่อนที่ (Smartphone) ที่ต้องใช้ระบบปฏิบัติการที่มีความซับซ้อนในการใช้งาน โดยใช้คำสั่งอยู่ในแอปพลิเคชัน (Application) เพื่อสืบค้นข้อมูลที่ต้องการค้นหา จัดว่าเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ แต่ในส่วนของการใช้อุปกรณ์ประเภทสื่อสิ่งพิมพ์ สายด่วน และการขอคำปรึกษา ผู้สูงอายุนั้นยังคงสามารถพึ่งพาตนเองสืบค้นข้อมูลจากแหล่งดังกล่าวได้ดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแผนส่งเสริมสุขภาพดีนี้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ ความตระหนักรู้ และสามารถประยุกต์ใช้ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และสามารถจัดการกับอุปสรรคด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันได้จริง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืน สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง แต่อย่างไรก็ตาม การจัดกิจกรรมนี้ ควรมีการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุของแต่ละบุคคล แต่ละพื้นที่รวมทั้งพิจารณาสภาพร่างกายและการรับรู้ และเรียนรู้ของผู้สูงอายุร่วมด้วย[16]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1ควรขยายผลโปรแกรม ไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทความเสี่ยงคล้ายกัน จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลอย่างชัดเจนในการเพิ่มคะแนนด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ความเข้าใจข้อมูล การตัดสินใจ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ) และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (3อ. 2ส. 1ฟ. และการป้องกันการพลัดตกหกล้ม) ดังนั้น ควรขยายผลโปรแกรมดังกล่าวนี้ไปประยุกต์ใช้และขยายผลไปยังผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ในอำเภอเมืองยโสธรและพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1.2การมุ่งเน้นองค์ประกอบที่ไม่มีความแตกต่าง แม้ว่าโปรแกรมจะประสบความสำเร็จในหลายด้าน แต่ควรพิจารณาปรับปรุงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ โดยออกแบบกิจกรรมที่เน้นการใช้สื่อดิจิทัลหรือแหล่งข้อมูลทางเลือกอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและใช้งานได้ด้วยตนเองมากขึ้น นอกเหนือจากการได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ตามปกติ เพื่อให้เกิดความแตกต่างที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

1.3ควรมีการติดตามและประเมินผลแผนส่งเสริมสุขภาพดีรายบุคคล (Wellness Plan) ที่ผู้สูงอายุจัดทำขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการติดตามผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังสิ้นสุดโครงการ 12 สัปดาห์ เพื่อให้การปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเกิดขึ้นอย่างยั่งยืน รวมถึงปรับปรุงกระบวนการ แนวทางดำเนินงานให้เหมาะสมกับเทคโนโลยี สถานการณ์ปัจจุบัน และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่เปลี่ยนแปลงไป

1.4 ควรบูรณาการโปรแกรมเข้ากับบริบทกิจกรรม หรืองานประจำของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างเป็นระบบ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 มีการศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาว โดยเพิ่มระยะเวลาในการติดตาม ประเมินผลในระยะยาว 6 เดือน หรือ 1 ปี หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุ

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ และมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ ปัจจัยทางสังคม เพื่อทำความเข้าใจถึงกลไกภายในที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

2.3 ควรขยายขอบเขตการวิจัยไปยังกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หรือผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเฉพาะเจาะจง เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น หรือขยายกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้น เช่น เพิ่มจำนวนกลุ่มเป้าหมาย เปรียบเทียบกับชุมชนอื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อศึกษาความแตกต่างและความเหมาะสมของโปรแกรมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

2.4 ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการติดตามที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นการติดตามเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาผ่านสื่อออนไลน์หรือโทรศัพท์ เพื่อค้นหารูปแบบการติดตามที่เหมาะสมที่สุดและคุ้มค่าที่สุดในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.5 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงลึกของพฤติกรรม ทำความเข้าใจถึงกระบวนการเรียนรู้และกลไกภายในที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านการตัดสินใจและการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งครอบคลุม และสะท้อนความเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.6 ควรมีการศึกษาด้านความคุ้มทุนของโปรแกรมนี้ เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจสำหรับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ต่อไปการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในมิติความต่างเชิงพื้นที่ พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2564.
2. สมบัติ บุญโต. (2566). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 8(2).
3. ฐิทธการ ประพากรณ์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกะเหรี่ยง. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 48(1), 76.
4. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259-267.

5. ภัทรพงษ์ ยิ่งดำนุ่น. (2567). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในเทศบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 4(2), 43-57.
6. พรพรรณ ชัยมงคล. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 15(3).
7. จิตนธี ริชชี่ & สุภาภรณ์ จองคำาอาง(2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุกึ่งเมือง จังหวัดเชียงใหม่.วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ, 32.
8. เดือนธิดา ศรีเสมอ,วรรณภา อินต๊ะราชา(2564). ประสิทธิผลของการใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10, 9(1), 87.
9. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ. (2567)ฐานข้อมูล HDC. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. ข้อมูล ณ 31 ตุลาคม 2567
10. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). โปรแกรม 3หมอรู้จักคุณ : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ข้อมูล ณ 27 พฤศจิกายน 2567
11. กรมอนามัย. (2565). ข้อมูลจากโปรแกรม สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ Bluebook Application, ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2565
12. Lemeshow, Stanley. WHO ; Date. Chichester [England] ; New York : J. Wiley for the World Health Organization, 1990. ; Description. xii, 239 p. : ill.
13. Burns, N., & Grove, S. K. (2009). The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence (6th ed.). Mosby.
14. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2564). คู่มือการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, นิวธรรมดาการพิมพ์(ประเทศไทย). 2564.
15. กรมอนามัย.(2565) “คู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)”. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
16. สมทรง พุ่มประเสริฐ, & สุรัตน์ อนันทสุข. 2566). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม หลัก 3อ. 2ส. ในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(4), 1023-1032.

การพัฒนารูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

Development of a Denture Service Model in Subdistrict Health Promoting Hospitals Based on the Context of Uthumphon Phisai District, Sisaket Province.

(Received: December 18,2025 ; Revised: December 20,2025 ; Accepted: December 22,2025)

นิตยา วีระไวทยะ[1]
NITTAYA VIRAVAIDYA[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ และ 3) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 85 คน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องฟันเทียม ทัศนคติต่อฟันเทียม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ใส่ฟันเทียม การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ใส่ฟันเทียม การรับรู้ประโยชน์ของฟันเทียม การรับรู้อุปสรรคของการใส่ฟันเทียม แรงสนับสนุนทางสังคมในการใส่ฟันเทียม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การใส่ฟันเทียม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

Abstract

This research aimed to: (1) examine the factors influencing the utilization of denture services in Subdistrict Health Promoting Hospitals (HPHs) within the context of Uthumphon Phisai District, Sisaket Province; (2) develop a context-based denture service model for HPHs; and (3) study the effects of the developed model. The study consisted of three phases. A quasi-experimental study was conducted to evaluate the effectiveness of the developed model among 85 residents within the study area. Paired t-test was used to compare pre- and post-intervention mean scores.

Results: After the intervention, participants showed statistically significant improvements ($p < 0.05$) in knowledge of dentures, attitudes toward dentures, perceived susceptibility and severity of not wearing dentures, perceived benefits, perceived barriers, social support, and oral health care behaviors.

Keywords: Model Development, Denture Placement, Tambon Health Promoting Hospital

บทนำ

จากรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 9 ของประเทศไทย ปี 2566 พบว่าสถานการณ์การมีฟันถาวรใช้งานของประชากรผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ต้องให้ความสำคัญ โดยในกลุ่มผู้สูงอายุอายุ 60–74 ปี มีฟันถาวรเฉลี่ย 19.6 ซี่ต่อคน ร้อยละ 60.9 มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และ ร้อยละ 43.7 มีฟันหลังสบกันอย่าง

[1] กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

น้อย 4 คู่สบ ขณะที่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80–85 ปี มีฟันถาวรเฉลี่ยเพียง 11.7 ซี่ต่อคน ร้อยละ 27.7 มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และร้อยละ 15.7 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ สะท้อนให้เห็นว่าการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.2 ในกลุ่มอายุ 60–74 ปี และร้อยละ 23.1 ในกลุ่มอายุ 80–85 ปี มีภาวะสูญเสียฟันทั้งปาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเคี้ยวอาหาร โภชนาการ และคุณภาพชีวิตในระยะยาว เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในพื้นที่อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าผู้สูงอายุมีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 66.48 และ ร้อยละ 50.22 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ แม้จะมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าระดับประเทศ แต่ยังคงมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่สูญเสียฟันหลายซี่ และจำเป็นต้องได้รับการใส่ฟันเทียมทดแทนเพื่อฟื้นฟูการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวและคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ให้สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมในการใส่ฟันเทียม ครอบคลุมสิทธิบัตรทอง สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่น รวมถึงสิทธิประกันสังคม ซึ่งส่งผลให้มีประชาชนเข้ามารับบริการใส่ฟันเทียมในหน่วยบริการของรัฐเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] หากปัญหาการสูญเสียฟันและการขาดการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุในระยะยาว โดยเฉพาะด้านโภชนาการ เนื่องจากการสูญเสียฟันทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เลือกบริโภคอาหารอ่อนและย่อยง่าย ซึ่งมักมีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ นำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักลด และเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันหลายซี่หรือไม่มีฟันยังมักประสบปัญหาด้านการพูดและความมั่นใจในตนเอง ทำให้หลีกเลี่ยงการเข้าสังคมและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย[2] หากไม่มีการพัฒนาและขยายบริการใส่ฟันเทียมในระดับชุมชนอย่างทั่วถึง ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภออุทุมพรพิสัยและพื้นที่อื่น ๆ ลดลงอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มภาระต่อระบบสาธารณสุขของประเทศในอนาคต[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุมีหลายประการ ทั้งด้านส่วนบุคคล ด้านเศรษฐกิจสังคม และด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนฟันแท้ที่เหลืออยู่ และจำนวนคู่สบฟันหลัง เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียม[4] นอกจากนี้ การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการใส่ฟันเทียม และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลช่องปาก ก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้บริการฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งปัจจัยด้านการบริการ เช่น ความสะดวกในการเข้าถึง การให้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ และคุณภาพการบริการของทันตบุคลากร ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในการรับบริการมากขึ้น[5] ส่วนปัจจัยเชิงสภาพแวดล้อม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนก็มีบทบาทในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง[6] ในส่วนของแนวทางและรูปแบบการใส่ฟันเทียม พบว่ามีการพัฒนาหลายแนวทางเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ขณะที่อุมาพร รุ่งรัศมีทวีมานะ[7] ได้พัฒนาระบบบริการทันตกรรมเชิงรุกในสถานประกอบการสำหรับผู้ประกันตน ซึ่งเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมจากร้อยละ 3.29 เป็นร้อยละ 7.4 และผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับสูง เช่นเดียวกับสิริรัตน์ วีระเดช และละอองดาว วงศ์อำมาตย์[8] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบของหลักสูตรการดูแลสุขภาพช่อง

ปาก กิจกรรมชมรม และการติดตามประเมินผลจากเครือข่ายบริการในพื้นที่ ซึ่งช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับประสิทธิผลของรูปแบบการใส่ฟันเทียม พบว่าการดำเนินโครงการฟันเทียมพระราชทานช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพการบดเคี้ยวและปรับปรุงภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน[9] ในขณะที่งานของฉวีวรรณ ภักดีธนากุล[10] ชี้ให้เห็นว่าการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การเปลี่ยน O-ring และ metal housing ในฟันเทียมยึดด้วยรากเทียม ช่วยเพิ่มเสถียรภาพของฟันเทียมและลดอาการเจ็บในช่องปาก ส่วนหยาดฝน พลศรี[11] พบว่าการใช้กาวติดฟันเทียมสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและความพึงพอใจในการใช้งาน โดยเฉพาะในผู้ที่มีฟันเทียมคุณภาพดี นอกจากนี้ ยูลีธี ลิเก และคณะ[12] ยังรายงานว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมบางส่วนสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลฟันเทียมได้อย่างมีประสิทธิผล โดยมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษาทั้งหมดนี้สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาแนวทางและรูปแบบการให้บริการฟันเทียมที่ครอบคลุมทั้งด้านการเข้าถึง การมีส่วนร่วมของชุมชน และการติดตามต่อเนื่อง มีส่วนสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะช่องปากของผู้สูงอายุไทยได้อย่างยั่งยืน

อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ มีประชากรทั้งหมดประมาณ 104,949 คน โดยจากข้อมูลการสำรวจของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย และ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย พบว่ามีผู้ที่มีความต้องการใส่ฟันเทียมจากการสูญเสียฟันแท้ประมาณ 9,800 คน คิดเป็นร้อยละ 9.3 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการสูญเสียฟัน ไม่ว่าจะเป็นวัยทำงานหรือผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่สูญเสียฟันหลายซี่ทำให้ไม่สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ ปัญหาการสูญเสียฟันและการไม่ได้รับการใส่ฟันเทียมก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ผู้ที่สูญเสียฟันหลายซี่จะมีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวลดลง ทำให้รับประทานอาหารแข็งหรือหยาบไม่ได้ เกิดปัญหาการย่อยอาหารและภาวะขาดสารอาหาร โดยเฉพาะโปรตีนและวิตามินสำคัญ ส่งผลให้สุขภาพโดยรวมเสื่อมลง[13] ด้านจิตใจ ผู้ที่สูญเสียฟันมักรู้สึกขาดความมั่นใจในการพูด การยิ้ม และการเข้าสังคม เกิดความรู้สึกอายและหลีกเลี่ยงการพบปะผู้อื่น ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะเครียดหรือซึมเศร้า ด้านสังคม การขาดฟันหรือการไม่ใส่ฟันเทียมทำให้บุคคลมีข้อจำกัดในการร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การรับประทานอาหารร่วมกันในงานบุญ งานประเพณี หรือกิจกรรมชุมชน ส่งผลให้รู้สึกโดดเดี่ยวและลดบทบาทในสังคม ด้านเศรษฐกิจและประเทศชาติ ผู้ที่ไม่ได้รับการใส่ฟันเทียมอาจมีภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยเร็วขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลมากขึ้น เป็นภาระต่อระบบสาธารณสุข และลดศักยภาพในการทำงานของแรงงานในชุมชน[13] ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการบริการใส่ฟันเทียมเชิงรุกสำหรับผู้ที่สูญเสียฟันแท้ในพื้นที่อำเภออุทุมพรพิสัยจึงมีความสำคัญ เพื่อให้กลุ่มประชากรที่มีความต้องการใส่ฟันเทียมสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้อย่างทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพช่องปาก เพิ่มคุณภาพชีวิตและความมั่นใจในสังคม ทั้งยังสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพช่องปากของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566–2570 ที่มุ่งส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้ที่สูญเสียฟันแท้ เข้าถึงบริการฟันเทียมที่มีคุณภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2.3 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิในการรักษา ผู้พาไปรับบริการ และจำนวนฟันแท้จำนวนฟันคู่สบมีอิทธิพลต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องฟันเทียม ทัศนคติต่อฟันเทียม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ใส่ฟันเทียม การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ใส่ฟันเทียม การรับรู้ประโยชน์ของฟันเทียม การรับรู้อุปสรรคของการใส่ฟันเทียม แรงสนับสนุนทางสังคมในการใส่ฟันเทียม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมีอิทธิพลต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

3. หลังได้รับโปรแกรมการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องฟันเทียม ทัศนคติต่อฟันเทียม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ใส่ฟันเทียม การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ใส่ฟันเทียม การรับรู้ประโยชน์ของฟันเทียม การรับรู้อุปสรรคของการใส่ฟันเทียม แรงสนับสนุนทางสังคมในการใส่ฟันเทียม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ รูปแบบวิธีการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่สูญเสียฟันแท้ในเขตอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 164 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2568 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2568 วิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายด้วยสถิติ Multiple logistic regression ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[14] ร่วมกับการนำทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) จำนวน 2 วงรอบ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2568 จำนวน 16 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยทันตแพทย์ ทันตาภิบาล นักวิชาการสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือคนไข้/พนักงานบริการ รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ฟันเทียมและญาติผู้ป่วย รวม 54 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 3 เป็น

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 85 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงคุณภาพ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงปริมาณ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากข้อมูลมีการกระจายมากทดสอบความโค้งไม่ปกติ ให้ใช้ค่ามัธยฐาน และเปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Inferential Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ รายตัวแปร (Univariate) โดยทำการวิเคราะห์ Simple logistic regression ประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 ของ Crud Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

3. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Inferential Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยทำการวิเคราะห์ซึ่งใช้สถิติเชิงอนุมานใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้นหลายตัวแปร multiple logistic regression ประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ Adjusted Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลจากการสำรวจพื้นที่ บริบทของพื้นที่ คุณลักษณะส่วนบุคคล แหล่งทรัพยากรต่างๆ ภายในของพื้นที่ ข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรและสถานการณ์การใส่ฟันเทียมวิเคราะห์และนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ การนำเสนอด้วยรูปภาพ และการเขียนอธิบายประกอบความเรียง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม การระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ตามประเด็นคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลจากการจดบันทึก การสังเกต และการถอดเทปบันทึกเสียง การนำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่ตามแนวทางของเครื่องมือที่ใช้และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในหมวดหมู่ของคำตอบที่ได้เพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อพิสูจน์ที่ถูกต้องและอยู่ในบริบทของพื้นที่ในการอธิบายปรากฏการณ์ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน เปอร์เซนไทล์ที่ 25 และเปอร์เซนไทล์ที่ 75

2. การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องฟันเทียม ทัศนคติต่อฟันเทียม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ใส่ฟันเทียม การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ใส่ฟันเทียม การรับรู้ประโยชน์ของฟันเทียม การรับรู้อุปสรรคของการใส่ฟันเทียม แรงสนับสนุนทางสังคมในการใส่ฟันเทียม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้สถิติ pair t-test นำเสนอด้วยค่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Un-adjusted mean difference) และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มที่ใส่ฟันเทียมเป็นเพศชาย ร้อยละ 52.5 มีอายุเฉลี่ย 67.09 ปี (S.D.= 6.86) ส่วนใหญ่มีอายุไม่เกิน 65 ปี ร้อยละ 50.0 มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 59.8 และประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 64.6 มีค่ามัธยฐานรายได้ 30,000 บาท (P_{25}=18,000, P_{75}=31,750) มีสิทธิในการรักษา ร้อยละ 84.1 และมีผู้พาไปรับบริการ ร้อยละ 56.1 และมีฟันธรรมชาติน้อยกว่า 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่ ร้อยละ 17.1 ตามลำดับ กลุ่มที่ไม่ใส่ฟันเทียมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.5 มีอายุเฉลี่ย 66.85 ปี (S.D.=7.23) ส่วนใหญ่มีอายุไม่เกิน 65 ปี ร้อยละ 50.0 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 59.8 และประกอบอาชีพอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เกษตรกรรม ร้อยละ 64.6 มีค่ามัธยฐานรายได้ 29,000 บาท (P_{25}= 12,000, P_{75}=50,000) มีสิทธิในการรักษา ร้อยละ 84.1 และไม่มีผู้พาไปรับบริการ ร้อยละ 56.1 และมีฟันธรรมชาติน้อยกว่า 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่ ร้อยละ 100 ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ มี 5 ตัวแปร ที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพอาชีพ สิทธิในการรักษา ความรู้เรื่องฟันเทียม และแรงสนับสนุนทางสังคมในการใส่ฟันเทียม โดยพบว่า ประชาชนที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษามีโอกาสที่จะใส่ฟันเทียมมากกว่าประชาชนทีการศึกษาประถมศึกษา เป็น 2.02 เท่า (AOR=0.202 ,95%CI=1.76-4.15) ประชาชนทีมีการประกอบอาชีพมีโอกาสที่จะใส่ฟันเทียมมากกว่าประชาชนทีไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็น 2.67 เท่า (AOR=2.67 ,95%CI=1.97-7.13) ประชาชนทีมีสิทธิในการรักษามีโอกาสที่จะใส่ฟันเทียมมากกว่าประชาชนทีไม่มีสิทธิในการรักษา เป็น 18.18 เท่า (AOR=18.18 ,95%CI=11.28-42.97) ประชาชนทีมีความรู้เรื่องฟันเทียมในระดับสูงมีโอกาสที่จะใส่ฟันเทียมมากกว่าประชาชนทีมีความรู้เรื่องฟันเทียมในระดับต่ำ เป็น 1.78 เท่า (AOR=1.78 ,95%CI=1.24-3.87) และประชาชนทีมีแรงสนับสนุนทางสังคมในการใส่ฟันเทียมมากมีโอกาสที่จะใส่ฟันเทียมมากกว่าประชาชนทีมีแรงสนับสนุนทางสังคมในการใส่ฟันเทียมน้อย เป็น 1.56 เท่า (AOR=1.56 ,95%CI=1.16-4.22)

3. ผลการพัฒนารูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ได้รูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

3.1 การให้บริการแบบบูรณาการ (Integrated Dental Service) หมายถึง รูปแบบการจัดบริการด้านทันตสุขภาพที่มีการเชื่อมโยงและประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทุกระดับ ทั้งโรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อให้การให้บริการฟันเทียมเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และ

ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในทุกมิติ ตั้งแต่การคัดกรองผู้ที่ต้องการใส่ฟันเทียม การตรวจประเมินช่องปาก การผลิตและใส่ฟันเทียม การให้ความรู้ การติดตามผลหลังการรักษา ตลอดจนการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ การบูรณาการดังกล่าวช่วยลดความซ้ำซ้อนของการทำงาน เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และสร้างระบบดูแลสุขภาพช่องปากที่เข้มแข็งในระดับชุมชนอย่างแท้จริง

3.2 การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) หมายถึง รูปแบบการดำเนินงานที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาระบบบริการใส่ฟันเทียม ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินกิจกรรม การติดตามประเมินผล และการพัฒนาต่อยอด โดยเน้นการใช้พลังของชุมชนเป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อนกิจกรรม เช่น การจัดตั้งชมรมผู้ใส่ฟันเทียมสุขใจ การมีอสม. และผู้นำชุมชนร่วมรณรงค์และเผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปาก ตลอดจนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประชาชน หน่วยบริการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ (Sense of Ownership) เสริมความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพช่องปาก และช่วยให้รูปแบบการใส่ฟันเทียมเหมาะสมกับบริบทจริงของพื้นที่มากที่สุด

3.3การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Capacity Building) หมายถึง รูปแบบการดำเนินงานที่มุ่งเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ถูกต้องให้แก่บุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการใส่ฟันเทียม ทั้งทันตแพทย์ ทันตาภิบาล พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐานเดียวกัน โดยเน้นการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การศึกษาดูงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื้อหาครอบคลุมทั้งการประเมินช่องปากเบื้องต้น การให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ การดูแลหลังใส่ฟันเทียม และการสื่อสารสุขภาพเพื่อสร้างความเข้าใจแก่ประชาชน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในรูปแบบนี้ช่วยให้เกิดทีมงานที่เข้มแข็ง มีความรู้ความสามารถเพียงพอในการให้บริการ และสามารถขยายผลสู่การพัฒนาระบบบริการฟันเทียมที่ยั่งยืนในระดับชุมชนได้อย่างแท้จริง

3.4นวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพช่องปาก (Digital Dental Innovation) หมายถึง รูปแบบการพัฒนาระบบบริการใส่ฟันเทียมที่นำเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมทันตกรรมสมัยใหม่มาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ความสะดวก และความแม่นยำในการให้บริการแก่ประชาชน โดยครอบคลุมตั้งแต่ขั้นตอนการคัดกรอง การตรวจประเมิน การผลิต การติดตามผล ไปจนถึงการสื่อสารให้ความรู้ ตัวอย่างเช่น การใช้ เทคโนโลยีสแกน 3 มิติ (3D Scanner) เพื่อวัดขนาดช่องปากและออกแบบฟันเทียมอย่างละเอียด การใช้ฐานข้อมูลผู้รับบริการฟันเทียมออนไลน์ (Dental Service Database) เพื่อจัดเก็บข้อมูลและติดตามผลอย่างเป็นระบบ การใช้ แอปพลิเคชัน “Smart Dental Care” สำหรับการนัดหมาย ตรวจติดตาม และให้คำปรึกษาออนไลน์ รวมถึงการใช้สื่อดิจิทัล เช่น วิดีโอสาธิต หรือคิวอาร์โค้ดเพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องการดูแลฟันเทียม การประยุกต์ใช้นวัตกรรมเหล่านี้ช่วยยกระดับคุณภาพบริการให้ทันสมัย ลดข้อผิดพลาดในการดำเนินงาน เพิ่มการเข้าถึงบริการ และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3.5กองทุนฟันเทียมชุมชน (Community Denture Fund) หมายถึง รูปแบบการสนับสนุนทางการเงินและทรัพยากรจากภาคส่วนในชุมชน เพื่อช่วยให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย สามารถเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมได้

อย่างเท่าเทียมและยั่งยืน กองทุนนี้จัดตั้งขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ เพื่อใช้เป็นงบประมาณในการผลิต จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ และสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริการฟันเทียม นอกจากนี้ยังใช้เป็นแหล่งทุนในการจัดกิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน กองทุนฟันเทียมชุมชนจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ และสร้างระบบบริการฟันเทียมที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืนในระดับท้องถิ่น

3.6การดูแลต่อเนื่องและติดตามผล (Continuum Care) หมายถึง รูปแบบการให้บริการใส่ฟันเทียมที่เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังการใส่ฟันเทียม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ครบวงจรและยั่งยืน โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรองและให้คำปรึกษาเบื้องต้น การตรวจประเมินช่องปาก การใส่ฟันเทียม การให้คำแนะนำในการดูแลรักษา ตลอดจนการติดตามผลภายหลังการใส่ฟันเทียมอย่างสม่ำเสมอ เช่น การนัดตรวจทุก 3–6 เดือน การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินปัญหาการใช้งาน และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือช่องทางออนไลน์ กิจกรรมเหล่านี้ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังปัญหาได้อย่างใกล้ชิด รูปแบบนี้ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัวในการใช้ฟันเทียมได้ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน เสริมสร้างความมั่นใจ และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ต่อเนื่องและยั่งยืนในชุมชน



ภาพประกอบ 1 รูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

4. ผลของรูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

ผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องฟันเทียม ทัศนคติต่อฟันเทียม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ใส่ฟันเทียม การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ใส่ฟันเทียม การรับรู้ประโยชน์ของฟันเทียม การรับรู้อุปสรรคของการใส่ฟันเทียม แรงสนับสนุนทางสังคมในการใส่ฟันเทียม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องฟันเทียม ทัศนคติ

ต่อฟันเทียม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ใส่ฟันเทียม การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ใส่ฟันเทียม การรับรู้ประโยชน์ของฟันเทียม การรับรู้อุปสรรคของการใส่ฟันเทียม แรงสนับสนุนทางสังคมในการใส่ฟันเทียม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องฟันเทียมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 3.18 คะแนน (95%CI=3.04-3.32) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อฟันเทียมเพิ่มขึ้น 3.16 คะแนน (95%CI=3.03-3.29) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้น 2.80 คะแนน (95%CI=2.66-2.93) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้น 3.21 คะแนน (95%CI=3.09-3.32) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของฟันเทียมเพิ่มขึ้น 2.50 คะแนน (95%CI=2.39-2.61) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้น 2.82คะแนน (95%CI=2.67-2.97) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในการใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้น 2.63 คะแนน (95%CI=2.51-2.75) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น 2.64 คะแนน (95%CI=2.52-2.76) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์พหุคูณโดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ พบว่า มีปัจจัย 5 ประการที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษาพยาบาล ความรู้เรื่องฟันเทียม และแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีความรู้และความตระหนักด้านสุขภาพช่องปากมากกว่า ขณะที่ผู้มีอาชีพและรายได้มั่นคงสามารถจัดสรรเวลาและค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการได้ดีกว่า ด้านสิทธิการรักษาพยาบาลช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ ส่วนความรู้เรื่องฟันเทียมช่วยลดความกลัวและความเข้าใจผิด ส่งผลให้ตัดสินใจใช้บริการมากขึ้น ขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และอาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยเสริมแรงจูงใจและความมั่นใจในการเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่าการใช้บริการใส่ฟันเทียมได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคล เศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการสุขภาพร่วมกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของพิเชษฐ สีดาหอม[4] ที่พบว่าระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมการดูแลช่องปาก และการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยของวนิดา ประเสริฐศรี[5] ชี้ให้เห็นว่าอาชีพและคุณภาพการให้บริการมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการให้บริการฟันเทียมพระราชทาน ขณะที่การศึกษาจุฑารัตน์ หาญอาษา[15] ยืนยันว่ารายได้ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลช่องปากมีความสัมพันธ์กับการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุ ซึ่งสนับสนุนข้อค้นพบว่าการส่งเสริมการใช้บริการใส่ฟันเทียมจำเป็นต้องดำเนินการแบบบูรณาการทั้งด้านความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่

2. รูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมและสามารถใช้เป็นแนวทางการจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผ่านการวิเคราะห์และพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ได้แก่ ทีมทันตแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชนในพื้นที่ ทำให้รูปแบบดังกล่าวมีความครอบคลุมทั้งการให้บริการ

การส่งเสริมสุขภาพ และการติดตามดูแลต่อเนื่อง สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม เช่น ระบบฐานข้อมูลผู้รับบริการ การสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน และการจัดตั้งกองทุนฟันเทียมชุมชน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อย่างยั่งยืน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสิริรัตน์ วีระเดช และละอองดาว วงศ์อำมาตย์[8] ซึ่งพบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่พัฒนาจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) งานวิจัยเหล่านี้สนับสนุนว่าการพัฒนารูปแบบบริการด้านทันตสุขภาพที่เป็นระบบและมีส่วนร่วมสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีและยั่งยืนในระดับพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

3. ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ มีประสิทธิผลสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ดำเนินงานอย่างเป็นระบบครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการให้บริการ การสร้างความรู้ความเข้าใจ และการติดตามดูแลหลังใส่ฟันเทียม โดยอาศัยความร่วมมือของทันตแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข อสม. และชุมชน ส่งผลให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง ประชาชนมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมมากขึ้น รวมทั้งมีอัตราการเข้ารับบริการใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็ว และความโปร่งใสในการติดตามข้อมูล ทำให้รูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิผลทั้งด้านคุณภาพบริการ ความพึงพอใจ และการยกระดับสุขภาพช่องปากของประชาชนอย่างยั่งยืน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของยูลีธี ลิเก, อรชินี พลานุกูลวงศ์ และสุไรยา หมานระโต๊ะ[12] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลฟันเทียมของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงงานวิจัยของสุนิธิ เธียระวิบูลย์[16] ที่แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากสามารถเพิ่มการรับรู้ พฤติกรรม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสนับสนุนว่าการพัฒนารูปแบบบริการด้านสุขภาพช่องปากที่เป็นระบบและมีส่วนร่วมสามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1ควรพัฒนาและส่งเสริมความรู้เรื่องฟันเทียมและสุขภาพช่องปากในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นกลุ่มประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่ำหรือมีรายได้น้อย เพื่อเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ ลดความกลัว และแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใส่ฟันเทียม ควบคู่กับการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อสม. และชุมชน ผ่านกิจกรรมรณรงค์หรือชมรมผู้ใส่ฟันเทียม เพื่อเพิ่มความมั่นใจและขยายการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลอย่างทั่วถึงและยั่งยืน

1.2รูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการจัดบริการในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากพัฒนาผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมทันตแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชนในพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานครอบคลุมทั้งการให้บริการ การส่งเสริม

สุขภาพ และการติดตามดูแลหลังใส่ฟันเทียมอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม เช่น ระบบฐานข้อมูลผู้รับบริการ การสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน และกองทุนฟันเทียมชุมชน ช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการ และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างยั่งยืนและเป็นรูปธรรม

1.3ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามบริบทอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ มีประสิทธิผลเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ออกแบบและพัฒนาอย่างครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู โดยดำเนินงานอย่างเป็นระบบตั้งแต่การคัดกรอง การให้ความรู้ การใส่ฟันเทียม ไปจนถึงการติดตามผลหลังบริการ ภายใต้ความร่วมมือของทันตแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข อสม. และผู้นำชุมชน ส่งผลให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง ประชาชนมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น รวมถึงมีความมั่นใจในการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้น อีกทั้งการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบฐานข้อมูลออนไลน์และการติดตามผ่านแอปพลิเคชัน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและคุณภาพบริการ ส่งผลให้สามารถยกระดับสุขภาพช่องปากและความพึงพอใจของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1ควรขยายพื้นที่การศึกษาจากระดับอำเภอไปสู่หลายอำเภอหรือหลายจังหวัด เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการให้บริการใส่ฟันเทียมในบริบทที่แตกต่างกัน และนำผลที่ได้มาพัฒนาเป็นแนวทางมาตรฐานระดับเขตหรือระดับประเทศสำหรับการให้บริการฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

2.2ควรดำเนินการวิจัยเชิงประเมินผลในระยะยาว เพื่อติดตาม ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก คุณภาพชีวิต และความคงอยู่ของการใช้ฟันเทียม ของผู้รับบริการในช่วงเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบที่พัฒนา

2.3 ควรศึกษาปัจจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น ทัศนคติ ความพึงพอใจ และอุปสรรคของบุคลากรและประชาชน ต่อการให้บริการใส่ฟันเทียม เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงลึกในการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทจริงของพื้นที่มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข. (2567). รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 9 ของประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
2. Bajracharya, M., Shrestha, B., & Parajuli, U. (2021). Impact of tooth loss on nutritional status and quality of life among elderly population: A community-based study. Journal of Oral Health and Community Dentistry, 15(3), 110–116.
3. กรมอนามัย. (2567). รายงานสถานการณ์สุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข.
4. พิเชษฐ สีดาหอม. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ เขตอำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น (NTC Journal of Science and Technology), 1(4), 93–107.
5. วนิดา ประเสริฐศรี. (2568). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการให้บริการฟันเทียมพระราชทานของผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 5(1), 1–21.
6. วันเพ็ญ สมหอม. (2560). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารทันตาภิบาล, 28(2), 113–121.

7. อุมาพร รุ่งรัศมีทวีมานะ. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ประกันตนเชิงรุก อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารทันตาภิบาล, 29(2), 111–120.
8. สิริรัตน์ วีระเดช, และละอองดาว วงศ์อำมาตย์. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 45(2), 119–128.
9. อำนาจ ธีบำรุง, สกุลรัตน์ ศิริกุล, และธีระ วรธนารัตน์. (2560). การเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการภายหลังการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุโครงการฟันเทียมพระราชทาน: กรณีศึกษาเขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 2. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 47(2), 1–12.
10. ฉวีวรรณ ภักดีธนากุล. (2560). การดูแลรักษาผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากชนิดถอดได้ยึดด้วยรากฟันเทียม 2 ตัว: รายงานผู้ป่วย. วารสารกรมการแพทย์, 42(4), 117–123.
11. หยาดฝน พลศรี. (2561). ผลของกาวติดฟันเทียมต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและแรงบดเคี้ยวสูงสุดในผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
12. ยูลีธี ลิเก, อรชินี พลานุกูลวงศ์, และสุไรยา หมานระโต๊ะ. (2567). ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการดูแลฟันเทียม และปริมาณคราบจุลินทรีย์ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมบางส่วน. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข, 2(2), 107–123.
13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). รายงานสถานการณ์สุขภาพช่องปากจังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
14. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press.
15. จุฑารัตน์ หาญอาษา. (2567). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 17(1), 142–152.
16. สุนิธิ เธียระวิบูลย์. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เครือข่ายโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 17(1), 30–40.

กรณีศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงหลังคลอดที่มีภาวะฝีที่เต้านมในคลีนิกศัลยกรรม สถาบันบำราศนราดูร

The comparative case study of nursing care for postpartum women with breast abscess in the surgical clinic of Bamrasnaradura Institute.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

กัญญลักษณ์ ทองนุ่ม[1]
Kanyaluk Thongnum[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงหลังคลอดที่มีภาวะเต้านมอักเสบและฝีเต้านมโดยเฉพาะในระยะให้นมบุตร โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม สถาบันบำราศนราดูร โดยใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อเปรียบเทียบแนวทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิก

ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองรายเข้ารับการรักษาด้วยมีอาการปวดเต้านมและคลำพบก้อน แต่แตกต่างกันในความรุนแรงของการติดเชื้อ ปัจจัยเสี่ยง และการตอบสนองต่อการรักษา รายที่ 1 เป็นมารดาอายุ 23 ปี หลังคลอด 1 เดือน มีฝีขนาดใหญ่ ต้องได้รับหัตถการระบายหนอง นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้ยาปฏิชีวนะและการติดตามต่อเนื่อง รายที่ 2 เป็นมารดาอายุ 33 ปี หลังคลอด 3 เดือน มีท่อน้ำนมอุดตันและติดเชื้อระดับเริ่มต้น การดูแลเน้นการให้คำแนะนำด้านการระบายน้ำนม การติดตามอาการและสนับสนุนด้านจิตใจ

คำสำคัญ: ฝีที่เต้านม , เต้านมอักเสบ

Abstract

This study aimed to examine nursing care for postpartum women with mastitis and breast abscess, particularly during the breastfeeding period, through a comparison of two case studies treated at the Surgical Outpatient Department, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Gordon's Functional Health Patterns framework was applied to compare nursing approaches and clinical outcomes.

The results revealed that both cases presented with breast pain and palpable masses; however, they differed in severity of infection, risk factors, and responses to treatment. Case 1 was a 23-year-old mother, one month postpartum, who developed a large breast abscess requiring surgical drainage, hospitalization, antibiotic therapy, and close follow-up. Case 2 was a 33-year-old mother, three months postpartum, who presented with early-stage mastitis associated with a blocked milk duct; nursing care focused on breastfeeding guidance, milk drainage techniques, symptom monitoring, and psychological support.

Keyword: Breast abscess, Mastitis

บทนำ

มารดาหลังคลอดจำนวนไม่น้อยต้องเผชิญกับอุปสรรคหรือภาวะแทรกซ้อนในการให้นม โดยเฉพาะภาวะฝีที่เต้านม (Breast Abscess) ซึ่งเป็นผลจากการติดเชื้อภายในเนื้อเยื่อเต้านม และมักพัฒนาต่อเนื่องมาจากภาวะเต้านมอักเสบที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ภาวะนี้ไม่เพียงส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย แต่ยังสร้างความกังวล ความเครียด

[1] พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ สถาบันบำราศนราดูร

และลดความมั่นใจของมารดาในการให้นมบุตร ซึ่งช่วงหลังคลอดเป็นระยะเวลาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพของมารดา ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และการปรับตัวต่อบทบาทความเป็นแม่ การให้นมบุตรเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่ส่งเสริมความผูกพันระหว่างมารดาและทารก รวมทั้งช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ ของทั้งสองฝ่าย[1]

จากข้อมูลในประเทศไทยพบว่าภาวะฝีเต้านมยังคงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในช่วง 2–3 สัปดาห์แรกหลังคลอด[2] และมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลา โดยเฉพาะในสถานพยาบาลที่เป็นจุดบริการแรกของผู้ป่วย เช่น แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม สถาบันบำราศนราดูร ซึ่งยังไม่มีคลินิกนมแม่ประจำ ทำให้บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินอาการ ให้คำปรึกษา และวางแผนการดูแลต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการลุกลามของการติดเชื้อและลดผลกระทบต่อการให้นมบุตร[3]

คณะผู้จัดทำจึงได้จัดทำงานวิชาการฉบับนี้ขึ้น เพื่อศึกษากรณีหญิงหลังคลอดที่เข้ารับการรักษาภาวะฝีเต้านม ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม สถาบันบำราศนราดูร วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดช่องว่างของการดูแลหลังคลอด และเสนอแนวทางพัฒนาระบบบริการที่มีความต่อเนื่องและเข้าถึงได้สะดวกยิ่งขึ้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่างานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ นักศึกษา และผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการดูแลมารดาหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาและเปรียบเทียบแนวทางการพยาบาลในผู้ป่วยหญิงหลังคลอดที่มีภาวะฝีเต้านม
2. ประเมินประสิทธิผลของการพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน

1. ศึกษาแบบกรณีเฉพาะราย (Case Study) โดยคัดเลือกผู้ป่วยหญิงหลังคลอดที่มีภาวะฝีเต้านมและยังให้นมบุตร เข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรมทั่วไป สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 2 ราย
2. ชี้แจงขั้นตอนการให้บริการเพื่อขออนุญาตบันทึกข้อมูลและถ่ายภาพ
3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การตรวจร่างกาย และการสัมภาษณ์ผู้ป่วย
4. ศึกษาเอกสาร ตำรา บทความ งานวิจัย และเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง
5. ติดตามแผนการรักษาของแพทย์และทีมสหวิชาชีพ
6. ให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทุกมิติ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Dorothea Orem
7. ติดตามและประเมินผลการรักษา
8. วิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ป่วยทั้ง 2 ราย
9. สรุปผลการศึกษา
10. จัดทำรูปเล่มกรณีศึกษาเพื่อส่งผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ
11. เผยแพร่ผลงาน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันบำราศนราดูร (รหัสโครงการ N029h/68_Exempt) โดยผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาอย่างครบถ้วน ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีข้อมูลระบุตัวตน และไม่มีผลต่อการรับบริการ

ผลการเปรียบเทียบกรณีศึกษาหญิงหลังคลอดที่มีภาวะฝีเต้านม

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

รายการเปรียบเทียบ	รายที่ 1	รายที่ 2
อายุ / ระยะหลังคลอด	ผู้ป่วยอายุ 23 ปี หลังคลอด 1 เดือน อยู่ในช่วงที่ยังให้นมลูกอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาหลังคลอดสั้นอาจทำให้มีท่อน้ำนมอุดตันและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเต้านมอักเสบ แต่ยังอยู่ในช่วงภูมิคุ้มกันปกติ	ผู้ป่วยอายุ 33 ปี หลังคลอด 3 เดือน อยู่ในช่วงที่ยังให้นมลูกอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาหลังคลอดสั้นอาจทำให้มีท่อน้ำนมอุดตันและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเต้านมอักเสบ แต่ยังอยู่ในช่วงภูมิคุ้มกันปกติ
โรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง	ไม่มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง
ประวัติการคลอด	คลอดปกติครั้งแรก ไม่มีปัญหาในการคลอด การระบายเต้านมเป็นไปตามธรรมชาติ	คลอดปกติทั้งสองครั้ง ไม่มีปัญหาในการคลอด การระบายเต้านมเป็นไปตามธรรมชาติ
อาการหลัก	เต้านมขวาบวม แดง เจ็บ	ปวดเต้านม, ก้อนแข็ง, ไม่มีบวมแดงชัดเจน
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิ 36.4 °C, ชีพจร 52 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 90/51 mmHg, หายใจ 18 ครั้ง/นาที, BMI 18.67 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพผิดปกติเล็กน้อยเรื่องของความดันโลหิตต่ำแต่จากประวัติการรักษาเดิมพบว่ามีความดันโลหิตต่ำคงเดิม และอาการไม่รุนแรง	อุณหภูมิ 36.2 °C, ชีพจร 94 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 104/62 mmHg, หายใจ 18 ครั้ง/นาที, BMI 26.7 แสดงว่าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ และอาการไม่รุนแรง
ขนาดฝี / ความรุนแรง	เป็นมานาน 20 วัน จึงลุกลาม มีหนอง กลายเป็นฝีที่เต้านม มีหนองมาก ต้องเข้ารับการนอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยาทางหลอดเลือดดำ ผ่าตัดและใส่ท่อระบาย ระยะรุนแรง	ฝีเล็กหรือเริ่มต้น การอักเสบยังไม่รุนแรง ระยะเวลาที่เข้าสู่กระบวนการรักษาเร็ว ทำให้การรักษาสามารถควบคุมการอักเสบได้ด้วยการใช้ยารับประทานและการระบายเต้านมโดยนักกายภาพ
พยาธิสภาพ (Pathophysiology)	ฝี/เต้านมอักเสบเกิดจากการอุดตันท่อน้ำนมและการติดเชื้อขณะให้นมลูก เมื่อน้ำนมคั่ง เต้านมอักเสบ ติดเชื้อแบคทีเรีย เกิดโพรงหนอง ต้องผ่าตัดเปิดฝี	ฝี/เต้านมอักเสบเกิดจากการอุดตันท่อน้ำนมและการติดเชื้อขณะให้นมลูก ภูมิคุ้มกันปกติช่วยให้การอักเสบไม่ลุกลามรุนแรง
การรักษา (Treatment)	- IV Augmentin ⟶ oral antibiotics - Ultrasound-guided aspiration + ผ่าตัด I&D ใส่ท่อระบาย - ทำแผลทุกวัน 42 วัน - งดให้นมด้านที่มีฝีชั่วคราว มีนักกายภาพช่วยระบายน้ำนม	ยาฆ่าเชื้อ, ยาแก้ปวด/ลดอักเสบ, นักกายภาพช่วยระบายน้ำนม, ติดตามผล 1 สัปดาห์, อาการดีขึ้นและผู้ป่วยหายเองโดยไม่ต้องกรีดระบายหนอง
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	หนอง: Staphylococcus aureus	ไม่ได้ส่งตรวจ
ผลลัพธ์ / Outcome	แผลหายสนิทหลัง 42 วัน กลับมาให้นมได้ตามปกติ	อาการปวดและก้อนแข็งลดลง สามารถให้นมต่อได้ตามปกติใน 1 สัปดาห์ ไม่เกิดฝีรุนแรง
การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception–health management pattern)	ติดตามการรักษาต่อเนื่อง มาตามนัดดี ให้ความร่วมมือสูง	ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล
อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional–metabolic pattern)	รับประทานได้ปกติ ให้นมข้างซ้ายต่อเนื่อง	รับประทานอาหารปกติ ภูมิคุ้มกันและการฟื้นตัวดี
การขับถ่าย (Elimination pattern)	ปัสสาวะและอุจจาระปกติ	ปัสสาวะและอุจจาระปกติ

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

รายการเปรียบเทียบ	รายที่ 1	รายที่ 2
กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity–exercise pattern)	สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่มีข้อจำกัด	สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่มีข้อจำกัด
การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep–rest pattern)	ถูกรบกวนจากอาการปวดเต้านมแต่พักผ่อนเพียงพอ	ถูกรบกวนจากอาการปวดเต้านม แต่พักผ่อนเพียงพอ
สติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive–perceptual pattern)	รับรู้ข้อมูลการรักษาดี ทำตามคำแนะนำครบ ควบคุมอารมณ์ได้ดี	รับรู้ความเจ็บปวดบริเวณเต้านมขวา ควบคุมอารมณ์ได้ดี
การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self–perception and self–concept pattern)	มั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต้องการให้นมต่อ ปรับตัวดี มีความวิตกกังวลเล็กน้อยเกี่ยวกับอาการปวด	ปรับตัวดี มีความวิตกกังวลเล็กน้อยเกี่ยวกับอาการปวด
บทบาทและสัมพันธภาพ (Role–relationship pattern)	ปรับตัวเป็นคุณแม่ครั้งแรกดี มีครอบครัวสนับสนุน ความสัมพันธ์ปกติ	สมรส มีครอบครัวสนับสนุน ความสัมพันธ์ปกติ
เพศและเจริญพันธุ์ (Sexuality–reproductive pattern)	คลอดบุตร 1 ครั้ง คลอดปกติ	คลอดบุตร 2 ครั้ง คลอดปกติ
การปรับตัวและความทนต่อความเครียด (Coping–stress tolerance pattern)	รับมือได้ดี ทำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด	ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล/นักกายภาพ ระบายน้ำนมช่วยลดอาการปวด
คุณค่าและความเชื่อ (Value–belief pattern)	ต้องการรักษาตนเองให้หายเพื่อเลี้ยงลูกต่อด้วยนมแม่	ต้องการรักษาตนเองให้หายเพื่อเลี้ยงลูกต่อด้วยนมแม่

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบผู้ป่วยหญิงหลังคลอดที่มีฝีเต้านม

รายการ	รายที่ 1	รายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	อายุ 23 ปี, หลังคลอด 1 เดือน, ฝีเต้านมขวา, ยังให้นมบุตร, ไม่มีโรคประจำตัว	อายุ 33 ปี, หลังคลอด 3 เดือน, ท่อน้ำนมอุดตัน/เริ่มฝีเต้านมขวา, ปั๊มนมแทนการให้นม, ไม่มีโรคประจำตัว
การประเมิน)Assessment)	- แผลฝีขนาดใหญ่ บวมแดง กดเจ็บ - หนองไหลออกจากฝี - ระงับให้นมบุตรชั่วคราวในข้างที่เป็นฝี - วิตกกังวลเรื่องการให้นม - สัญญาณชีพปกติ, ไม่มีไข้	- ก้อนแข็งคลำเจ็บ เต้านมขวา - ตุ่มแดงเล็ก, น้ำนมไม่ออก - ปั๊มนมแทนการให้นม - วิตกกังวลเรื่องน้ำนมไม่ออกและสุขภาพลูก - สัญญาณชีพปกติ, ไม่มีไข้
Nursing Diagnoses	1. เจ็บปวด) Pain) 2. การให้นมบุตรบกพร่อง)Impaired Breastfeeding)	1. เจ็บปวด) Pain) 2. การให้นมบุตรบกพร่อง)Impaired Breastfeeding)

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบผู้ป่วยหญิงหลังคลอดที่มีฝีเต้านม

รายการ	รายที่ 1	รายที่ 2
	3. ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ)Risk for Infection) 4. วิตกกังวล)Anxiety)	3. ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ)Risk for Infection) 4. วิตกกังวล)Anxiety)
การวางแผน)Planning)	- ลดอาการปวดและอักเสบ - ส่งเสริมการให้นมบุตรปลอดภัย - ป้องกันการติดเชื้อเพิ่มเติม - ลดความวิตกกังวล	- ลดอาการปวดและช่วยระบายน้ำนม - ป้องกันท่อน้ำนมอุดตัน - ลดความวิตกกังวล
การดำเนินการ)Implementation)	- ทำแผลและติดตามความก้าวหน้า - กรีดและระบายหนองตามแพทย์ - ให้ยาปฏิชีวนะ)Augmentin ⟶ AMK) และยาลดปวด)Paracetamol, Ibuprofen) - แนะนำให้นมข้างที่ไม่เป็นฝี และปั๊มนมข้างที่เป็นฝี - ประคบร้อน ลดปวด - ให้คำปรึกษาด้านจิตใจ	- ประคบร้อนและนวดเต้านมเพื่อช่วยระบายน้ำนม - ปั๊มนมตามคำแนะนำของนักกายภาพ - ให้ยาปฏิชีวนะ)Dicloxacillin) และยาลดปวด - ให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจ - ติดตามอาการอักเสบและก้อนเต้านม
การประเมินผล)Evaluation)	- แผลฝีหายดี ไม่มีหนองหลัง 42 วัน - สามารถให้นมลูกทั้งสองข้างตามปกติ - อาการปวดและวิตกกังวลลดลง	- อาการปวดและก้อนลดลงหลัง 1 สัปดาห์ - น้ำนมไหลออกดีและสามารถให้นมลูกตามปกติ - ความวิตกกังวลลดลง

สรุปกรณีศึกษา (Case Summaries)

กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 23 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง ใช้สิทธิ์ชำระเงินเอง หลังคลอดบุตรคนแรก จากการคลอดปกติ 1 เดือน ยังให้นมบุตร มีอาการบวม แดง กดเจ็บเต้านมขวา ไม่มีไข้ เป็นมา 20 วัน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นฝีที่เต้านมข้างขวา ได้รับการรักษาโดยการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเจาะระบายหนองโดยใช้เครื่องอัลตราซาวด์นำทางและผ่าตัดกรีดระบายหนอง ใส่ท่อระบายหนอง(Penrose drain)ไว้ ได้รับยาปฏิชีวนะ Augmentin 2.2 gms. vein drip ทุก 12 ชม เป็นเวลา 3 วัน หลังจากนั้นเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็นยารับประทาน AMK 1 gm ,ยาแก้ปวด paracetamol 500 mg. ,Ibuprofen 400 mg. กลับไปรับประทานหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยในกลับบ้าน มีแผลผ่าตัดที่เต้านมด้านขวา มีนัดพบแพทย์ เพื่อดูแผลอีก 5 วัน และนัดทำแผลทุกวัน ผู้ป่วยสะดวกไปทำแผลที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เมื่อมาตรวจตามนัด 5 วัน แผลยังมีหนองลักษณะคล้ายสีนมข้นออกมาอยู่บ้าง ให้ทำแผลต่อเนื่องทุกวันคงเดิม แพทย์นัดดูแผลซ้ำอีก 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาตรวจก่อนนัด 7 วันถัดมา เนื่องจากยาหมดและไหมหลุด แผลยังมีหนองออกมาเล็กน้อย บวมแดงอักเสบลดลง มีความก้าวหน้าของแผล แพทย์ให้เอาท่อระบายหนองออก ให้ยาปฏิชีวนะรับประทานต่ออีก 2 สัปดาห์ และนัดดูแผลซ้ำอีก 2 สัปดาห์ เมื่อมาตรวจตามนัด 2 สัปดาห์ถัดมา ขนาดของแผลเล็กลงและมีความก้าวหน้า ไม่มีหนอง มีเพียงสิ่งคัดหลั่งเป็นน้ำเหลือง ยังให้ทำแผลต่อเนื่องทุกวันคงเดิม แพทย์นัดดูแผลซ้ำอีก 2 สัปดาห์ อีก 2 สัปดาห์ถัดมาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด แผลดี ไม่มีหนองไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ นัดดูอาการซ้ำอีก 1 เดือน ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัด จากการติดตามผู้ป่วยแผลหายแล้ว จึงไม่มาตามนัด รวมระยะเวลาในการรักษา 42 วัน ผู้ป่วยยังคงให้นมบุตรในข้างที่ไม่เป็นฝี และหยุดการให้นมบุตรชั่วคราวในข้างที่เป็นฝี โดยใช้การระบายน้ำนมโดยมีนักกายภาพให้

คำแนะนำ หลังจากหายเป็นแผล ผู้ป่วยสามารถกลับมาให้นมบุตรได้ตามปกติ

สรุปปัญหาทางการพยาบาลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพโดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาดังนี้

1. ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดและไม่สุขสบายบริเวณเต้านมขวา เนื่องจากการอักเสบ มีฝีที่เต้านมและได้รับการกรีดระบายหนอง

2. มีการติดเชื้อที่เต้านมขวา

3. เสี่ยงต่อการหยุดให้นมบุตร เนื่องจากความเจ็บปวดและภาวะฝีเต้านมขวา

4. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อการให้นมบุตร

5. ขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการป้องกันการเกิดฝีที่เต้านม

6. เสี่ยงต่อการขาดต่อเนื่องของการดูแลเนื่องจากอุปสรรคด้านสิทธิการรักษาพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 33 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาอิสลาม อาชีพรับราชการ ใช้สิทธิ์เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง หลังคลอดบุตรคนที่ 2 จากการคลอดปกติ 3 เดือน ยังให้นมบุตรโดยการปั๊มนม ไม่ได้นำทารกเข้าเต้า มารับการรักษา ด้วยอาการปั๊มนมไม่ออก ปวดเต้านมขวา คลำได้เป็นไตแข็งบริเวณเต้านม ปวดเต้านมขวา ทานยาปฏิชีวนะมาแล้ว 7 วันไม่หาย มีตุ่มสีแดงคล้ายมีหัวสิว มีน้ำนมไหล ข้างซ้ายเคยอักเสบเมื่อ 1 สัปดาห์ก่อนหายแล้ว แต่ข้างขวาตันเอาไม่ออก ปวด หยุดการปั๊มนม แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเต้านมข้างซ้ายอักเสบและเริ่มมีฝีที่เต้านม ได้รับการรักษาโดยการส่งปรึกษานักกายภาพเพื่อระบายน้ำนมและให้ยาฆ่าเชื้อ Dicloxacillin 500 mg.,ยาแก้ปวด naproxen sodium 250 mg, paracetamol 500 mg. ไปรับประทาน หลังพบนักกายภาพ ได้รับการประคบร้อน คลึงนวดเต้านม บีบระบายน้ำนมออกให้ ทุเลาอาการปวด น้ำนมไหลออกดี กลับบ้านได้ มีนัดดูอาการ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่ได้มาตรวจตามนัด จากการติดตาม ผู้ป่วยหายจากอาการคัดตึงแล้ว สามารถปั๊มให้นมบุตรได้ตามปกติ สรุปปัญหาทางการพยาบาลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพโดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาดังนี้

1. ความเจ็บปวดและตึงเต้านมขวาเนื่องจากเต้านมอักเสบ ฝีและการคั่งของน้ำนม

2. ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำ

3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันการเกิดฝีที่เต้านมไม่เพียงพอ

4. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อการให้นมบุตร

การศึกษาการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีปัญหาเต้านมอักเสบและภาวะฝีที่เต้านมทั้งสองรายพบว่าทั้งคู่มารับการรักษาด้วยอาการหลัก จากความผิดปกติของเต้านมหลังคลอด แต่มีปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน รายที่ 1 มีภาวะฝีขนาดใหญ่จากการติดเชื้อ ทำให้เสี่ยงต่อการอักเสบรุนแรงและการฟื้นตัวล่าช้า ขณะที่รายที่ 2 มีเพียงท่อน้ำนมอุดตันและการติดเชื้อระดับเริ่มต้น จึงตอบสนองต่อการรักษาได้ดีและฟื้นตัวเร็วกว่า ทั้งสองรายเข้ารับการรักษาและได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องในคลินิกผู้ป่วยนอก พบปัญหาทางการพยาบาลที่แตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของโรค โดยกรณีศึกษารายที่ 1 พบปัญหาสำคัญหลายด้าน เช่น ภาวะอักเสบรุนแรงจากฝีขนาดใหญ่ และผลกระทบต่อการให้นม ส่วนรายที่ 2 พบปัญหาเกี่ยวกับการระบายน้ำนมและความเจ็บปวดจากท่อน้ำนมอุดตันเป็นหลัก

จากการประเมินพบว่าทั้งสองรายมีปัญหาทางการพยาบาลคล้ายกันหลายข้อ เช่น ความเจ็บปวดบริเวณเต้านม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้นม และความจำเป็นในการได้รับความรู้ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่ก็มีความแตกต่างกันในด้านความรุนแรงของการติดเชื้อ ความ

จำเป็นในการทำหัตถการ และการติดตามผลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในรายที่ 1 ที่ต้องทำแผลทุกวันและติดตามต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า

การดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเต้านมอักเสบและฝีเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถให้นมบุตร ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำอย่างถูกต้อง เช่น การระบายน้ำนมอย่างสม่ำเสมอ เทคนิคการปั๊มนม การประคบร้อน และการสังเกตสัญญาณอันตราย นอกจากนี้ การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การทำแผลในรายที่มีฝีและการติดตามอาการเจ็บเต้านม เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันการลุกลามหรือเกิดซ้ำ[4]

ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง, การให้คำแนะนำด้านการให้นมและการป้องกันท่อน้ำนมอุดตัน, การเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตอาการอักเสบ, รวมถึง การสนับสนุนด้านจิตใจและประสานงานกับทีมสหสาขา เช่น นักกายภาพบำบัดและแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมถูกต้อง ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และสร้างความเชื่อมั่นต่อการดูแลรักษา ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในสตรีหลังคลอดที่ต้องเลี้ยงดูบุตรและฟื้นตัวพร้อมกันในช่วงเวลาเดียวกัน

สรุปเชิงวิเคราะห์ (Summary & Clinical implications)

สรุปกรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 23 ปี หลังคลอดบุตรคนแรกได้ 1 เดือน ยังอยู่ในช่วงให้นมบุตร มาด้วยอาการบวม แดง กดเจ็บที่เต้านมขวา ไม่มีไข้ เป็นมา 20 วัน ก่อนมารับการรักษา แพทย์ตรวจพบว่าเป็น ฝีเต้านมข้างขวา)Breast abscess) ซึ่งเกิดจากท่อน้ำนมอุดตันและการติดเชื้อในเนื้อเยื่อเต้านมเนื่องจากน้ำนมคั่งเรื้อรัง

การวินิจฉัยและลักษณะอาการ

ผู้ป่วยมีอาการอักเสบเฉพาะที่ชัดเจน ได้แก่ บวม แดง เจ็บ คลำได้ก้อนและมีหนอง โดยไม่มีอาการไข้ แสดงว่าการติดเชื้อจำกัดเฉพาะบริเวณ เต้านมขวาเป็นฝีเต็มรูปแบบ มีลักษณะหนองข้นสีคล้ายนมหลังผ่าตัด แสดงถึงการติดเชื้อค้างอยู่เป็นเวลานาน

การรักษา

ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเป็นระบบ ได้แก่

1. ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ Augmentin 3 วัน แล้วเปลี่ยนเป็นแบบรับประทาน
2. เจาะระบายหนองด้วยอัลตราซาวด์นำทางเพื่อระบายโพรงลึก
3. ผ่าตัดกรีดระบายหนอง (Incision & Drainage) และใส่ท่อระบายเพื่อควบคุมการไหลของหนอง
4. ทำแผลทุกวันต่อเนื่องกว่า 6 สัปดาห์
5. การให้นม ผู้ป่วยยังให้นมข้างซ้ายตามปกติ ข้างขวาหยุดชั่วคราวและได้รับคำแนะนำการระบายน้ำนมจากนักกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันการคั่งซ้ำ

ผลลัพธ์การรักษา

ผู้ป่วยมีการหายของแผลอย่างค่อยเป็นขั้นตอน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แผลแห้งดี ไม่มีหนองในสัปดาห์สุดท้ายของการติดตาม และสามารถกลับมาให้นมบุตรได้ตามปกติทั้งสองข้าง ระยะเวลาการรักษาทั้งหมด 42 วัน ผลลัพธ์ดีเนื่องจากผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีและมาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

สรุปกรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 33 ปี หลังคลอดบุตรคนที่ 2 ได้ 3 เดือน ยังให้นมบุตรโดยการปั๊มนม ไม่ได้นำทารกเข้าเต้า มาด้วยอาการปั๊มนมไม่ออก ปวดเต้านมขวา คลำพบเป็นก้อนแข็ง มีตุ่มแดงคล้ายหัวสิวและมีน้ำนมไหลออก ส่วนเต้านมซ้ายเคยอักเสบก่อนหน้าแต่หายแล้ว ผู้ป่วยทานยาปฏิชีวนะ Dicloxacillin มาแล้ว 7 วันแต่ไม่หาย อาการปัจจุบันทำให้หยุดปั๊มนม

การวินิจฉัยและลักษณะอาการ

แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น mastitis/เริ่มเกิดฝีเต้านม)Early breast abscess) ข้างขวา เนื่องจากท่อน้ำนมอุดตันจากการปั๊มนมไม่ถูกวิธีและน้ำนมคั่ง ผู้ป่วยมีอาการปวด เจ็บบริเวณเต้านม คลำพบก้อนแข็ง ตุ่มแดง แต่ยังไม่มีฝีชัดเจน และไม่พบไข้หรืออาการติดเชื้อระบบ

การรักษา

1. ส่งปรึกษานักกายภาพเพื่อ ระบายน้ำนม
2. ประคบร้อน คลึงนวดเต้านมเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนม
3. ใช้ ยาปฏิชีวนะ Dicloxacillin รับประทาน
4. ยาแก้ปวด Naproxen และ Paracetamol ตามอาการ
5. แนะนำให้ติดตามอาการและปรับการปั๊มนมให้ถูกวิธี

ผลลัพธ์การรักษา

1. อาการปวดลดลงและน้ำนมไหลออกดีขึ้นหลังการนวดและประคบร้อน
2. เสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นฝีลึก หากไม่ได้รับการติดตามและปรับพฤติกรรมการระบายน้ำนม

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดฝีเต้านมเต็มรูปแบบ หากไม่ได้รับการติดตามและปรับพฤติกรรมการปั๊มนมอย่างเหมาะสม การรักษาเบื้องต้นด้วยการประคบร้อน นวด และยาปฏิชีวนะทำให้อาการทุเลา แต่ การติดตามต่อเนื่องและการดูแลตนเองสำคัญต่อผลลัพธ์ระยะยาว ภาวะเต้านมอักเสบและฝีที่เต้านมส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเจ็บปวด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้นมบุตร และความกลัวภาวะแทรกซ้อนในอนาคต ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน เช่น การระบายน้ำนมอย่างสม่ำเสมอ การประคบร้อน การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขอนามัย และการสังเกตอาการของภาวะติดเชื้อ เพื่อป้องกันการเกิดฝีหรือท่อน้ำนมอุดตันซ้ำ การให้ความรู้อย่างถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก

ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมารดาหลังคลอดที่มีปัญหาทางเต้านม คือการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากการรักษาตามแผนของแพทย์แล้ว พยาบาลยังมีหน้าที่ให้ความรู้ ให้คำแนะนำที่ถูกต้อง สนับสนุนด้านจิตใจ ประคับประคองความวิตกกังวลของผู้ป่วย และประสานงานร่วมกับทีมสุขภาพ เช่น นักกายภาพบำบัด เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างครอบคลุม การเคารพสิทธิ์ผู้ป่วย การสร้างความไว้วางใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะหลังคลอด[4]

พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งมีทักษะในการสอน การให้คำปรึกษา การประคับประคองจิตใจ และการประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัว ใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และคงไว้ซึ่งความสามารถในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างปลอดภัยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การประเมินแบบองค์รวม ควรประเมินมารดาหลังคลอดในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากภาวะเต้านมอักเสบมีผลต่อสุขภาพทั้งมารดาและทารก
2. ส่งเสริมความรู้ในการดูแลเต้านม ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันท่อน้ำนมอุดตัน เทคนิคการให้นมที่ถูกต้อง และวิธีระบายน้ำนมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการเกิดฝี

3. การติดตามต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือมีฝีใหญ่ ต้องได้รับการติดตามอาการใกล้ชิด เพราะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า

4. สนับสนุนด้านจิตใจและครอบครัว อาการเจ็บปวดและความกังวลอาจทำให้ผู้ป่วยเครียด ควรให้คำปรึกษาและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมถึงส่งเสริมบทบาทครอบครัวให้ช่วยสนับสนุนผู้ป่วย

5. ทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลควรร่วมมือกันระหว่างแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด เพื่อช่วยในการระบายน้ำนมและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1 .กรมอนามัย. (2563). คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

2. วราภรณ์ ทองคำ) .2565). การพยาบาลหญิงหลังคลอดที่มีภาวะท่อน้ำนมอุดตันและการติดเชื้อระดับเริ่มต้น. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 15(1), 45–57.

3. พวงผกา คุโรวาท, & ศิริกุล วงศ์อุทัย. (2562). การพยาบาลมารดาหลังคลอด. กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.

4. อมรรัตน์ สายสุวรรณ. (2560). ประสิทธิผลของการดูแลแบบผสมผสานในการลดภาวะเต้านมอักเสบ. วารสารการพยาบาลแม่และเด็ก, 35(3), 14–27.

อุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียเฝ้าระวัง 8 ชนิด ของผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

The incidence of bloodstream infections from 8 types of bacteria under surveillance in patients at Ban Mi Hospital, Lopburi Province.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

จิราวรรณ กองจำปา[1]
Jirawan kongjumpa[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี รวมทั้งเพื่อประเมินแหล่งกำเนิดของการติดเชื้อ แนวโน้มการดื้อยาปฏิชีวนะ และผลกระทบของการติดเชื้อในกระแสเลือดต่ออัตราการเสียชีวิต นอกจากนี้ยังศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อในระบบอื่นกับการพัฒนาไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือด การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียเฝ้าระวัง 8 ชนิด ในผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ระหว่าง เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567

จากการศึกษาพบการส่งตรวจเพาะเชื้อจากกระแสเลือดรวม 8,397 ตัวอย่าง จากผู้ป่วย 3,463 ราย โดยในปี 2566 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อร้อยละ 11 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12 ในปี 2567 เชื้อที่พบบ่อยที่สุดคือ *Escherichia coli* ร้อยละ 51.9 และ 48.9 รองลงมาคือ *Klebsiella pneumoniae*ร้อยละ 15.3 และ *Staphylococcus aureus* ร้อยละ 10.7 ปี 2567 พบ *Staphylococcus aureus* ร้อยละ 15.6 และ *Klebsiella pneumoniae* ร้อยละ 12.1 แหล่งที่มาของการติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อจากชุมชนมากกว่าร้อยละ 80 ในทั้งสองปี และไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างแหล่งที่มา (p- value >0.05) การวิเคราะห์แนวโน้มการดื้อยาพบว่า *Acinetobacter baumannii* มีแนวโน้มดื้อยาสูงขึ้นต่อยากลุ่ม carbapenems จากร้อยละ 54 เป็น 86 และ aminoglycosides จากร้อยละ 54 เป็น 71 ในขณะที่ *Klebsiella pneumoniae* และ *Staphylococcus aureus* มีแนวโน้มดื้อยาลดลง ส่วน *E. coli* ยังคงมีการดื้อยาในระดับสูงต่อ co-trimoxazole เพิ่มจากร้อยละ 52 เป็น 55 สำหรับอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดพบจำนวนเท่ากันในทั้งสองปี 30 รายและพบไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (p- value >0.05) แต่สัดส่วนลดลงจากร้อยละ 22.9 เป็น 21.3 ผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากโรงพยาบาลมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ติดเชื้อจากชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การเสียชีวิตจำแนกตามชนิดของเชื้อ พบว่า เชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด ร้อยละ 75 รองลงมาคือ *Acinetobacter baumannii* อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 50 ในขณะที่ *Streptococcus pneumoniae* ไม่พบการเสียชีวิต ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่ากลุ่ม Third-generation cephalosporins ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะ (Defined Daily Dose; DDD) สูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ methicillin และ carbapenems สอดคล้องกับรูปแบบเชื้อก่อโรคที่พบ ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าการติดเชื้อในระบบอื่น เช่น ทางเดินปัสสาวะและทางเดินหายใจ มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ การติดเชื้อในกระแสเลือด, เชื้อแบคทีเรียดื้อยา, โรงพยาบาลบ้านหมี่

Abstract

This retrospective study aimed to investigate the incidence of bloodstream infections among patients admitted to Banmi Hospital, Lopburi Province, as well as to assess the sources of infection, trends in antimicrobial resistance, and the impact of bloodstream infections on mortality. In addition, the study examined the association between infections in other organ systems and their progression to bloodstream infections. This study focused on bloodstream infections caused by eight surveillance bacteria in patients at Banmi Hospital, Lopburi Province, from January 2023 to December 2024.

[1] กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลบ้านหมี่

A total of 8,397 blood culture specimens were submitted from 3,463 patients. The incidence of bloodstream infections was 11% in 2023 and increased to 12% in 2024. The most frequently isolated pathogen in 2023 was *Escherichia coli* (51.9%), followed by *Klebsiella pneumoniae* (15.3%) and *Staphylococcus aureus* (10.7%). In 2024, *S. aureus* became the second most common pathogen (15.6%), followed by *K. pneumoniae* (12.1%). More than 80% of infections in both years originated from community-acquired sources, with no statistically significant difference between years ($p > 0.05$). Analysis of antimicrobial resistance trends revealed that *Acinetobacter baumannii* showed increasing resistance to carbapenems (from 54% to 86%) and aminoglycosides (from 54% to 71%). In contrast, *K. pneumoniae* and *S. aureus* exhibited decreasing resistance trends. *E. coli* maintained high resistance to co-trimoxazole, rising from 52% to 55%. The number of deaths from bloodstream infections was identical across both years (30 deaths), with no statistically significant difference ($p > 0.05$). However, the mortality proportion slightly declined from 22.9% to 21.3%. Patients with hospital-acquired infections had significantly higher mortality rates compared with those with community-acquired infections ($p < 0.05$). When classified by pathogen, *Pseudomonas aeruginosa* had the highest mortality rate at 75%, followed by *A. baumannii* at 50%, whereas *Streptococcus pneumoniae* was associated with no deaths. Regarding antibiotic utilization, third-generation cephalosporins had the highest Defined Daily Dose (DDD) throughout the study period, followed by methicillin and carbapenems, which corresponded with the distribution of pathogens identified in the hospital.

Keywords: bloodstream infection, antimicrobial-resistant bacteria, Banmi Hospital

บทนำ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (bloodstream infection: BSI) เป็นภาวะที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติ ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมักเกิดจากการแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรียจากแหล่งติดเชื้ออื่นเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งสามารถนำไปสู่ภาวะติดเชื้อรุนแรง (sepsis) และภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ได้ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที ภาวะเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญหลายระบบและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในเวลาอันสั้น[1] ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา อุบัติการณ์ของการติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีการรายงานว่าร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประสบกับภาวะนี้อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในประเทศไทยที่การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมยังเป็นปัญหาสำคัญ[2] จากรายงานของระบบเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (National Antimicrobial Resistance Surveillance Thailand: NARST) พบว่าแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อในกระแสเลือดมักเป็นเชื้อก่อโรคที่มีความสามารถในการดื้อยา เช่น *Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii, Staphylococcus aureus, Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium* และ *Streptococcus pneumoniae* ซึ่งทั้งหมดนี้จัดเป็น “แบคทีเรียเฝ้าระวัง” เนื่องจากมีแนวโน้มดื้อยาสูงและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อระบบสาธารณสุข[3] การศึกษาถึงลักษณะของการติดเชื้อจากแบคทีเรียเฝ้าระวังทั้ง 8 ชนิดนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญในโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี เป็นโรงพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปที่ให้บริการประชากรจำนวนมากในพื้นที่โดยรอบ มีผู้ป่วยในเข้ารับการรักษาเฉลี่ยปีละหลายหมื่นราย โดยในช่วงที่ผ่านมามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวนหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด การติดเชื้อจากแบคทีเรียดื้อยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่งผลให้ต้องใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรุนแรงซึ่งมีราคาสูงและเสี่ยงต่อผลข้างเคียง[4] ข้อมูลจากการเฝ้าระวังการดื้อยาของประเทศไทยพบว่าในปี 2566 การติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรีย *Acinetobacter baumannii* มีอัตราการดื้อยา

carbapenem สูงถึงร้อยละ 70 ขณะที่ *Klebsiella pneumoniae* และ *Escherichia coli* มีแนวโน้มดื้อยา cephalosporins และ fluoroquinolones ในระดับที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า การเพิ่มขึ้นของการดื้อยาเหล่านี้ทำให้การเลือกใช้ยารักษาเป็นไปอย่างจำกัด และหากไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วอาจนำไปสู่ความล้มเหลวในการรักษา[1] นอกจากนี้การวิเคราะห์ข้อมูลระดับท้องถิ่นจะช่วยให้เข้าใจลักษณะเฉพาะของการติดเชื้อในบริบทของพื้นที่ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น การเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อและความไวต่อยาของเชื้อในโรงพยาบาลบ้านหมี่ กับข้อมูลระดับประเทศ จะช่วยให้สามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงและวางแผนป้องกันการระบาดของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในแง่ของการเลือกแนวทางการรักษา การจัดการยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม (Antimicrobial Stewardship) และการส่งเสริมระบบควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control Program) ให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น[2] มีงานวิจัยหลายฉบับที่ศึกษาอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียเฝ้าระวังในระดับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น งานวิจัยของสุภาวดี (2564) ที่ศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า *Escherichia coli* และ *Klebsiella pneumoniae* เป็นเชื้อที่พบบ่อยที่สุด และมีอัตราการดื้อยา cephalosporins สูงเกินร้อยละ 60 ขณะเดียวกันงานวิจัยของภูวดลและคณะ[5] ซึ่งศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัดระดับตติยภูมิในภาคใต้ พบว่า Acinetobacter baumannii และ *Pseudomonas aeruginosa* มีอัตราการดื้อยา carbapenem สูงถึงร้อยละ 80 โดยผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากเชื้อดื้อยากลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าร้อยละ 40 อย่างไรก็ตาม ทั้งสองงานวิจัยเน้นเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตเมือง และไม่ได้สะท้อนสถานการณ์ของโรงพยาบาลขนาดกลางที่อาจมีบริบทและข้อจำกัดแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งในแง่ของการสร้างฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียเฝ้าระวัง 8 ชนิด ในโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี และในแง่ของการนำข้อมูลไปใช้สนับสนุนการวางแผนนโยบายด้านสุขภาพ การจัดทำแนวทางการควบคุมเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลชุมชน และส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นต้นแบบในการจัดทำระบบเฝ้าระวังในระดับอำเภอหรือจังหวัดอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ในอนาคต ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพของประเทศในระยะยาว[1] ประเทศไทยปัญหาเชื้อดื้อยามีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง กรมควบคุมโรคได้จัดตั้งระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาแห่งชาติ (National AMR Surveillance) โดยติดตามแบคทีเรียเฝ้าระวัง 8 ชนิด ที่พบบ่อยในโรงพยาบาล ได้แก่ *Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae, Salmonella* spp. และ *Enterococcus faecium*[6]

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่ง จะทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับกับชนิดของเชื้อแบคทีเรียเฝ้าระวังที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัจจัยเสี่ยง และอัตราการดื้อยาของเชื้อเหล่านี้ในบริบทท้องถิ่น ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาอย่างมีประสิทธิภาพ[7] การวิเคราะห์อุบัติการณ์ของการติดเชื้อในกระแสเลือดจากเชื้อแบคทีเรียเฝ้าระวัง 8 ชนิด จะช่วยให้สามารถประเมินสถานการณ์จริงในพื้นที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ และสามารถระบุแนวโน้มการดื้อยาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยนี้มีทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับประเทศ โดยในระดับโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้จะสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงแนวทางการรักษา การเลือกใช้ยาปฏิชีวนะให้เหมาะสมกับเชื้อที่พบในพื้นที่ และลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น ซึ่งจะช่วยลดอัตราการดื้อยาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาไม่ตรงจุด[1] ใน

ขณะเดียวกันในระดับนโยบาย ข้อมูลจากการศึกษานี้สามารถสนับสนุนหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางควบคุมการติดเชื้อที่มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดเล็กทั่วประเทศ สุดท้ายงานวิจัยนี้สอดคล้องโดยตรงกับวัตถุประสงค์หลักของการศึกษา คือเพื่อวิเคราะห์อุบัติการณ์และชนิดของแบคทีเรียเฝ้าระวัง 8 ชนิด ที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลบ้านหมี่ รวมถึงเพื่อประเมินผลการทดสอบความไวต่อยาต้านจุลชีพของเชื้อเหล่านี้ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการพัฒนาแนวทางรักษาและควบคุมเชื้อดื้อยาในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อศึกษาแหล่งที่มาของการติดเชื้อในกระแสเลือดที่พบโรงพยาบาลบ้านหมี่
3. เพื่อศึกษาแนวโน้มการดื้อยาปฏิชีวนะการติดเชื้อในกระแสเลือด
4. เพื่อประเมินผลกระทบของการติดเชื้อในกระแสเลือดต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการวิจัย

รูปแบบวิจัย

การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2566- เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี และมีผลเพาะเชื้อจากเลือดในช่วงเวลา 1 มกราคม พ.ศ.2566 - 31 ธันวาคม พ.ศ.2567 จากข้อมูลผลการเพาะเชื้อจากเลือดทางห้องปฏิบัติการงานจุลชีววิทยาคลินิก จำนวน 3,458 คน 8,397 ตัวอย่าง

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลจาก Microbiology data จากโปรแกรม MLAB และข้อมูลจากระบบเวชระเบียน HOSxP สำหรับการเก็บข้อมูลงานจุลชีววิทยาที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยโดยแบบบันทึกนี้ถูกสร้างขึ้นให้เหมาะสมกับงานวิจัยเพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วน แบบบันทึกข้อมูลจะประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลจากระบบเวชระเบียน (HOSxP) ประกอบด้วยข้อมูล HN , Admiission date, Discharge date, Discharge status, Discharge type, Age, Sex

2. ข้อมูลงานจุลชีววิทยาจากโปรแกรม MLAB ได้แก่ ผลเพาะเชื้อจากเลือดชนิดของเชื้อแบคทีเรียที่ตรวจพบ ผลการทดสอบความไวต่อสารต้านจุลชีพ (Antimicrobial susceptibility testing)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลทั้งหมดตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าความตรงของเนื้อหา IOC=0.98 ความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (*alpha-cofficient*) ของครอนบาค เท่ากับ 0.82

การรวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูลจากการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างจากเลือดส่งเพาะเชื้อและมีเชื้อเจริญจำแนกชนิดของ เชื้อที่พบวิเคราะห์ผลดื้อยาต่อสารต้านจุลชีพ วิเคราะห์แหล่งของการติดเชื้อ วิเคราะห์ผลกระทบของการติดเชื้อในกระแสเลือดกับอัตราการเสียชีวิต ข้อมูลที่ได้ผู้ป่วยคนเดียวกันจะตัดผลตรวจที่ซ้ำกัน (de - duppulicate)

2. รวบรวมข้อมูลข้อมูลจากระบบเวชระเบียน (HOSxP) ไฟล์ข้อมูล Hospital Admission data (จากHosXP) และข้อมูลจาก Microbiology data (จากข้อ MLAB) นำข้อมูลทั้ง 2 ส่วนมาประมวลผลวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดวันที่เก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ต้องเป็นวันเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติร้อยละ และสถิติ Chi-square กำหนด นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สถิติ Odds Ratio (OR) เพื่ออธิบายผลการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบ้านหมี่ โดยมีหนังสือรับรอง เลขที่ 2568/05 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2568

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

ตารางที่ 1 การส่งตรวจเพาะเชื้อจากกระแสเลือดและอัตราการพบเชื้อ

ช่วงเวลาที่ศึกษา	จำนวนส่งเพาะเชื้อจากเลือด (ตัวอย่าง)	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ผลตรวจไม่พบเชื้อ (Negative) (ตัวอย่าง)	%	ผลตรวจพบเชื้อ (Positive) (ตัวอย่าง)	%
ปี 2566	3,870	1,598	3,426	89	444	11
ปี 2567	4,527	1,860	4,017	88	510	12
Total	8,397	3,458	7,443	88	954	11

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษา พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 มีตัวอย่างส่งตรวจเพาะเชื้อจากเลือดจำนวน 3,870 ตัวอย่าง พบเชื้อจำนวน 444 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 11 และไม่พบเชื้อจำนวน 3,426 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 89 สำหรับปี พ.ศ. 2567 มีตัวอย่างส่งตรวจ 4,527 ตัวอย่าง พบเชื้อ 510 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 12 และไม่พบเชื้อ 4,017 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 88 รวมทั้งสองปีมีตัวอย่างส่งตรวจทั้งหมด 8,397 ตัวอย่าง จากผู้ป่วย 3,458 ราย โดยผลการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อเจริญ 7,443 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 88 และพบเชื้อเจริญ 954 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 11 (เมื่อวิเคราะห์เฉพาะเชื้อเฝ้าระวัง 8 ชนิด พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2566–2567 พบมีจำนวน 472 ตัวอย่าง จากผู้ป่วย 272 ราย)

2. ผลการศึกษาแหล่งที่มาของการติดเชื้อในกระแสเลือดที่พบโรงพยาบาลบ้านหมี่

ตารางที่ 2 อัตรา**การพบเชื้อในกระแสเลือดแยกตามแหล่งของการติดเชื้อ**

Infection Origin (ราย)	ปี 2566		ปี 2567		P-value
	Number of patients with positive culture results.	%	Number of patients with positive culture results	%	
Community origin	108	82.4	115	81.6	0.25
Hospital-origin	21	16	19	13.5	
Unknown-origin	2	1.5	7	4.9	
Total	131		141		

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05)

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบแหล่งที่มาของการติดเชื้อ ปี พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567 พบการติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่มาจากแหล่งชุมชน โดยในปี 2566 พบการติดเชื้อจากแหล่งชุมชน ร้อยละ 82.4 การติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ 16 และในปี พ.ศ.2567 พบการติดเชื้อจากแหล่งชุมชน ร้อยละ 81.6 และพบการติดเชื้อจากโรงพยาบาลร้อยละ 13.5 ส่วนการติดเชื้อที่ไม่สามารถระบุแหล่งที่มาได้ (unknown-origin) พบ 2 ราย (ร้อยละ 1.5) ในปี 2566 และเพิ่มขึ้นเป็น 7 ราย (ร้อยละ 4.9) ในปี 2567 วิเคราะห์ความแตกต่างของแหล่งการติดเชื้อจากแหล่งเดียวกันเปรียบเทียบทั้ง 2 ปี พบว่าไม่มี

ความแตกต่างของแหล่งการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value >0.05

3. ผลการศึกษาแนวโน้มการดื้อยาปฏิชีวนะการติดเชื้อในกระแสเลือด

3.1 *Escherichia coli* การดื้อ fluoroquinolones ลดลงจาก 51% เหลือ 46% แต่ยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งเขตสุขภาพที่ 4 (33%) และระดับประเทศ (35%) การดื้อ 3rd generation cephalosporins ลดลงจาก 46% เหลือ 35% ใกล้เคียงระดับประเทศ (30%) การดื้อ co-trimoxazole เพิ่มขึ้นจาก 52% เป็น 55% สูงกว่าทั้งเขตและประเทศ (40–42%)

3.2 *Staphylococcus aureus* การดื้อ methicillin ลดลงจาก 7% เป็น 0% ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยเขต (8%) และประเทศ (10%)

3.3 *Klebsiella pneumoniae* การดื้อ carbapenems ลดลงจาก 10% เป็น 0% ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ (7–10%) การดื้อ 3rd generation cephalosporins ลดลงจาก 40% เหลือ 6% ต่ำกว่าประเทศ (25%) การดื้อ fluoroquinolones ลดลงจาก 30% เหลือ 6% ต่ำกว่าประเทศ (22%)

3.4 *Acinetobacter baumannii* การดื้อ carbapenems เพิ่มสูงจาก 54% เป็น 86% สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ (70–80%) การดื้อ aminoglycosides เพิ่มจาก 54% เป็น 71% สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ (60%)

3.5 *Pseudomonas aeruginosa* การดื้อ aminoglycosides และ carbapenems คงที่ที่ 25% ใกล้เคียงระดับประเทศ (28–30%)

3.6 *Enterococcus* spp. (VRE) การดื้อ vancomycin ลดลงจาก 50% เหลือ 0% ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ (7%) อย่างมาก

3.7 *Salmonella* spp. การดื้อ 3rd generation cephalosporins เพิ่มจาก 0% เป็น 10% ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ (<5%) แต่จำนวนผู้ป่วยอาจน้อย

3.8 *Streptococcus pneumoniae* การดื้อ co-trimoxazole เพิ่มจาก 50% เป็น 67% สูงกว่าระดับประเทศ (38–40%)

4. ผลการประเมินผลกระทบของการติดเชื้อในกระแสเลือดต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่

ตารางที่ 3 อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจำแนกตามปีและแหล่งที่มาของการติดเชื้อ (พ.ศ. 2566–2567)

ปี (พ.ศ.)	แหล่งที่มาของการติดเชื้อ	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (ราย)	ผู้เสียชีวิต (ราย)	อัตราการเสียชีวิต (%)	P-value
2566	Community-origin	108	21	19%	0.010
	Hospital-origin	21	9	43%	
	ไม่ทราบแหล่งที่มา	2	-	-	
รวม		131	30	22.9%	0.79
2567	Community-origin	115	19	17%	0.002
	Hospital-origin	19	11	58%	
	ไม่ทราบแหล่งที่มา	7	-	-	
รวม		141	30	21.3%	0.79

จากตารางที่ 3 อัตราการเสียชีวิตรวม พบว่า ปีลดลง เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตทั้ง 2 ปี พบว่า 2566 มีอัตรา 22.9% และในปี 2567 ลดลงเล็กน้อยเป็นอัตราการเสียชีวิตทั้ง 2 ปีไม่มีความแตกต่างอย่างมี 21.3% แม้ว่าจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งสองปีเท่ากัน (30 ราย)นัยสำคัญ และเมื่อจำแนกตามแหล่งที่มาของการติดเชื้อแต่มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นในปี 2567 ทำให้สัดส่วนการเสียชีวิตการติดเชื้อจากแหล่ง Community-origin infection

อัตราการเสียชีวิตลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 19 ในปีเป็นร้อยละ 58 ในปี2567 เมื่อวิเคราะห์ทั้งสองปี พบ 2566 และในปี 2567 เหลือร้อยละ 17 และในปี 2567ผู้ป่วยที่ติดเชื้อจาก Hospital-origin infection มีอัตรา พบอัตราการเสียชีวิต Hospital-origin infection สูงกว่าการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ติดเชื้อจาก Community-origin ชัดเจน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43 ในปี 2566infection อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 4 อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียเฝ้าระวัง 8 ชนิด ปี 2566 -ปี 2567

Organism	ผู้ป่วย (คน)	ผู้เสียชีวิต (คน)	อัตราการเสียชีวิต (%)
Pseudomonas aeruginosa	12	9	75.0
Acinetobacter baumannii	18	9	50.0
Klebsiella pneumoniae	37	14	37.8
Enterococcus spp.	14	4	28.6
Salmonella spp.	13	2	15.4
Escherichia coli	137	19	13.9
Staphylococcus aureus	36	3	8.3
Streptococcus pneumoniae	5	0	0.0

จากตารางที่ 4 จำนวนการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียเฝ้าระวัง 8 ชนิด พบเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* มีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 75 รองลงมาเป็นเชื้อ *Acinetobacter baumannii* พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 50 เชื้อ *Klebsiella pneumoniae* พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 37.8 เชื้อ *Enterococcus* spp. พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 28.6 เชื้อ *Salmonella* spp. พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 15.4 เชื้อ *Escherichia coli* . พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 13.9 เชื้อ *Staphylococcus aureus* . พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.3 และ *Streptococcus pneumoniae* ไม่พบการเสียชีวิต

5. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือด

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือด

ตัวแปร	COR (95% CI)	P value	AOR (95% CI)	P value
อายุมากกว่า 60 ปี	2.94 (1.32-8.96)	0.005	2.83 (1.24-8.76)	0.007
แหล่งติดเชื้อ Hospital-origin	2.27 (1.04-4.57)	0.047	2.21 (0.98-3.42)	0.073
การเข้ารับการรักษาใน ICU	3.81 (1.94-11.03)	0.005	3.72 (1.92-10.94)	0.004
การติดเชื้อ *Escherichia coli*	5.93 (2.18-32.83)	0.002	5.82 (2.39-31.46)	0.001
Urinary tract infection (UTI)	3.09 (1.03-13.26)	0.003	3.38 (1.83-14.26)	0.002
Respiratory infection	2.54 (1.39-5.04)	0.041	2.42 (1.39-5.04)	0.041

จากตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี การเข้ารับการรักษาใน ICU การติดเชื้อ *Escherichia coli* การติดเชื้อในระบบ Urinary tract infection (UTI) Respiratory infection

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการติดเชื้อแบคทีเรียเฝ้าระวัง 8 ชนิดที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2566–2567 พบว่า มีจำนวนสิ่งส่งตรวจทั้งหมด 3,870 ตัวอย่างในปี 2566 และ 4,527 ตัวอย่างในปี

2567 โดยสามารถแยกเชื้อได้จากผู้ป่วย 131 รายในปี 2566 และ 141 รายในปี 2567 เชื้อที่ตรวจพบมากที่สุดในทั้งสองปีคือ *Escherichia coli* คิดเป็นร้อยละ 51.9 (114 ตัวอย่าง จากผู้ป่วย 68 ราย) ในปี 2566 และร้อยละ 48.9 (128 ตัวอย่าง จากผู้ป่วย 69 ราย) ในปี 2567 รองลงมาคือ *Klebsiella pneumoniae* ร้อยละ 15.3 และ 12.1 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า *Escherichia coli* และ *Klebsiella pneumoniae* ยังคงเป็นเชื้อที่พบบ่อยที่สุดในการติดเชื้อในกระแสเลือด สอดคล้องกับรายงานการเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทยและระดับโลก ซึ่งพบว่า *E. coli* เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำ และร่างกายอ่อนแอ[8,9] สำหรับเชื้อก่อโรคกลุ่ม non-fermentative พบว่า *Acinetobacter baumannii* มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 8.4 เหลือร้อยละ 5.0 อาจสะท้อนถึงการดำเนินมาตรการควบคุมการติดเชื้อที่เข้มงวดขึ้นภายในโรงพยาบาล หรือการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ยาต้านจุลชีพ ขณะที่ *Pseudomonas aeruginosa* เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.1 เป็นร้อยละ 5.7 และเชื้อ *Salmonella* spp. มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.3 เป็นร้อยละ 7.1 ในปี 2567 เป็นข้อสังเกตสำคัญ เนื่องจากเชื้อทั้งสองชนิดมีการดื้อยาหลายขนาน โดย *P. aeruginosa* มักสัมพันธ์กับผู้ป่วยวิกฤติในหอผู้ป่วยหนัก ส่วน *Salmonella spp.* อาจสะท้อนการแพร่ระบาดในชุมชนหรือการปนเปื้อนทางอาหาร[10] ซึ่งควรได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง เชื้อในกลุ่ม *Staphylococcus aureus* เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 10.7 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 15.6 ในปี 2567 ขณะที่ *Enterococcus* spp. ลดลงจากร้อยละ 6.8 เหลือร้อยละ 3.5 ส่วน *Streptococcus pneumoniae* พบใกล้เคียงกันในทั้งสองปี ร้อยละ 1.5 และ 2.1 ตามลำดับ

วิเคราะห์แหล่งที่มาของการติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการติดเชื้อจากแหล่งชุมชน (community-origin) โดยในปี 2566 พบผู้ป่วย 108 ราย (ร้อยละ 82.4) และในปี 2567 พบ 115 ราย (ร้อยละ 81.6) สอดคล้องกับรายงานระดับประเทศและนานาชาติที่ระบุว่า *Escherichia coli* และ *Klebsiella pneumoniae* ซึ่งเป็นเชื้อหลักที่พบบ่อย มักเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและระบบทางเดินอาหารที่มีจุดเริ่มจากชุมชน[11,9] สำหรับการติดเชื้อจากแหล่งโรงพยาบาล (hospital-origin)ในปี 2566 พบ 21 ราย (ร้อยละ 16.0) และ ในปี 2567 พบ 19 ราย (ร้อยละ 13.5) พบว่ามีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 16.0 เหลือร้อยละ 13.5 สะท้อนถึงมาตรการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การใช้มาตรการป้องกันการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับสายสวนหลอดเลือดดำและการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม[12,10] ส่วนการติดเชื้อที่ไม่สามารถระบุแหล่งที่มาได้ (unknown-origin) พบ 2 ราย (ร้อยละ 1.5) ในปี 2566 และเพิ่มขึ้นเป็น 7 ราย (ร้อยละ 4.9) ในปี 2567 เนื่องจากสาเหตุไม่มีข้อมูลการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ได้วิเคราะห์ความแตกต่างของแหล่งที่มาของการติดเชื้อทั้ง 2 ปี ด้วยสถิติ Chi-square test ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value = 0.762 จากการศึกษาแนวโน้มการดื้อยาปฏิชีวนะจำแนกตามชนิดเชื้อที่พบและเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ที่ได้กับเขตสุขภาพที่ 4 และระดับประเทศ จากการศึกษานี้พบแนวโน้มที่หลากหลายของการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลบ้านหมี่ เชื้อ E. coli และ K. pneumoniae แนวโน้มการดื้อต่อยากลุ่ม cephalosporins และ fluoroquinolones ลดลงชัดเจน ซึ่งอาจสะท้อนถึงการปรับนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะ (antimicrobial stewardship) ของโรงพยาบาล และการเฝ้าระวังเชิงรุก การดื้อ co-trimoxazole ของ E. coli ยังคงสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ สอดคล้องกับรายงานของ National Antimicrobial Resistance Surveillance Center Thailand (NARST, 2023) ที่ชี้ว่าการดื้อ co-trimoxazole ของเชื้อ E. coli มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในหลายพื้นที่ S. aureus (MRSA) มีการลดลงจนไม่พบการดื้อ methicillin ในปี 2567 ถือเป็นมาตรการควบคุมเชื้อที่ดี สอดคล้องกับแนวโน้มระดับประเทศ

ที่ MRSA ลดลงจากมาตรการควบคุมการติดเชื้อ[9] เมื่อจำแนกตามชนิดของเชื้อ พบว่า pneumoniae การลดลงของการดื้อ carbapenems และ cephalosporins สะท้อนประสิทธิผลของมาตรการเฝ้าระวังและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม แต่ควรเฝ้าระวังต่อเนื่องเนื่องจากเชื้อนี้มีศักยภาพในการพัฒนากลไกการดื้อยาหลายชนิด[13] A. baumannii การเพิ่มขึ้นของการดื้อ carbapenems จาก 54% เป็น 86% เป็นสัญญาณอันตราย เนื่องจากเชื้อนี้เป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในผู้ป่วยวิกฤติ และสอดคล้องกับรายงานทั่วประเทศที่ชี้ว่าการดื้อ carbapenems ใน A. baumannii สูงกว่า 70%[3,9] แสดงถึงความจำเป็นในการใช้มาตรการควบคุมการติดเชื้ออย่างเข้มงวด P. aeruginosa อัตราการดื้อคงที่และใกล้เคียงค่าเฉลี่ยประเทศ แสดงถึงการควบคุมที่ค่อนข้างคงตัว Enterococcus spp. (VRE) การลดลงจาก 50% เป็น 0% ถือเป็นผลลัพธ์ที่ดีมาก สะท้อนว่าการควบคุมการแพร่กระจายของ VRE ภายในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ (O'Driscoll & Crank, 2015) Salmonella spp. และ S. pneumoniae: แม้จะพบอัตราดื้อยาสูงขึ้น แต่จำนวนตัวอย่างอาจไม่มาก อย่างไรก็ตาม ควรเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเชื้อเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในชุมชนและมีความสำคัญทางสาธารณสุข

จากข้อมูลแนวโน้มการดื้อยาปฏิชีวนะที่วิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการ ได้นำผลข้อมูลการเพาะเชื้อวิเคราะห์ร่วมการข้อมูลการใช้ยาจากกลุ่มงานเภสัชกรรม วิเคราะห์ค่า Defined Daily Dose (DDD) ต่อ 100 วันนอน ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าการใช้ 3rd generation cephalosporins และ carbapenems ยังคงอยู่ในระดับสูง ซึ่งสัมพันธ์ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการและปัญหาการดื้อยาที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ A. baumannii ที่มีการดื้อ carbapenems สูงขึ้นชัดเจน แสดงถึงแนวโน้มการใช้ยากลุ่ม broad-spectrum antibiotics อย่างต่อเนื่อง ในทางกลับกัน การใช้ยากลุ่ม fluoroquinolones และ vancomycin ในปริมาณที่เหมาะสม สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราดื้อยา สะท้อนถึงมาตรการจำกัดการใช้ยา (restriction policy) สำหรับ co-trimoxazole แม้จะมีการใช้น้อยในโรงพยาบาล แต่กลับพบอัตราดื้อเพิ่มขึ้น สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากการใช้ในชุมชนหรือสถานพยาบาลปฐมภูมิ ซึ่งไม่อยู่ในขอบเขตการควบคุมของโรงพยาบาล

จากผลการศึกษาอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยรวม ในปี 2566 และ 2567 อยู่ที่ 22.9% และ 21.3% ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 4 (ประมาณ 21%) และระดับประเทศ (ประมาณ 21–22%) และไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.79$) แสดงให้เห็นว่าภาพรวมของสถานการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลบ้านหมี่สอดคล้องกับแนวโน้มระดับประเทศ[14,3] เมื่อจำแนกตามแหล่งที่มาของการติดเชื้อ พบว่า Community-origin infection มีอัตราการเสียชีวิตลดลงเล็กน้อยจาก 19% ในปี 2566 เหลือ 17% ในปี 2567 และใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยเขตและประเทศ (14–16%) แสดงถึงประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อจากชุมชนที่ดีขึ้น ซึ่งอาจสะท้อนถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวทางการรักษา (empirical therapy) ที่เหมาะสม และการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก[15] ตรงกันข้ามการติดเชื้อจาก Hospital-origin infection พบอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ามาก โดยปี 2566 อยู่ที่ 43% และเพิ่มขึ้นเป็น 58% ในปี 2567 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยเขตสุขภาพที่ 4 (≈28–29%) และระดับประเทศ (≈25–31%) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) การเพิ่มขึ้นดังกล่าวอาจเกิดจากการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาหลายขนาน (multidrug-resistant organisms: MDROs) โดยเฉพาะ *Acinetobacter baumannii* และ *Pseudomonas aeruginosa* ที่มักพบในผู้ป่วยวิกฤติ ใช้เครื่องมือแพทย์ หรือมีการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (ICU)[16] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานระดับประเทศที่ระบุว่าผู้ป่วยติดเชื้อจากโรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่า Community-origin อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากเชื้อในโรงพยาบาลมีความซับซ้อนในการรักษา การเลือกใช้ยาต้องอาศัยผลการเพาะเชื้อและการทดสอบ

ความไวต่อยาต้านจุลชีพ อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีภาวะโรคร่วมและการรักษาที่ซับซ้อนมากกว่า[14,3] (กรมควบคุมโรค, 2567; NARST, 2024) ดังนั้นการควบคุมการติดเชื้อ (infection control) และการบริหารจัดการยาต้านจุลชีพ (antimicrobial stewardship program: ASP) จึงเป็นมาตรการสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างเข้มงวด

การวิเคราะห์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า *Pseudomonas aeruginosa* และ *Acinetobacter baumannii* มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด (75% และ 50% ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานที่ระบุว่าเชื้อมักพบในผู้ป่วยวิกฤติ โดยเฉพาะผู้ที่รักษาในหอผู้ป่วยหนักหรือมีการใช้เครื่องมือแพทย์ และมักมีการดื้อยาหลายขนาน ส่งผลให้การรักษามีข้อจำกัด[17] เชื้อ *Klebsiella pneumoniae* พบอัตราการเสียชีวิต 37.8% ซึ่งอาจสัมพันธ์กับสายพันธุ์ที่สร้างเอนไซม์ Extended-Spectrum β-lactamases (ESBLs) หรือ *Carbapenem-resistant K. pneumoniae* (CRKP) ที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นเชื้อดื้อยาสำคัญระดับโลก (CDC, 2023) ขณะที่ *Enterococcus* spp. มีอัตราการเสียชีวิต 28.6% แม้ต่ำกว่าเชื้อแกรมลบ แต่ยังเป็นความท้าทายทางคลินิก โดยเฉพาะสายพันธุ์ดื้อยา *vancomycin* (VRE) ซึ่งสัมพันธ์กับการเสียชีวิตสูงในผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Klein et al., 2021)ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ระหว่างการเสียชีวิตกับการติดเชื้อจากเชื้อดื้อยาหลายขนาน โดยเฉพาะ *Acinetobacter baumannii* และ *Pseudomonas aeruginosa* ที่มักเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวิกฤติหรือใน ICU[16,9] สอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศที่ระบุว่าการติดเชื้อจากโรงพยาบาลมีความเสี่ยงเสียชีวิตสูงกว่าการติดเชื้อจากชุมชน เนื่องจากความซับซ้อนของเชื้อและภาวะโรคร่วมของผู้ป่วย[3] ดังนั้นมาตรการควบคุมการติดเชื้อ และ การบริหารจัดการการใช้ยาต้านจุลชีพ (ASP) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาและลดอัตราการเสียชีวิต ในอนาคตเชื้อที่พบบ่อยในชุมชน เช่น *Escherichia coli* และ *Staphylococcus aureus* พบอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่า (13.9% และ 8.3% ตามลำดับ) สอดคล้องกับรายงานก่อนหน้า หากวินิจฉัยและให้ยาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที[18] ส่วน *Streptococcus pneumoniae* ไม่พบการเสียชีวิต อาจสะท้อนการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี และจำนวนผู้ป่วยค่อนข้างน้อยในกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์การติดเชื้อร่วมในระบบอื่นผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด (Hemo positive) จำนวนทั้งสิ้น 472 ตัวอย่าง มีจำนวน 127 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 26.9พบว่า Urine เป็นชนิดตัวอย่างที่ตรวจพบการติดเชื้อร่วมสูงสุด จำนวน 84 ตัวอย่าง คิดเป็น ร้อยละ 66.1 รองลงมาเป็น Sputum พบจำนวน 29 ตัวอย่าง คิดเป็น 22.8 และตัวอย่างจาก Pus, Body Fluid และ CSF พบในสัดส่วนที่น้อยกว่า พบ 9 ตัวอย่าง, 3 ตัวอย่าง และ 2 ตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์แหล่งการติดเชื้อระบบอื่นร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือด (BSI) พบว่า UTI เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งสะท้อนว่า urinary tract เป็นแหล่งเชื้อสำคัญ โดยเฉพาะ *Escherichia coli* และเชื้อแกรมลบอื่น ๆ ที่สามารถเข้าสู่กระแสเลือดได้ง่าย[19,20] ผลนี้สอดคล้องกับข้อมูลเฝ้าระวังระดับประเทศที่รายงานว่า *E. coli* เป็นเชื้อก่อโรคที่พบบ่อยที่สุดใน BSI ของประเทศไทย[3] เช่นเดียวกับรายงานระดับสากลที่ระบุว่า UTI เป็นแหล่งเชื้อสำคัญที่สามารถพัฒนาไปสู่ sepsis ได้หากการรักษาล่าช้า (Flores-Mireles et al., 2015) การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (respiratory infection) พบว่าเป็นสาเหตุรองลงมา แม้ว่าการติดเชื้อจาก pus, body fluid และ CSF จะพบน้อยกว่า แต่หากเกิดขึ้นมักมีความรุนแรงสูง เช่น *meningitis*, *peritonitis* และ *wound infection* ที่มีความเสี่ยงเข้าสู่กระแสเลือดและนำไปสู่ภาวะ sepsis[21]สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างทันท่วงที รวมถึงการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือมีการรักษาทางศัลยกรรมร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะ

1.ห้องปฏิบัติการ

พัฒนาระบบรายงานผลโดยเชื่อมโยงกับระบบ HOSxP เพื่อให้แพทย์เข้าถึงผลตรวจได้รวดเร็ว พร้อมเสริมระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาแบบ real-time และจัดทำ AMR reporting dashboard เพื่อช่วยตรวจจับแนวโน้มเชื้อดื้อยาได้เร็ว ลดการใช้ broad-spectrum และส่งเสริมการใช้ narrow-spectrum antibiotics นอกจากนี้ควรเพิ่มศักยภาพการตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติ (automated system) แทนวิธีดั้งเดิม และพัฒนาการตรวจเชื้อดื้อยาที่เฝ้าระวังโดยเข้าร่วมเครือข่าย NARST และเพิ่มศักยภาพการส่งตรวจยืนยัน

2. กลุ่มงานเภสัชกรรม

บูรณาการข้อมูลการใช้ยาต้านจุลชีพ (DDD) ร่วมกับข้อมูลการดื้อยา จัดทำ dashboard เฝ้าระวังเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน antimicrobial stewardship program (ASP) ภายในโรงพยาบาลบ้านหมี่ เสริมความเข้มแข็งของระบบ AMS โดยควบคุมการใช้ broad-spectrum อย่างเหมาะสม ส่งเสริมการใช้ empirical therapy ตาม antibiogram และแนวโน้ม AMR รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการอบรมการใช้ยาสมเหตุผล (RDU)

3. งานควบคุมการติดเชื้อ (IC)

ส่งเสริมความรู้บุคลากรด้านการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาและให้ความรู้แก่ประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ พร้อมพัฒนาระบบแจ้งเตือน (alert) ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบ HOSxP

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2022). Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS) report: 2022. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/9789240062702
2. กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์เชื้อดื้อยาประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข.
3. National Antimicrobial Resistance Surveillance Thailand (NARST). (2022). (n.d.). NARST—Antibiograms and surveillance dashboard. Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. Retrieved from https://narst.dmsc.moph.go.th/
4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2566). รายงานการใช้ยาในประเทศไทย ปี 2565. สืบค้นจาก https://www.fda.moph.go.th
5. ภูวดล หาญกิจ, และคณะ. (2565). การติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในผู้ป่วยวิกฤติ: การศึกษาในโรงพยาบาลจังหวัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(1), 88–96.
6. กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์เชื้อดื้อยาและระบบเฝ้าระวังประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข.
7. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2566). รายงานสถานการณ์เชื้อดื้อยาในประเทศไทย ปี 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
8. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2566). รายงานสถานการณ์การดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย ปี 2566. สืบค้นจาก https://dmsc.moph.go.th/
9. World Health Organization. (2024). Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS) report: 2023. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/9789240062702
10. Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Antibiotic resistance threats in the United States, 2021. U.S. Department of Health and Human Services.
11. Giske, C. G., et al. (2011). Prevalence of antibiotic resistance in bloodstream infections: A global overview. Clinical Microbiology and Infection, 17(6), 562–569. https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2010.03488.x

12. Kontula, K. S. K., Skogberg, K., Ollgren, J., Järvinen, A., & Lyytikäinen, O. (2022). Early deaths associated with community-acquired and healthcare-associated bloodstream infections: A population-based study, Finland, 2004 to 2018. Eurosurveillance, 27(36), 2101067. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.36.2101067
13. Codjoe, F. and Donkor, E. (2017) Carbapenem Resistance: A Review. Medical Sciences, 6, Article No. 1. https://doi.org/10.3390/medsci6010001
14. กรมควบคุมโรค. (2567). รายงานสถานการณ์เชื้อดื้อยาประจำปี 2567. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข.
15. Kevin B. Laupland, Felicity Edwards, Jayesh Dhanani. (2021). Determinants of research productivity during postgraduate medical education: a structured review. BMC Medical Education 21:567
16. Magill, S. S., O'Leary, E., Ray, S. M., et al. (2021). Antimicrobial resistance patterns in bloodstream infections: Surveillance and prevention. Clinical Infectious Diseases, 72(3), e59–e67.
17. Kang, L., Ma, S., Chen, M., et al. (2020) Impact on Mental Health and Perceptions of Psychological Care among Medical and Nursing Staff in Wuhan during the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak: A Cross-Sectional Study. Brain, Behavior, and Immunity, 87, 11-17.
18. Gao, Guang, Liu, Yameng, Li, Xinshu, Feng, Zhihua, Xu, Zhiguang, Wu, Hongyan, Xu, Juntian. (2017). Seawater carbonate chemistry and copper toxicity in the green tide alga Ulva prolifera in laboratory experiment.https://doi.org/10.1594/PANGAEA.875584,
19. Foxman, B. (2014) Urinary Tract Infection Syndromes: Occurrence, Recurrence, Bacteriology, Risk Factors, and Disease Burden. Infectious Disease Clinics of North America, 28, 1-13.
20. T.A. Russo, J.R. Johnson, Medical and economic impact of extraintestinal infections due to Escherichia coli: focus on an increasingly important endemic problem, Microbes Infect, 5 (2003) 449-456.
21. Diederik van de Beek, Matthijs C Brouwer, Uwe Koedel, Emma C Wall. (2021). Community-acquired bacterial meningitis. Lancet.25;398(10306):1171-1183.

อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่

Incidence and factors associated with adverse reactions to blood transfusion at Ban Mi Hospital.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

วัชรา ป้อทองคำ[1]
watchara pothongkham[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ปัจจัยที่สัมพันธ์ และแนวทางลดความเสี่ยงของการเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (survey research by retrospective study) โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งสิ้น 12,572 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ที่มีรายงานการเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์ อายุ 15 ปีขึ้นไป และมีข้อมูลเวชระเบียนสมบูรณ์ จำนวน 230 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square และ Multiple logistic regression

ผลการศึกษาพบว่า อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการหนาวสั่น ร้อยละ 45.22 รองลงมาคือ อาการแพ้แบบผื่นลมพิษ (urticaria) ร้อยละ 39.13 ส่วนประกอบของเลือดที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยามากที่สุดคือ packed red cells (PRC) ร้อยละ 70.00 ระยะเวลาที่เกิดปฏิกิริยาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงหลังเริ่มให้เลือด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับเลือดมากกว่า 3 ยูนิต ประวัติการได้รับเลือดมาก่อน ประวัติการตั้งครรภ์ และความเร็วในการให้เลือดน้อยกว่า 3 ชั่วโมง ($p<0.05$)

คำสำคัญ: การให้เลือด, ปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์, การรับโลหิต, อุบัติการณ์

Abstract

This study aimed to investigate the incidence, associated factors, and risk-reduction strategies for adverse transfusion reactions among patients at Ban Mi Hospital. A survey research by retrospective study was conducted by collecting data from patients who received blood and blood components between October 1, 2015, and September 30, 2024, totaling 12,572 patients. The study population consisted of 230 patients aged 15 years and older who experienced adverse transfusion reactions and had complete medical records. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and multiple logistic regression.

The results showed that the most common adverse reaction was chills (45.22%), followed by urticaria (39.13%). The blood component most frequently associated with adverse reactions was packed red cells (PRC), accounting for 70.00%. Most reactions occurred within 30 minutes to 1 hour after the initiation of transfusion. Factors significantly associated with adverse transfusion reactions included receiving more than three units of blood, a history of previous transfusions, a history of pregnancy, and a transfusion duration of less than three hours ($p < 0.05$).

Keywords: blood transfusion, adverse transfusion reactions, transfusion, incidence

บทนำ

การให้เลือดนอกจากมีประโยชน์ในการรักษาและช่วยชีวิตผู้ป่วยแล้ว อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ หรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา[1] ซึ่งอาจมีความรุนแรงมากจนทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิต เช่น การให้เลือดผิดหมู่ (Acute hemolytic transfusion reaction = AHTR) ภาวะที่มีไข้หลังได้รับเลือด (Frebrile non hemolytic transfusion reaction =

[1] งานธนาคารเลือด กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค โรงพยาบาลบ้านหมี่

FNHTR) โดยสาเหตุเกิดจากมีแอนติบอดีต่อแอนติเจนของเม็ดเลือดขาวที่อยู่ในส่วนประกอบเลือด ทำให้มีการหลั่ง Cytokines ออกมาในส่วนประกอบของเลือด หรือ อาจเกิดจาก Cytokines ที่หลั่งออกมาจากเม็ดเลือดขาวในส่วนประกอบของเลือดที่ทิ้งไว้นานก่อนทำการปั่นแยกทำให้ผู้รับเกิดปฏิกิริยามีไข้ หนาวสั่นหลังรับเลือด และมีไข้สูงขึ้นมากกว่า 1 องศาเซลเซียสหลังรับเลือด[2] ในปัจจุบันมีคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่เคยเกิดปฏิกิริยามาก่อนควรควรใช้ leukoreduced blood เช่น LPRC หรือ prestorage filtered blood ในผู้ป่วยที่มีการให้เลือดในระยะยาว และบางรายมีอาการผื่นคันบริเวณผิวหนัง Allergic reaction เป็นต้น เป้าหมายสำคัญของการให้เลือด คือการป้องกันการเกิดความผิดพลาดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดที่อาจเกิดขึ้นน้อยที่สุด ซึ่งจะทำให้การให้เลือดแก่ผู้ป่วยเกิดผลการรักษาที่ดีที่สุด แต่ในทางปฏิบัติความเสี่ยงจากการให้เลือด ยังเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในโรงพยาบาลทุกระดับทุกประเทศ ดังนั้นหลายประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร ประเทศแคนาดา ประเทศในยุโรป และประเทศสหรัฐอเมริกา จึงมีระบบการรายงาน และเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการให้เลือด[3]

ในประเทศไทย คณะอนุกรรมการวิชาการในคณะกรรมการจัดหาและส่งเสริมผู้ให้โลหิต ได้ทำการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับผลแทรกซ้อนจากการให้เลือดเริ่มตั้งแต่ พ.ศ.2544 และได้ทำอย่างต่อเนื่องมาทุกปี โดยปี พ.ศ. 2548 – 2551 พบว่าความผิดพลาดจากการให้เลือดเกิดขึ้นในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเกิดจากความบกพร่องของระบบงาน กระบวนการ อุปกรณ์ และบุคลากร ซึ่งจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนา หามาตรการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความผิดพลาดที่เกี่ยวกับการให้เลือดของโรงพยาบาลตลอดจนใช้เป็นข้อมูลในการอบรมบุคลากร ให้มีทักษะ มีความรู้ และความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานที่กำหนด รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่รับเลือด[4]

เป้าหมายสำคัญของการให้เลือด จึงเป็นการป้องกันการเกิดความผิดพลาดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดที่อาจเกิดขึ้นน้อยที่สุด ซึ่งจะทำให้การให้เลือดแก่ผู้ป่วยเกิดผลการรักษาที่ดีที่สุด การมีระบบการรายงานและเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการให้เลือด จึงจำเป็นต้องมีมาตรการที่สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด เพื่อติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยหลังได้รับเลือดอย่างใกล้ชิดและปลอดภัย เนื่องจากโรงพยาบาลบ้านหมี่ยังไม่เคยมีการศึกษาถึงอุบัติการณ์ และปัจจัยที่สำคัญมาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่ เพื่อลดความเสี่ยงและสนับสนุนนโยบายบริการโลหิตแห่งชาติ พ.ศ. 2568 ทำให้ผู้ป่วยได้รับเลือดที่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่
3. เพื่อหาแนวทางแก้ไขและลดจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิต

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (survey research by retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาจากการรับเลือด และส่วนประกอบของเลือดในโรงพยาบาลบ้านหมี่ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 – วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 12,572 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาจากการรับเลือด และส่วนประกอบของเลือดในโรงพยาบาลบ้านหมี่ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 – วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ มีการรายงานว่าเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิต มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และหญิง การลงบันทึกในเวชระเบียนครบถ้วน สมบูรณ์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 230 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว โรค/สาเหตุที่ขอใช้เลือด ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับโลหิต ประกอบด้วย หมู่เลือด ชนิดของเลือด อายุการเก็บโลหิต จำนวนครั้งที่รับเลือด อาการของผู้ป่วยหลังจากได้รับเลือด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการรับโลหิต ใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว ใช้สถิติ Chi-square ในการหาขนาดความสัมพันธ์ใช้ Odds ratio (OR) หลังจากวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวแล้วจะนำมาวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression และนำเสนอด้วยค่า Adjusted Odds ratio (Adjusted OR) และ 95% Confidence interval (CI) กำหนดการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

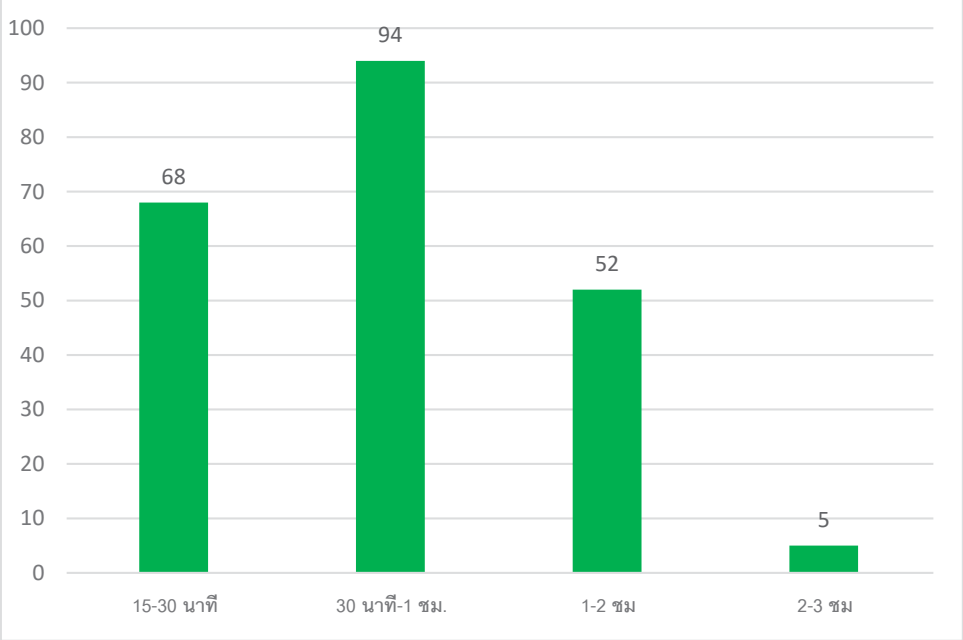
จากการรวบรวมข้อมูลการเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับเลือด (transfusion reactions) ระหว่างปี 2558-2567 ย้อนหลัง 10 ปี พบว่า การเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับเลือดจำนวน 230 คน การเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับเลือดที่พบมากเป็นอันดับแรก คือ อาการหนาวสั่นจำนวน 104 คน (ร้อยละ 45.22) รองลงมา คือ Allergy (urticaria) จำนวน 90 คน (ร้อยละ 39.13) เมื่อนำข้อมูลมาจำแนกตามชนิดของเลือด พบว่า packed red cells (PRC) เกิดมากที่สุด จำนวน 161 คน (70.00) รองลงมา FFP จำนวน 32 คน (13.91) ดังตารางที่ 1 ระยะเวลาที่ได้รับเลือดจนเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่เกิดที่ระยะเวลา 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง จำนวน 94 คน (ร้อยละ 40.87) ปริมาณเลือดที่ได้รับเลือดจนเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ 100 ml จำนวน 78 คน (ร้อยละ 33.91) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับเลือด > 3 ยูนิต ประวัติการได้รับเลือดมาก่อน ประวัติการตั้งครรภ์ และความเร็วในการให้เลือด < 3 ชั่วโมง (p<0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการรับเลือดจำแนกตามชนิดของเลือด ปี 2558-2567 (N=28)

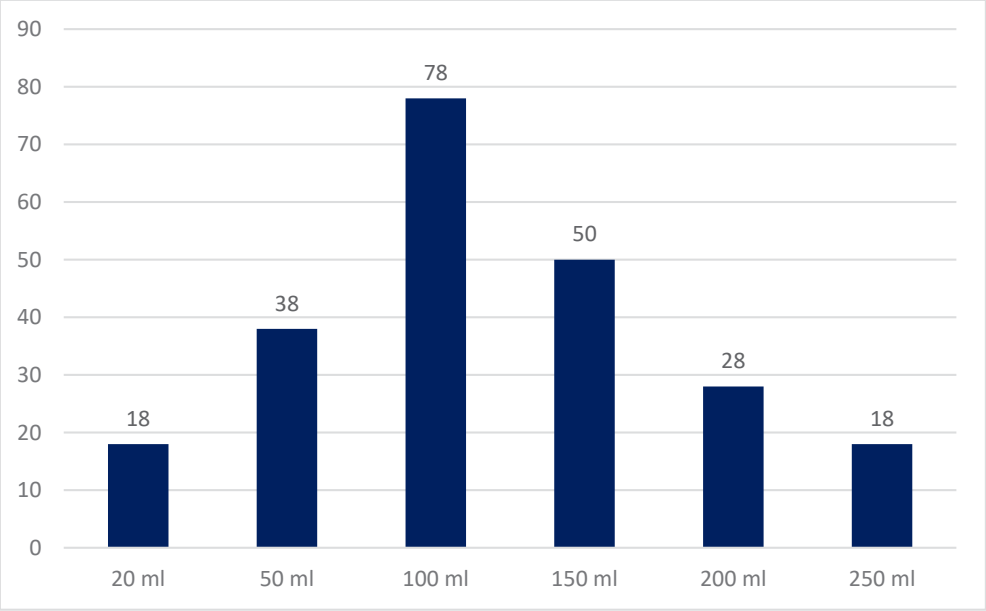
ปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์	ชนิดของเลือดที่ให้ผู้ป่วย (ยูนิต) จำนวน (ร้อยละ)				
	PRC	LPRC	FFP	PC	รวม
Chill	94 (90.38)	10 (9.62)	0	0	104 (45.22)
Allergy (urticaria)	39 (43.33)	9 (10.01)	32 (35.55)	10 (11.11)	90 (39.13)

ตารางที่ 1 ปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการรับเลือดจำแนกตามชนิดของเลือด ปี 2558-2567 (N=28)

ปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์	ชนิดของเลือดที่ให้ผู้ป่วย (ยูนิต) จำนวน (ร้อยละ)				
	PRC	LPRC	FFP	PC	รวม
AHTR (ผิดหมู่ ผิดคน)	0	0	0	0	0
มีไข้สูงขึ้น	28 (77.77)	8 (22.23)	0	0	36 (15.65)
รวม	161 (70.00)	27 (11.73)	32 (13.91)	10 (4.36)	230 (100)



แผนภูมิที่ 1 ระยะเวลาที่ได้รับเลือดจนเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์



แผนภูมิที่ 2 ปริมาณเลือดที่ได้รับเลือดจนเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับเลือด

ตัวแปร		COR (95% CI)	AOR (95% CI)	P value
ระยะเวลาการเก็บรักษา	<14	1		
	>14	2.89 (0.97–3.24)		0.422
จำนวนยูนิต	<3	1	1	
	>3	3.52 (1.84–9.56)	3.49 (1.82–8.94)	0.004*
ประวัติการได้รับเลือด	ไม่เคย	1	1	
	เคย	3.89 (1.47–9.37)	3.87 (1.45–9.24)	0.002*
ประวัติการตั้งครรภ์	ไม่เคย	1		
	เคย	3.17 (1.68–4.93)	3.18 (1.66–5.32)	0.048*
ความเร็วในการให้เลือด	>3	1	1	
	<3	3.44 (1.35–8.24)	3.39 (1.47–9.37)	0.004*

AOR = adjusted odds ratio, COR = crude odds ratio. *P value for multivariate logistic regression.

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับเลือดที่พบมากเป็นอันดับแรก คือ อาการหนาวสั่น ร้อยละ 45.22 รองลงมา Allergy (urticaria) ร้อยละ 39.13 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tamanna Afroz, Rakia Hossain Ishra, Abu Jafar Mohammed Saleh[5] และการศึกษาของ คงศักดิ์ อุไรรงค และ ชื่นฤทัย ยี่เขีย[6] โดยที่อาการหนาวสั่นเกิดจากสารในเลือดบริจาค (cytokines) หรือ ปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันของผู้รับที่ต่อต้านเลือดที่ให้ไป ทำให้มีไข้ หนาวสั่น ซึ่งอาจเป็นแค่ปฏิกิริยาไม่รุนแรง แต่ก็อาจเป็นสัญญาณเตือนของภาวะร้ายแรง เช่น เม็ดเลือดแตก หรือ การติดเชื้อได้ ส่วน Allergy (urticaria) ปฏิกิริยาผื่นแพ้แบบ Urticarial เป็นปฏิกิริยาที่มีอุบัติการณ์การเกิดถึง 1 ใน 3 ของปฏิกิริยาการแพ้เลือดทั้งหมด โดยจะไม่มีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย นอกจากมีผื่น (ไม่มีไข้ หรือ อาการของทางเดินหายใจ) อาการของปฏิกิริยานี้จึงไม่รุนแรง ส่วนกลไกของปฏิกิริยาคาดว่า เกิดจากการที่แอนติเจนในพลาสมาของผลิตภัณฑ์เลือดที่บริจาค ทำปฏิกิริยากับแอนติบอดี IgE ที่มีอยู่ก่อนในผู้รับซึ่งจัดเป็น type I hypersensitivity reactions โดยจะเกิดอย่างรวดเร็วขณะที่ทำการให้เลือดอยู่ หรือแอนติบอดีในผลิตภัณฑ์เลือดที่บริจาคทำปฏิกิริยากับแอนติเจนในเลือดของผู้รับก็ได้ ซึ่งปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจะกระตุ้น mast cell ให้หลั่ง histamine และ mediators อื่น ๆ ออกมา ทำให้เกิดการขยายของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้เกิดการรั่วไหลของสารน้ำในเลือดออกมาชั้นใต้ผิวหนัง และ histamine กับ mediators อื่น ๆ ก็สามารภแพร่ออกจากหลอดเลือด แล้วกระตุ้นให้เม็ดเลือดขาวเข้ามาทำปฏิกิริยาจนเกิดการอักเสบที่ชั้นใต้ผิวหนัง และเกิดผื่นแพ้แบบ Urticaria ตามมา กรณีนี้สามารถป้องกันได้โดยให้ส่วนประกอบของเลือดที่ไม่มีพลาสมาเจือปนหรือให้ antihistamine ก่อนให้เลือดผู้ป่วยซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดอาการ และผลจากการศึกษานี้ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้จากการได้รับ FFP รองเป็นอับดับหนึ่งของส่วนประกอบเลือดทั้งหมดที่ให้ผู้ป่วย เช่นเดียวกับ Edosa Tadasa et.al. จึงควรมีการทบทวนเกี่ยวกับการใช้ FFP ตามข้อบ่งชี้ เพื่อลดอัตราเสี่ยงที่เกิดขึ้น

สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับเลือด > 3 ยูนิต ประวัติการได้รับเลือดมาก่อน ประวัติการตั้งครรภ์ และความเร็วในการให้เลือด < 3 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Edosa Tadasa et.al.[7] อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มี

ประวัติได้รับเลือดมาก่อนและได้รับเลือดมากกว่า 2 ถุง มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาหลังรับเลือดสูงขึ้น สำหรับผู้หญิงที่เคยตั้งครรภ์ อาจสร้างแอนติบอดีต่อแอนติเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้เกิดปฏิกิริยาในครั้งถัดไปได้ (โดยเฉพาะปฏิกิริยาเม็ดเลือดแดงแตก) การให้เลือดเร็วเกินไปอาจทำให้เกิดภาวะของเหลวเกินหรือปฏิกิริยาเฉียบพลันได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้สรุปแนวทางที่สามารถป องกันความเสี่ยงได้ ดังนี้

1. การบริหารจัดการความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด โดยจัดให้มีการรายงานอุบัติการณ์ปฏิกิริยาจากการให้เลือด และการให้เลือดผิด ตลอดจนมีการวิเคราะห์ความผิดพลาดของขั้นตอน กระบวนการให้เลือดและบุคลากร

2. การร่วมมือระหว่างวิชาชีพทางการแพทย์กำหนดให้ใช้ระบบ double check ผลการตรวจหมู่เลือดของผู้ป่วยซ้ำ ก่อนที่จะให้เลือดแก่ผู้ป่วยและบันทึกผลในทะเบียนประวัติรวมทั้งมีการเฝ้าระวังหลังการให้เลือด เพื่อติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยหลังได้รับเลือดอย่างใกล้ชิด

3. การเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับเลือดชนิด PRC นี้สามารถลดลงได้โดยการใช้ผลิตภัณฑ์เลือดที่ผ่านการลดเม็ดเลือกขาว (LPRC) และการติดตามอาการทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง

4. การวัดสัญญาณชีพทุกครั้งก อนและหลังการให้เลือด หากให เลือดตอเนื่องต องวัดทุกครั้งก อนให เลือดแต่ละยูนิตและควรสังเกตอาการผู้ป่วยช่วงเวลา 20 นาทีแรกของการให้เลือดแต่ละยูนิต หากเกิดอาการจะได้หยุดการให เลือดและให การรักษาไดทันที

เอกสารอ้างอิง

1. ณิชชา ไพรัตน์.(2563). คู่มือปฏิบัติงานการให้บริการรับบริจาคโลหิตงานธนาคารเลือด โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
2. สร้อยสอางค์ พิกุลสด.(2558). มาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (Standards for Blood Banks and Transfusion Services) (พิมพครั้งที่ 4), ศูนย์บริการ โลหิตแหงชาติ สภากาชาดไทย.
3. Yao CY, Chien JH, Chuang HY, Ho TF.(2020). Associated factors with acute transfusion reaction from hospital online reporting events: A retrospective cohort study. J Patient Saf 2020,16,e303 9.
4. Gelaw Y, Woldu B, Melku M.(2020). Proportion of acute transfusion reaction and associated factors among adult transfused patients at Felege Hiwot Compressive Referral Hospital, Bahir Dar, Northwest Ethiopia: A cross sectional study. J Blood Med 2020,11,227 36.
5. Afroz T, Ishra RH, Mohammed Saleh AJ.(2022). Incidence and analysis of acute transfusion reactions in a hospital-based hemovigilance system at a Tertiary Care Center in Bangladesh: A 5-year retrospective evaluation. Glob J Transfus Med 2022,7,169-73.
6. คงศักดิ์ อุไรรงค และ ชื่นฤทัย ยี่เขีย.(2556). ปฏิกิริยาจากการใหเลือดและความผิดพลาดที่เกี่ยวข องกับการให เลือด. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตรบริการโลหิต 2556, 23(3), 195-202.
7. Tadasa E, Adissu W, Bekele M, Arega G, Gedefaw L.(2024). Incidence of acute transfusion reactions and associated factors among adult blood-transfused patients at Jimma University Medical Center, southwest Ethiopia: A cross-sectional study. Medicine 2024,103,32 (e39137).

การพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลไทยเจริญและเครือข่ายบริการ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร

Development of a fast-track service model for stroke patients at Thai Charoen Hospital and its service network, Thai Charoen District, Yasothon Province.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

นิภาพร ป้องศรี[1]
Nipaphon Pongsri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลไทยเจริญและเครือข่ายบริการ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร ดำเนินการวิจัยในเดือน มิถุนายน – พฤศจิกายน 2568 ในพื้นที่อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วน จำนวน 25 คน และ กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจำนวน จำนวน 95 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่การสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละ เปรียบเทียบสถิติความรู้ พฤติกรรม และระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นก่อนและหลังวิจัยด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและสัญญาณเตือน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความรู้เกี่ยวกับช่องทางการสื่อสาร 1669 เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)
คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, ระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This action research aimed to develop a model for a stroke fast-track service system at Thai Charoen Hospital and its network in Thai Charoen District, Yasothon Province. The research was conducted from June to November 2025 in Thai Charoen District, Yasothon Province, in three phases. The sample size was divided into two groups: 25 stakeholders involved in developing the fast-track service model and 95 stroke at-risk patients. Research instruments included focus group discussions and interviews. Descriptive data analysis included mean, standard deviation, and percentage. Knowledge, behavior, and satisfaction levels with the developed model were compared before and after the research using a paired t-test.

The results showed that participating volunteers had knowledge about stroke and warning signs, and also knowledge about self-care. There was a statistically significant increase in knowledge about communication channel 1669 (p-value<0.05).
Keywords: Stroke, Stroke Patient Hotline

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย[1,2] โรคหลอดเลือดสมองมักพบได้บ่อยในผู้สูงอายและถือเป็นปัญหาเฉียบพลันและวิกฤต หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีและเหมาะสมอาจส่งผลต่อชีวิตหรือเกิดความพิการ อยู่ในภาวะพึ่งพิง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลไทยเจริญ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร

สูง สร้างภาระให้ครอบครัวและชุมชน ส่งผลกระทบในหลายด้านทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งยากต่อการประเมินค่า[1]

การลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้โดยการควบคุมปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ การควบคุมน้ำหนัก ควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด งดการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมถึงการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การปรับพฤติกรรมเหล่านี้สามารถลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองและช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแต่อย่างไรก็ตามจากที่กล่าวมาโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพในระยะยาว โดยพบได้บ่อยในผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง[1] สำหรับในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยที่ข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 ระบุว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 176,342 ราย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในระดับประเทศ[3] ส่วนในระดับเขตสุขภาพที่ 10 โดยเฉพาะจังหวัดยโสธร พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 ที่ผ่านมา พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1,317, 1,324 และ 1,515 ราย ตามลำดับ อัตราการตาย ปี พ.ศ. 2563-2565 ร้อยละ 5.31, 5.43 และ 6.20 ตามลำดับ ส่วนข้อมูลปี พ.ศ. 2566 พบว่าจังหวัดยโสธรมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังมีชีวิตอยู่ จำนวน 11,852 รายพบอัตราป่วยที่สูงที่สุดคืออำเภอเมืองยโสธรทรายมูล และป่าติ้ว เสียชีวิต 690 คน พบอัตราการตายสูงสุดคืออำเภอเมืองยโสธร มหาชนะชัยและอำเภอค้อวัง มีกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยเบาหวาน 32,389 ราย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 49,627ราย กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง 44,799 ราย รวมทั้งสิ้น 126,815 ราย ในช่วงระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2564 - 2566) พบประชาชนป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพิการและเสียชีวิต ซึ่งช่วง 3 ปีที่ผ่านมานั้น จังหวัดยโสธร พบผู้ป่วยมีการเสียชีวิตน้อยลง แต่ยังพบผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วค่อนข้างมาก

สำหรับโรงพยาบาลไทยเจริญ จังหวัดยโสธร ซึ่งอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 เช่นกัน โดยเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 30 เตียงเริ่มให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบบช่องทางด่วนตั้งแต่ปี พ.ศ 2559 โดยมีแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทำหน้าที่คัดกรอง ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลยโสธรและโรงพยาบาลสมเด็จพยุพราชเลิงนกทา จากสถิติผู้ป่วยปีงบประมาณ พ.ศ 2564-2567 พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจำนวน 66, 62, 77, และ 67 รายตามลำดับ ในการดำเนินงานพบปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่ระบบช่องทางด่วนและได้รับการส่งต่อล่าช้า ส่งผลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt - PA ล่าช้า และพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาลจนได้รับการส่งต่อเกินมาตรฐานที่กำหนดภายในระยะเวลา 30 นาทีในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2567 คิดเป็นร้อยละ 51.00, 61.00, 41.00 และร้อยละ 40.00 ตามลำดับ โดยข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลไทยเจริญยังคงมีข้อจำกัด ซึ่งส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยในชุมชนในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล(Pre – Hospital) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและสัญญาณเตือนของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยังน้อย การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ยังมีไม่มาก หน่วยบริการกู้ชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่

ครบทุกตำบล รวมถึงปัญหาด้านทรัพยากรบุคคลการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายโรงพยาบาลไทยเจริญจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลไทยเจริญและเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและลดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง[4]

จากรายงานตัวชี้วัด EMS คุณภาพโรงพยาบาลไทยเจริญพบว่าผลการปฏิบัติงานด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอไทยเจริญมีการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ.2565,2566 และ 2567 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2568) 36, 27 และ 23 ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยทุพพลภาพคิดเป็นร้อยละ 63.88 และมีผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 36.11 ในปี พ.ศ.2560 มีผู้ป่วยทุพพลภาพคิดเป็นร้อยละ 70.37 และมีผู้เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 11.11 และในปี พ.ศ.2561 (ข้อมูล ณวันที่ 31 มีนาคม 2568) มีผู้ป่วยทุพพลภาพ คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ20.83 โดยมีการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปี 2565 คิดเป็น ร้อยละ 2.77 ในปีพ.ศ. 2566 คิดเป็นร้อยละ 48.15 และในปี 2567 (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2568) คิดเป็นร้อยละ 58.33 จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดของพื้นที่อำเภอไทยเจริญ จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงได้ทำการสำรวจข้อมูลการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลไทยเจริญพบว่ามีผู้ป่วยที่ยังไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินและผู้ที่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่ไม่ได้เรียกใช้บริการโดยมีเหตุผลสำคัญคือ คิดว่าเป็นอาการที่ไม่ฉุกเฉินสามารถรอได้มีรถยนต์ส่วนตัว และมีอาการอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองรวมถึงขอความช่วยเหลือลำบาก ทำให้เข้ารับการดูแลรักษาที่ล่าช้า ซึ่งเวลาในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญและผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมง หรือ 270 นาที หลังจากเริ่มมีอาการ ดังนั้นการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยขั้นตอนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วย 1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) 2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) 3. การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) 4. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ(On Scene Care) 5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in Transit) และ 6. การนำส่งสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษา (Transfer to definitive care) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีการกำหนดระยะเวลาในการปฏิบัติในแต่ละบริบทของพื้นที่เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติอย่างชัดเจน โดยในบริบทพื้นที่อำเภอไทยเจริญได้มีข้อตกลงในการออกปฏิบัติการคือ ระยะเวลาจากการรับแจ้งเหตุถึงระยะเวลาที่ออกจากฐานใช้ระยะเวลาไม่เกิน 4 นาที ระยะเวลาจากฐานถึงจุดเกิดเหตุและจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล ไทยเจริญ นับตามจำนวนระยะทางเป็นกิโลเมตรโดยให้ 2-3 นาที/กิโลเมตร และระยะเวลาที่จุดเกิดเหตุไม่เกิน 10 นาที[5] จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เริ่มตั้งแต่การพบเห็นเหตุการณ์และสามารถตรวจพบความผิดปกติทางการแพทย์ฉุกเฉินแล้วแจ้งเหตุได้อย่างถูกต้อง รวมถึงสามารถติดต่อสื่อสารและใช้บริการการพยาบาลโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายในระยะเวลา 4 นาที มีความจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยมีการกำหนดระยะเวลาในการรักษาที่ชัดเจนตั้งแต่เวลาเริ่มมีอาการจนถึงการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตันหรือแตกซึ่งหากทำการรักษาไม่ทันในระเวลาที่กำหนดจะทำให้เกิดทุพพลภาพและเสียชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลไทยเจริญและเครือข่าย

2. เพื่อพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลไทยเจริญและเครือข่ายบริการ

3. เพื่อประเมินผลระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลไทยเจริญ และเครือข่ายบริการ ที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ให้เข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ทันเวลา ลดความพิการหรือเสียชีวิต (Pre-Hospital) โดยทำการศึกษาระหว่างเดือน มิถุนายน - พฤศจิกายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินและเครือข่ายสุขภาพ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากบุคลากรด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลไทยเจริญ และอาสาสมัครกู้ชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 25 คน

2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่อำเภอไทยเจริญ โดยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 1,467 คน และได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) โดยการคัดกรองตามแบบประเมิน CVD Risk[6] พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1,214 คน คิดเป็นร้อยละ 82.75[(5)] คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่สมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 95 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงาน ในระยะนี้เป็นการดำเนินงานเพื่อเตรียมทีม เตรียมพื้นที่ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวัสดุอุปกรณ์ในการวิจัย ดังนี้ 1) จัดตั้งคณะทำงาน ทีมบุคลากรทางการแพทย์และเครือข่าย 2) ศึกษาข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอไทยเจริญ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรค ความต้องการ ความคาดหวังของประชาชน ในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) 3) จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์สำหรับใช้ในการดำเนินงาน 4) เตรียมวางแผนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลไทยเจริญและเครือข่ายโดยประยุกต์ใช้กระบวนการของ Kemmis และ McTaggart[8] และกระบวนการมีส่วนร่วมมีอยู่ 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการและการวางแผน (Planning)

1. จัดตั้งคณะทำงานวิจัย

2. สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) บุคลการทางการแพทย์และเครือข่ายสุขภาพเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ถอดบทเรียนจากประสบการณ์ที่ผ่านมาและบริบทการดำเนินงานในพื้นที่ แล้วร่วมกันพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลไทยเจริญและเครือข่ายบริการ ให้เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รวดเร็วและทันเวลา ร่วมกันกำหนดรูปแบบเพื่อพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนของโรคพยาบาลไทยเจริญและเครือข่าย

3. ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาร่วมกัน โดยวิเคราะห์ข้อมูลผู้รับบริการจากระบบเวชระเบียนและ

ทะเบียนการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการพัฒนา

4. จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) หลังจากได้รูปแบบเบื้องต้น โดยกำหนดแผนปฏิบัติการร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และภาคีเครือข่ายโดยระบุกิจกรรม/ขั้นตอนการดำเนินการ มอบหมายผู้รับผิดชอบใน แต่ละกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินงาน ทรัพยากรที่ต้องใช้ วิธีการติดตามและประเมินผล แผนนี้จะถูก นำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการในระยะทดลองใช้Implementation)และสามารถปรับปรุงตาม ข้อเสนอแนะจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบและภาคีเครือข่ายได้ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ระยะปฏิบัติการวิจัย (Acting) เมื่อได้รูปแบบและแผนการดำเนินการที่สมบูรณ์แล้วจะเป็นขั้นตอนการปฏิบัติการวิจัยตามแผนงานที่กำหนดขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม

1. ประเมินความรู้และสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ก่อนดำเนินการวิจัย

2. อบรมให้ความรู้เกี่ยวโรคหลอดเลือดสมองและสัญญาณเตือนแก่กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

3. ชี้แจงสถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน

4. ประชุมทีมบุคลากรทางการแพทย์และภาคีเครือข่ายเพื่อทบทวนระบบ Fast Tract ของโรงพยาบาลไทยเจริญ

5. ชี้แจงรูปแบบการดำเนินงานระบบบริการการให้บริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน

6. สื่อสารรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลโดยมีกิจกรรมดังนี้

6.1 ติดป้าย 3 หมอทุกครัวเรือน เพื่อให้ทุกครัวเรือนและประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้รู้จักหมอประจำครอบครัว เบอร์โทรติดต่อ และช่องทางการร้องขอความช่วยเหลือฉุกเฉินผ่านเบอร์ 1669

6.2 ทำการสื่อสารเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองและการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลโดยการจัดอบรมกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแลและญาติ

6.3 ชี้แจงรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เบอร์ Hot Line 1669 เบอร์ติดต่อเครือข่าย ติดป้ายป้ายหมอประจำครอบครัวที่บ้าน ตั้ง Line Group

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observing) เป็นการกำกับติดตามการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. ประเมินผลความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติและความเชื่อในรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินและรวบรวมเก็บบันทึกข้อมูลในการดำเนินงานทุกขั้นตอน

2. บันทึกผลข้อมูลการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

3. บันทึกผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflecting) เป็นการสรุปผล คืนข้อมูล และถอดบทเรียนจากการดำเนินงานตามแผนให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ภาคีเครือข่ายและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับฟังข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น ประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสังเคราะห์รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 3. ประเมินผลระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลไทยเจริญและเครือข่ายบริการที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยโดยการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ใช้สำหรับเก็บข้อมูลความคิดเห็นของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลไทยเจริญและเครือข่ายบริการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามในการวิจัย โดยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราค เท่ากับ 0.72 ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนาระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และโรคประจำตัว ข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ คำถามเป็นลักษณะตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (Open End)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยข้อคำถามที่ตอบ “ไม่ใช่” “ใช่” และ ไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์คะแนนดังนี้

ตอบถูกได้ 1 คะแนน

ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม คือ

ไม่เลย = ไม่ทำพฤติกรรมนั้นเลย = 0 คะแนน

น้อย = ทำพฤติกรรมนั้นเล็กน้อย หรือนาน ๆ ทีหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ = 1 คะแนน

ปานกลาง = ทำพฤติกรรมนั้นปานกลาง หรือ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ = 2 คะแนน

มาก = ทำพฤติกรรมนั้นทุกวัน หรือแทบทุกวันหรือ 6-7 ครั้งต่อสัปดาห์ = 3 คะแนน

ส่วนที่ 4 ประวัติการใช้บริการ 1669 มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ

3. แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลไทยเจริญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติดังนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ ใช้การทดสอบความ แตกต่างค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วย สถิติ Paired Samples T-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิง คุณภาพจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็น (Content Analysis) โดยอาศัยเทคนิคหลักในการวิเคราะห์ ข้อมูล ได้แก่ 1.) การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การสังเคราะห์และแปลความข้อมูลจากเอกสาร, คำพูด, หรือภาพ เพื่อหาแนวโน้ม แนวคิด หรือหัวข้อหลัก[9] 2. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Credibility and Validity) ใช้เทคนิคเช่น การเลือกข้อมูลแบบระมัดระวัง การตรวจสอบซ้ำและการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยเพื่อให้ข้อมูลน่าเชื่อถือ[10]

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE 6850 (26 พฤษภาคม 2568 – 26 พฤษภาคม 2569)

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลไทยเจริญ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาพบว่า

1.1 ผลจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่แผนก

อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2567 พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา จำนวน 115 คน อายุเฉลี่ย 65.35 ปี มารับบริการ ภายใน 180 นาที หลังมีอาการ ร้อยละ 30.43 การวินิจฉัย Stroke ล่าช้า ร้อยละ 13.04 ผู้ป่วย Stroke fast tract ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 60.34 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดได้แก่ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 31.82 รองลงมาคือโรคเบาหวานคิดเป็น ร้อยละ 21.18 มีโรคประจำตัวเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 19.12

1.2 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบอาการและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยไม่เร่งรีบที่จะเข้ารับการรักษา บางคนจะดูแลตนเองที่บ้านเมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงตัดสินใจเข้ารับการรักษา

1.3 เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ชีพตำบลยังไม่มั่นใจทักษะในการ ช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนนำส่ง เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลขาดประสบการณ์และทักษะการคัดกรองเฉพาะโรค ทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งต่อ บางครั้งแนะนำให้ญาตินำส่งเอง ขาดการเฝ้าระวังอาการและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

1.4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่จัดตั้งหน่วยกู้ชีพประจำตำบลครบทุกตำบล หากมีผู้ป่วยร้องขอให้นำส่งโรงพยาบาลพร้อมกัน อาจทำให้เกิดความล่าช้า

1.5 ด้านการให้บริการ

5.1) การให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) เดิมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการช่องทางด่วน 1669 น้อยมาก ประชาชนไม่ทราบช่องทางการสื่อสารและเหตุผลความจำเป็นต้องใช้บริการ 1669 ส่วนใหญ่ญาติจะนำส่งเอง หรือจ้างรถรับจ้างในชุมชนนำส่ง

5.2) ด้านระบบบริการแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่ชัดเจน ระบบการรับคำปรึกษาทั้งผู้รับผิดชอบและช่องทางการสื่อสารยังไม่มีคุณภาพ

5.3) การให้บริการที่โรงพยาบาล (hospital) ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ (1) เจ้าหน้าที่บริการด่านหน้าไม่มั่นใจทักษะการประเมินแรกรับผู้ป่วย ทำให้การคัดกรองผิดพลาด ไม่เร่งรีบ ผู้ป่วยที่อาการไม่ชัดเจนไม่ได้เข้าห้องฉุกเฉิน แต่ถูกคัดกรองให้ไปรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (2) แพทย์ประเมินผิดพลาด ทำให้การวินิจฉัยผิด ส่งตัวล่าช้า (3) ระบบโปรแกรมให้บริการมีปัญหา ทำให้การส่งต่อแบบออนไลน์ไม่ได้ ทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งตัว (4) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินยังขาดความแม่นยำในการประเมินผู้ป่วย มีการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน (5) พยาบาลเวรส่งต่อขาดความมั่นใจและทักษะการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อด้านระบบบริการ/อุปกรณ์เครื่องมือสื่อสาร การจำแนกประเภทผู้ป่วยแต่ละแผนกและแนวทางการประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การเรียกรถส่งต่อล่าช้าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ระยะเวลาที่กำหนด

2. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธรโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์และเครือข่าย โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น (THAIC Model) ซึ่งประกอบด้วย

T:Traning การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซักซ้อมแผนการประเมินอาการของผู้ป่วย ระบบการสื่อสารการส่งต่อ

H : Health Care อบรมให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลและกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคและสัญญาณเตือน

A : Access ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกรวดเร็ว และปลอดภัย

I : Information คือข้อมูลให้ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายการดูแล

C : (Communication) การสื่อสาร พัฒนาช่องทางการสื่อสารระหว่างเครือข่ายและประชาชนให้สามารถติดต่อได้ง่าย หลากหลายช่องทาง ติดป้าย3 หมอ ทุกครัวเรือน ตั้งกลุ่มไลน์ มีเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ตลอดเวลา ประชาสัมพันธ์เบอร์ 1669 ให้ประชาชนได้ทราบ

3. ผลการอบรมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดอบรมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง(n=95) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.53 อายุ 70 ปี ขึ้นไปร้อยละ 36.00 สถานภาพสมรสร้อยละ 55.79 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 71.58 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 65.26 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 68.42 มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 63.16

ตารางที่ 1 ผลการวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลไทยเจริญและเครือข่ายบริการ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร (n=95)

ตัวแปร	ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและการปฐมพยาบาล		Mean difference	95%CI	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD			
ก่อนการวิจัย	6.54	0.54	3.51	0.81,1.12	<0.001
หลังการวิจัย	10.22	0.59			

**p<0.05*

จากตารางที่ 1 ผลการวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลไทยเจริญและเครือข่ายบริการพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เพิ่มมากขึ้นจาก 6.54 เป็น 10.22 (p< 0.05)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลไทยเจริญและเครือข่ายบริการ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร (n=95)

ตัวแปร	ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและการปฐมพยาบาล		Mean difference	95%CI	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD			
ก่อนการวิจัย	8.85	4.99	5.15	0.78,1.01	<0.001
หลังการวิจัย	14.00	3.57			

**P<0.05*

จากตารางที่ 2 ผลการวัดความรู้พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังวิจัยพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นจาก 8.85 เป็น 14.00 ($p< 0.05$)

ผลการสำรวจประวัติการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนการวิจัยประชากรกลุ่มตัวอย่างรู้จัก 1669 คิดเป็นร้อยละ 17.89 หลังวิจัยรู้จักหลายเลขโทรศัพท์การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ร้อยละ 98.12 เมื่อเกิดอุบัติเหตุฉุกเฉิน ก่อนวิจัยมีการเรียกใช้บริการหมายเลข 1669 ร้อยละ 23.42 หลังการวิจัยมีการเรียกใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 86.35

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ระยะเวลาการให้บริการแต่ละขั้นตอนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อในระบบบริการช่องทางด่วน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนวิจัย	หลังวิจัย
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล	≤ 180 นาที	155.58±41.23	92.10±25.12
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อภายหลังวินิจฉัยเป็น Stroke	≤10 นาที	11.25±3.24	7.68±2.25
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อภายหลังวินิจฉัยเป็น Stroke	≤ 30 นาที	44.52±5.52	28.16±3.58
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการภายใน 180 นาที	60	155.58±41.23	92.10±25.12
ร้อยละ การวินิจฉัยผู้ป่วย Stroke fast tract ล่าช้า	≤10 นาที	11.25±3.24	7.68±2.25
ร้อยละ Stroke fast tract ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที	≤ 30 นาที	44.52±5.52	28.16±3.58

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลไทยเจริญและเครือข่ายบริการ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร ได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นเป็นลำดับและครอบคลุมตั้งแต่กลุ่มเสี่ยงในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน (Pre-Hospital) กลุ่มป่วยขณะรักษาที่โรงพยาบาล (In-Hospital) และการส่งที่มาตรฐานทันเวลา (Post-Hospital) โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นหลักสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ สร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจและลงมือปฏิบัติร่วมกัน เพื่อมุ่งพัฒนางานให้มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทในพื้นที่ มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในกลุ่มบุคลากรทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน (Planning) ลงมือปฏิบัติ(Action) สังเกต (Observing) และสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ผลการวิจัยพบว่าหลังจากสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) บุคลการทางการแพทย์และเครือข่ายสุขภาพเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ทำให้ได้รูปแบบในการการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบที่ได้คือ THAIC Model ผลการดำเนินงานตามแผนประชากรกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นจาก 6.54 เป็น 10.22 มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 8.85 เป็น 14.00 รู้จักเบอร์ 1669 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.89 เป็น 98.12 มี

การเรียกใช้บริการ 1669 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.42 เป็น 86.35

สรุปได้ว่าหลังการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนและโรคหลอดเลือดสมอง มีการเรียกใช้บริการ 1669 เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.05$) ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงระบบบริการช่องทางด่วนได้เร็วขึ้น ได้รับการวินิจฉัยและส่งต่อได้ทันเวลามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเชิดชัย กิตติโพวานนท์[11] ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนาบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอชนบท ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว โดยขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่าย เน้นการ ประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรค รณรงค์อาการเตือน สร้างความตระหนักในการบริการช่องทาง ด่วน ประชาสัมพันธ์ 1669 ผ่านทุกช่องทาง 2) การคัดกรองผู้ป่วย โดยพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นแก่บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข กู้ชีพตำบล นำ FAST score มาใช้เป็น เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยทั้งอำเภอ 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วย จัดบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่รวดเร็ว กำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนรายบุคคล พัฒนา Stroke Case Manager ให้การดูแลตาม Clinical practice guideline พัฒนาระบบให้ปรึกษาร่วมกับ รพ.สต.และโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านทางไลน์ 4) พัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย ตั้งแต่ระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลแม่ข่ายรวมถึงจัดทำระบบการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลขอนแก่นผ่านทางไลน์ ประเมินผล พบว่าบุคลากรผู้ให้บริการมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 100 ผลลัพธ์ของการ ดูแลผู้ป่วยที่มาถึง โรงพยาบาลภายใน 180 นาที พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 84.25 นาที ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อภายหลังวินิจฉัยเฉลี่ย 5.56 นาที ระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่ผู้ป่วยถึง โรงพยาบาลจนส่งต่อ 15.40 นาที ผู้ป่วย Stroke ที่มารับบริการภายใน 180 นาที ร้อยละ 75.58 ไม่มีอุบัติการณ์ วินิจฉัยผู้ป่วย Stroke fast tract ล่าช้า ผู้ป่วยเข้าสู่ Stroke fast tract ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 94.74 และสอดคล้องกับการศึกษาของสงบ บุญทองโทและคณะ[12] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ พบว่าบุคลากรผู้ให้บริการมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 100 ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่มาถึง โรงพยาบาลภายใน 180 นาที พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 72.22 นาที การประเมินแรกรับเฉลี่ย 4.39 นาที การตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าเฉลี่ย 3.67 นาที การเตรียมเพื่อส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่ายหลังได้รับ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นเฉลี่ย 5.42 นาที รวมระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่แรกรับจนถึงส่งต่อเฉลี่ย 13.47 นาที และจากการ ติดตามผลหลังส่งต่อ ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย อำเภอไทยเจริญควรสนับสนุนงบประมาณและกำหนดเป็นนโยบายที่สำคัญของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ ในการพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีการทบทวนระบบทุก ๆ ปี

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ บุคลากรด้านการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปปรับใช้และพัฒนาต่อยอดให้ดียิ่งขึ้นได้

3. ข้อจำกัดของการศึกษา การวิจัยการพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลไทยเจริญและเครือข่ายต้องใช้ระยะเวลาในการวิจัยนาน บุคลากรทางการแพทย์บางคนที่เป็นทีมวิจัย มีการโยกย้าย ทำให้เป็นอุปสรรคในการพัฒนาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization(WHO).(2021). Stroke, Cerebrovascular accident. 2021.
2. พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล.(2567). คณะแพทยศาสตร์-มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2567 [cited 2024 Oct 1]. โรคหลอดเลือดสมอง (stroke). Available from: http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf
3. สมศักดิ์ เทียบเก่า.(2566). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. 2566;39(2):39–46.
4. เขตสุขภาพที่ 10 (2567) ในช่วงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2564 -2566) เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
5. โรงพยาบาลไทยเจริญ. (2568). รายงานตัวชี้วัด EMS คุณภาพ โรงพยาบาลไทยเจริญ. โรงพยาบาลไทยเจริญ จังหวัดยโสธร
6. มหาวิทยาลัยมหิดล.(2567). Thai CV risk score | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [Internet]. 2567 [cited 2024 May 15]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/kidney_disease_risk/Thai_CKD_risk_score/
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (2567). HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร [Internet]. 2567 [cited 2025 Jun 1]. Available from: https://hdc.moph.go.th/yst/public/standard-report-detail/71cff4a5f828ddbe688784c2659abfe9
8. Kemmis S, Mc Taggart R.(1990). The action research planner. Victoria: Deakin University press; 1990.
9. Krippendorff.(2013). Content Analysis: An Introduction to Its Methodology. 2013.
10. Lincoln, Y. S. & G.(1985). Naturalistic Inquiry. 1985.
11. เชิดชัย กิตติโพวานนท์.(2565). การพัฒนาบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565;7(4):89–101.
12. สงบ บุญทองโทและคณะฯ.(2560). การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2560;14(3):100–13.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

The Development of a rehabilitation model for methamphetamine addicts at Phonsawan Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

กิตติเชษฐ์ ธีรกุลพงศ์เวช[1]
Kittichet Thirakunphongwet[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน และ 3) เพื่อประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม โดยใช้แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ในการพัฒนารูปแบบ และแนวคิดเกี่ยวกับสติปัฏฐานสี่ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ในระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีน 3) แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีน 4) แบบประเมินปริมาณการเสพสารเมทแอมเฟตามีน 5) แบบสอบถามความพึงพอใจ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ 1) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน 2) คู่มือการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน และ 3) ตัวแบบจากผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบโดยการใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา : 1) รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา ประกอบด้วย (1) Community Screening คือ การคัดกรองระดับ อสม. และ ระดับ รพ.สต. (2) Comprehensive Treatment เป็นโปรแกรมมีทั้งหมด 4 ระยะคือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission phase) เพื่อประเมินอาการถอนพิษสุรา ระยะที่ 2 ระยะการบำบัดด้วยยา (Treatment phase) เป็นระยะ DETOX ระยะที่ 3 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase) ในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ ระยะกลาง (Intermediate Care) และระยะที่ 4 ระยะติดตามการรักษา (After phase) ภายหลังการบำบัด (3) Continuous Support คือ กลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา เช่น ระบบ Buddy System และกลุ่ม Line และ (4) Collaborative Network คือ การกำหนดบทบาทของเครือข่ายและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และ 2) ผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนและพฤติกรรมการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนมากกว่าก่อนการทดลอง ด้านปริมาณการเสพสารเมทแอมเฟตามีนลดลงกว่าก่อนการทดลอง ความพึงพอใจของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนและความพึงพอใจของทีมสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

คำสำคัญ : โรคติดสุรา, ผู้ป่วยโรคติดสุรา, การบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา, การบำบัดความคิดและพฤติกรรม, การมีส่วนร่วมของครอบครัว

Abstract

This study aimed to 1) To study the problems and needs for a rehabilitation model for methamphetamine addicts; 2) To develop a rehabilitation model for methamphetamine addicts; and 3) To evaluate the effectiveness of the developed rehabilitation model for methamphetamine addicts at Phon Sawan Hospital, Nakhon Phanom Province. An Action research was conducted using the Cognitive Behavioral Therapy (CBT) concept combined with the concept of learning activity models in developing the model, and the concept of the Four Foundations of Mindfulness. The sample were several methamphetamine addicts from July to December 2025. Data collection tools included: 1) a general information questionnaire, 2) a methamphetamine cessation intention assessment scale, 3) a methamphetamine cessation behavior assessment scale, 4) a methamphetamine usage assessment scale, and 5) a satisfaction questionnaire. Experimental tools included: 1) a methamphetamine addiction rehabilitation model,

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

2) a cognitive and behavioral therapy manual for methamphetamine addicts, and 3) a model from the methamphetamine addicts. Data were analyzed using descriptive statistics (percentages, means, and standard deviations) and paired t-tests, with a statistical significance level of 0.05.

Results of the study : 1) Model of treatment for patients with alcohol addiction consists of (1) Community Screening, which is screening at the Village Health Volunteer (VHV) and Sub-district Health Promotion Hospital (RPS.ST.) levels; (2) Comprehensive Treatment, which is a program with 4 phases: Phase 1, pre-admission phase to assess alcohol withdrawal symptoms; Phase 2, drug treatment phase (DETOX phase); Phase 3, rehabilitation phase. (Rehabilitation phase) in the form of a mini-Tanyarak, the intermediate phase (Intermediate Care) and the 4th phase, the follow-up phase (After phase) after treatment (3) Continuous Support is a self-help group for patients with alcohol addiction, such as the Buddy System and Line group, and (4) Collaborative Network is the definition of the roles of the network and agencies involved. And 2) The results of developing the treatment model for patients with alcohol addiction showed that after the experiment, the sample group had a greater intention to quit using methamphetamine and a greater behavior in quitting methamphetamine use than before the experiment. The amount of methamphetamine used decreased than before the experiment. The satisfaction of methamphetamine addicts and the satisfaction of the health team increased more than before the experiment, with statistical significance at 0.05.

Keywords : Alcoholism, Alcoholics, Alcoholism Treatment, Cognitive Behavioral Therapy, Family Involvement.

บทนำ

ปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด[1] ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของผู้เสพและยังนำไปสู่การก่ออาชญากรรมที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของสังคมส่วนรวมเป็นอย่างมาก ทั้งปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาด้านสังคม หรือปัญหาด้านทรัพยากรมนุษย์ ทำให้ประเทศชาติขาดบุคลากรที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศและส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศชาติ พบมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 15-19 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้เสพสารเสพติดในประเทศไทย อีกทั้งยังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องที่จะแพร่ระบาดไปยังผู้ใช้สารเสพติดรายใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาทั้งในและนอกสถานศึกษา[2] นับว่าปัญหายาเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) เป็นสารเสพติดกลุ่ม Classic Amphetamine ที่ไปกระตุ้นให้สมองหลั่งสารโดปามีน (Dopamine) ออกมา ผู้เสพจะรู้สึกมีความสุข ความพอใจ จึงพยายามหายามาเสพอยู่เรื่อยๆ สาเหตุมาจากความอยากรู้อยากเห็น การถูกชักชวน การถูกหลอกลวง เกิดจากความทุกข์ใจ สภาพอวดล้อมที่ไม่ดี เมื่อเสพยาไปเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดภาวะการติดยาขึ้น เมื่อหยุดเสพจะเกิดอาการขาดยา ซึ่งผู้ติดสารเสพติดจำเป็นที่จะต้องเข้ารับการบำบัดรักษา ทั้งการรักษาทางสรีรวิทยา การรักษาทางด้านจิตใจ เช่น กลุ่มบำบัด ครอบครัวบำบัด เป็นต้น การรักษาแตกต่างกันไปตามระยะ เช่น การรักษาระยะถอนพิษ การรักษาระยะฟื้นฟู และระยะการรักษาขั้นติดตามผลโดยมีผลลัพธ์คือลดหรือหยุดการเสพยาเสพติดผิดกฎหมาย แก้ไขการทำงานที่สูญเสียไปให้ดีขึ้น สร้างสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคมผู้ติดสารเสพติดไม่กลับมาเสพติดซ้ำ สามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาจึงถือว่าเป็นวิธีการจัดการดูแลที่ตรงจุดและเป็นเรื่องที่สำคัญ

โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ให้บริการผู้ป่วยที่ใช้ ผู้ที่เสพและผู้ที่ติดสารเสพติดในเขตอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ภายใต้กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด จากการสำรวจสถิติผู้ขึ้นทะเบียนบำบัดยาเสพติด มีผู้ป่วยที่มารับบริการขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น ในปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 78, 146 และ 185 รายตามลำดับ เป็นผู้ติดสารเสพติดประเภทยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) จำนวน 73, 139

และ 160 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 93.58, 95.20 และ 86.49 ตามลำดับ เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจริง ร้อยละ 100, 100 และ 100 ตามลำดับ ได้รับการบำบัดฟื้นฟูครบระยะ ร้อยละ 89.04, 83.45 และ 89.37 ตามลำดับ ภายหลังการบำบัดฟื้นฟูพบว่ากลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ 42.46, 48.20 และ 58.75 ตามลำดับ มีอาการทางจิต ร้อยละ 42.46, 32.37 และ 81.25 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าปัญหายาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น รวมทั้งมีโอกากลับมาเสพซ้ำจนส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ครอบครัว และชุมชน[3]

จากการศึกษานำร่องเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในคลินิกบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด กลุ่มงานการบิการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนมโดยการ focus groups เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบงานคลินิก พบว่า 1. ด้านระบบบริการพบว่า ระบบการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดไม่ชัดเจน ไม่มีแพทย์เฉพาะทางประจำคลินิกและขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดยาเสพติด ระบบการดูแลผู้ติดยาเสพติดมีความหลากหลาย ขาดระบบการส่งต่อเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน เครื่องข่ายสุขภาพไม่ทราบและมีส่วนร่วมในการบำบัด การกำกับ ติดตามร่วมกับแม่ข่าย 2. ด้านบุคลากรพบว่าเจ้าหน้าที่มีการหมุนเวียนมาปฏิบัติงานในคลินิก ยังไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน การทำกลุ่มบำบัดฟื้นฟูและการให้สุขศึกษามีความหลากหลาย ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน การให้ความรู้ให้ตามประสบการณ์การทำงานของแต่ละบุคคล 3. ด้านผู้ป่วยพบว่ามีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่รับการบำบัดตามนัด ใช้ยาเสพติดอื่นๆ ขณะบำบัด หลบหนีการบำบัด กลับมาเสพซ้ำ 4. ด้านผู้ดูแลและญาติพบว่ายังขาดความรู้ในการดูแล ขาดความตระหนักรู้ในการกำกับ ติดตามผู้ติดยาเสพติด 5. ด้านชุมชนพบว่า ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล และไม่มีการกำกับ ติดตามร่วมกับหน่วยงาน จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงยังพบว่าผู้ติดสารเสพติดเข้ารับการฟื้นฟูไม่ครบระยะ ใช้ยาเสพติดขณะบำบัด มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและเกิดปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งการกลับมาเสพซ้ำเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นการมีระบบบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ การมีทีมเครือข่ายสุขภาพที่มีความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลและการบำบัดผู้ติดยาเสพติดอย่างเป็นระบบ รวมทั้งผู้ติดยาเสพติดมีความรู้ความเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการบำบัดฟื้นฟูที่ถูกต้อง เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดเลิกเสพยาเสพติดและไม่กลับมาเสพติดซ้ำจนต้องกลับเข้ามาบำบัดซ้ำ[3]

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้บริหารของโรงพยาบาลและเป็นผู้บริหารระดับจังหวัด มีบทบาททั้งด้านการบริหาร การกำหนดนโยบายของหน่วยงานการดูแลด้านภาวะสุขภาพ รวมทั้งเป็นบุคลากรสาธารณสุขและให้บริการแก่ผู้ติดสารเสพติด จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของเคมมิส และแมคทากาท[3] เน้นรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนที่มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง บุคลากรมีความพร้อมด้านทักษะองค์ความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้ติดสารเสพติด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดสารเสพติดมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ยึดมั่นในการรักษา ควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และตัดสินใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอในการออกให้คำแนะนำ สอนแก่ผู้รับผิดชอบหน่วยงานระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งส่งเสริมผู้ติดสารเสพติดให้มีความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมในการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลโพนสวรรค์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลโพนสวรรค์

3. เพื่อประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลโพนสวรรค์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) งานวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และ แมคทากาท[4] ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Acting) 3) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Observing) และ 4) ขั้นประเมินผล (Reflecting) โดยใช้แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ในการพัฒนารูปแบบ และแนวคิดเกี่ยวกับสติปัฏฐานสี่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพป้องกันการกลับมาเสพซ้ำในผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา

1) การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นทีมสุขภาพ คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา เทคนิคการแพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 30 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความไม่น่าจะเป็น (Non-probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)[5] ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ

2) การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นทีม จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด
ทีมสุขภาพ จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความไม่น่าจะเป็น (Non-probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)[4]

ผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการบำบัดโรคติดสุรา ในช่วงเวลาที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2568 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

วิธีการศึกษา

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และแนะนำตัวกับผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ รวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม เพื่อขอความร่วมมือและความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

3. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา โดยวิเคราะห์ข้อมูลสถิติของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ทบทวนแนวทางปฏิบัติเดิม ประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบ เพื่อนำไปสู่การกำหนดแผนพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ เพื่อพัฒนาระบบบริการ รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติการ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (PLAN) เป็นขั้นตอนการวางแผนพัฒนาปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ได้แก่ 1) กำหนดปัญหาการปฏิบัติงานที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุง 2) วิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงานหรือหาสาเหตุของปัญหา 3) ระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการและวิธีการแก้ปัญหา และ 4) จัดทำแผนและรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (ACTION) เป็นขั้นตอนการนำแผนที่กำหนดไว้มาปฏิบัติ และควบคุมให้เกิดการปฏิบัติได้จริงตามที่ระบุไว้ในแผน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตุการณ์ (OBSERVEATION) เป็นการตรวจสอบ กำกับ ติดตาม และศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนโดยการสังเกต และประชุมถอดบทเรียนหลังให้บริการตามรูปแบบฯ เพื่อกำหนดประเด็นปัญหานำสู่การพัฒนาระบบฯ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (REFLECTION) เป็นการนำรูปแบบหรือแนวทางภายหลังการปรับปรุงแก้ไขระบบฯ มาใช้กับกลุ่มเป้าหมายและประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่ได้กำหนด และสรุปผลการศึกษาต่อไป ประกอบด้วย 1) ความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน 2) พฤติกรรมการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน 3) ปริมาณการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน 4) ร้อยละของการหยุดเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน 5) ความพึงพอใจของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน และ 6) ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ

4. การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเสพติด แบบประเมินพฤติกรรมการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน แบบประเมินปริมาณการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน และแบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสุขภาพและ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน คู่มือการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน และตัวแบบจากผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ศึกษาเนื้อหาวิชาการ เอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสร้างแบบทดสอบ แบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา และตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.81

แบบประเมินปริมาณการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ใช้แบบคัดกรองการใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 ส่วนแบบประเมินความตั้งใจในการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีน แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน และ

แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสุขภาพ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคติดสุรา (Try Out) ที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันมากที่สุดกับกลุ่มตัวอย่างและทีมสุขภาพในโรงพยาบาลท่าอุเทน จำนวนอย่างละ 10 คน วิเคราะห์ผลความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80, 0.81, 0.86 และ 0.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา และรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

2. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน พฤติกรรมการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ปริมาณการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ความพึงพอใจของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน และความพึงพอใจของทีมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน พฤติกรรมการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ปริมาณการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ความพึงพอใจของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนและความพึงพอใจของทีมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

5. เปรียบเทียบร้อยละของการหยุดเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[5] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม เดือนกรกฎาคม 2568 รหัสการวิจัย REC 093/68

ผลการศึกษา

1) สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน พบปัญหาคือ 1) ด้านการค้นหา (Case finding) คือ การค้นหาไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ขาดทีมเครือข่ายในการค้นหา และขาดการติดตามเฝ้าระวังในกลุ่มเป้าหมาย 2) ด้านการคัดกรอง (Screening) คือ ขาดการประเมิน ผู้ประเมินขาดทักษะและขาดการส่งต่อเพื่อบำบัด 3) ด้านการเข้าถึงบริการ (Access to Service) คือ ระยะทางไกล ค่าใช้จ่าย ขาดความตระหนักในการบำบัด และการถูกตีตราของสังคม 4) ด้านการบำบัด (Treatment) คือ ขาดทีมสหวิชาชีพในการบำบัด ขาดระบบการบำบัดที่เหมาะสมตามบริบท และ 5) ด้านการติดตาม (Follow-up) คือ ขาดระบบการติดตาม ขาดแนวทางการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำ

2) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน มีรายละเอียดดังนี้

Community Screening การคัดกรองในชุมชน ประกอบด้วย (1) การคัดกรองระดับ อสม. โดยการเยี่ยมบ้าน การสร้างกลุ่มเฝ้าระวังในชุมชน การติดตามต่อเนื่อง เพื่อกำหนดกลุ่มปกติ (ไม่มีประวัติการใช้/ตรวจปัสสาวะไม่พบสารเสพติด) กลุ่ม

เสี่ยง (มีประวัติเกี่ยวข้องกับผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน/ตรวจปัสสาวะไม่พบสารเสพติด) และกลุ่มป่วย (มีประวัติการใช้ เสพ/ตรวจปัสสาวะพบสารเสพติด) ในการเฝ้าระวังและการส่งต่อ และ (2) ระดับ รพ.สต. โดยการการคัดกรองผู้มารับบริการในหน่วยบริการ การให้การรักษาเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามประเมินผล

Comprehensive Treatment โดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน มีทั้งหมด 4 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission phase) เป็นการประเมินอาการถอนยา

ระยะที่ 2 ระยะการบำบัดด้วยยา (Treatment phase) เป็นระยะ DETOX ในสัปดาห์ที่ 1

ระยะที่ 3 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase) กิจกรรมบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาและสารเสพติดรูปแบบมินิธัญญารักษ์ ระยะกลาง (Intermediate Care) มีเป้าหมายเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการบำบัดรักษาและเข้าใจถึงตัวกระตุ้นที่มีอยู่ภายในตนเองที่เป็นความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และตัวกระตุ้นจากภายนอก เช่น เพื่อนที่ใช้ยา สถานที่ที่เคยซื้อยา สถานที่ที่เสพยา แรงกดดันจากครอบครัว และสังคม การรับรู้ ความคิดและพฤติกรรมที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติด รวมทั้งการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมใหม่ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 90 นาที ดำเนินการสัปดาห์ๆ ละ 2-3 กิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 1 สร้างความตระหนักและเสริมแรงจูงใจในการบำบัดรักษามี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 จุดหมาย และกิจกรรมที่ 2 เหรียญสองด้าน

ระยะที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม และกิจกรรมที่ 4 การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวกับการใช้ยา

ระยะที่ 3 การพัฒนาทักษะมี 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาอย่างชาญฉลาด กิจกรรมที่ 6 การจัดการกับความรู้สึกอยากยา และสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อยากยา กิจกรรมที่ 7 Always say no เป็นกิจกรรมฝึกทักษะการปฏิเสธให้เกิดความกล้าที่จะปฏิเสธ

ระยะที่ 4 ระยะติดตามการรักษา (After phase) เป็นระยะการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการจำหน่ายกลับบ้านภายหลังการบำบัด การติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดในระยะ 2 สัปดาห์ 1, 2, 3, 6, 9 และ 12 เดือน

Continuous Support คือ กลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา ระบบ Buddy System (ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน) และกลุ่ม Line

Collaborative Network ประกอบด้วย 1) กลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน 2) ระบบ Buddy System (ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน) และ 3) กลุ่ม Line และช่องทางสื่อสารออนไลน์ และ (4) Collaborative Network คือ การกำหนดบทบาทของ (1) โรงพยาบาลโพนสวรรค์ (ศูนย์กลางการบำบัด) (2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3) สถานีตำตรวจ (4) ที่ว่าการอำเภอ (5) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (6) องค์การบริหารส่วนตำบล (7) ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำทางศาสนา และ (8) เครือข่ายครอบครัวและญาติผู้ป่วย

3) ผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน

ความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีน ก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$=15.50, S.D.=3.25) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=32.75, S.D.=4.10) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน (n=58)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=58)			หลังทดลอง (n=58)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน	15.50	3.25	ต่ำ	32.75	4.10	ปานกลาง	-18.45	57	0.001*

* p<0.05

พฤติกรรมการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีน ก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ =22.35, S.D.=4.58) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =48.92, S.D.=6.25) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน (n=58)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=58)			หลังทดลอง (n=58)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
พฤติกรรมการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน	22.35	4.58	ต่ำ	48.92	6.25	ปานกลาง	-22.67	57	0.001*

* p<0.05

ปริมาณการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณการเสพสารเมทแอมเฟตามีนอยู่ในระดับสูง (กลุ่มผู้ติด) ($\bar{x}$ =31.75, S.D.=4.12) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณการเสพสารเมทแอมเฟตามีนอยู่ในระดับไม่มีการเสพสารเสพติด ($\bar{x}$ =0.00, S.D.=0.00) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณการเสพสารเมทแอมเฟตามีนลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตา

มีน (n=58)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=58)			หลังทดลอง (n=58)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ปริมาณการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน	31.75	4.12	สูง (ผู้ติด)	0.00	0.00	ไม่มีการเสพ	58.64	57	0.001*

* p<0.05

ความพึงพอใจของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ =38.52, S.D.=5.48) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

($\bar{x}$ =65.18, S.D.=6.72) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน (n=58)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=58)			หลังทดลอง (n=58)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ความพึงพอใจของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน	38.52	5.48	ต่ำ	65.18	6.72	ปานกลาง	-24.35	57	0.001*

* p<0.05

ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ พบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =58.45, S.D.=4.82) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =82.67, S.D.=5.38) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมสุขภาพ (n=30)

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา (n=30)			หลังพัฒนา (n=30)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ	58.45	4.82	ปานกลาง	82.67	5.38	สูง	-18.92	29	0.001*

* p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

1) สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน พบปัญหาคือ 1) ด้านการค้นหา (Case finding) คือ การค้นหาไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ขาดทีมเครือข่ายในการค้นหา และขาดการติดตามเฝ้าระวังในกลุ่มเป้าหมาย 2) ด้านการคัดกรอง (Screening) คือ ขาดการประเมิน ผู้ประเมินขาดทักษะและขาดการส่งต่อเพื่อบำบัด 3) ด้านการเข้าถึงบริการ (Access to Service) คือ ระยะทางไกล ค่าใช้จ่าย ขาดความตระหนักในการบำบัด และการถูกตีตราของสังคม 4) ด้านการบำบัด (Treatment) คือ ขาดทีมสหวิชาชีพในการบำบัด ขาดระบบการบำบัดที่เหมาะสมตามบริบท และ 5) ด้านการติดตาม (Follow-up) คือ ขาดระบบการติดตาม ขาดแนวทางการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำ[2]

2) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ประกอบด้วย (1) Community Screening คือ การคัดกรองระดับ อสม. และ ระดับ รพ.สต. (2) Comprehensive Treatment โดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน มีทั้งหมด 4 ระยะ โดยระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission phase) เป็นการประเมินอาการถอนยา ระยะที่ 2 ระยะการบำบัดด้วยยา (Treatment phase) เป็นระยะ DETOX ในสัปดาห์ที่ 1 ระยะที่ 3 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase) กิจกรรมบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาและสารเสพติดรูปแบบมินิธัญญารักษ์ ระยะกลาง (Intermediate Care) มีเป้าหมายเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการบำบัดรักษาและเข้าใจถึงตัวกระตุ้นที่มีอยู่ภายในตนเองที่เป็นความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และตัวกระตุ้นจากภายนอก เช่น เพื่อนที่ใช้ยา สถานที่ที่เคยซื้อยา สถานที่ที่เสพยา แรงกดดันจากครอบครัวและสังคม การรับรู้ ความคิดและพฤติกรรมที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติด รวมทั้งการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมใหม่ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ใช้เวลา

กิจกรรมละ 90 นาที ดำเนินการสัปดาห์ๆ ละ 2 กิจกรรม ดังนี้ ระยะที่ 1 สร้างความตระหนักและเสริมแรงจูงใจในการบำบัดรักษามี 2 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1 จุดหมาย กิจกรรมที่ 2 เหรียญสองด้าน ระยะที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมี 2 กิจกรรม กิจกรรมที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม กิจกรรมที่ 4 การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวกับการใช้ยา ระยะที่ 3 การพัฒนาทักษะมี 3 กิจกรรม กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาอย่างชาญฉลาด กิจกรรมที่ 6 การจัดการกับความรู้สึกอยากยา และสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อยากยา กิจกรรมที่ 7 Always say no เป็นกิจกรรมฝึกทักษะการปฏิเสธให้เกิดความกล้าที่จะปฏิเสธ และระยะที่ 4 ระยะติดตามการรักษา (After phase) เป็นระยะการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการจำหน่ายกลับบ้าน ภายหลังการบำบัด การติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดในระยะ 2 สัปดาห์ 1, 2, 3, 6, 9 และ 12 เดือน (3) Continuous Support คือ กลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา ระบบ Buddy System (ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน) และกลุ่ม Line และ (4) Collaborative Network คือ การกำหนดบทบาทของเครือข่ายและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง[6]

3) ผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน พบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการในการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนมากกว่าก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนมากกว่าก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยปริมาณการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนลดลงกว่าก่อนการทดลอง ความพึงพอใจของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และความพึงพอใจของทีมสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จากผลการศึกษาข้างต้น สามารถอภิปรายได้ว่า รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนมีกระบวนการครอบคลุม 4 ประเด็นสำคัญ คือ ด้านการค้นหา (Case finding) ด้านการคัดกรอง (Screening) ด้านการบำบัด (Treatment) และด้านการติดตาม (Follow-up) นอกจากนั้นกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาและสารเสพติดรูปแบบมินิธัญญารักษ์ระยะกลาง (Intermediate Care) มีการประเมินอาการถอนยาและการบำบัดด้วยยา ก่อนเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการบำบัดรักษาและเข้าใจถึงตัวกระตุ้นที่มีอยู่ภายในตนเองที่เป็นความคิด อารมณ์ ความรู้สึก เพื่อปรับการรับรู้ ความคิดและพฤติกรรมที่นำไปสู่การเลิกเสพยาเสพติด ส่งผลให้หลังการทดลองตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพดีขึ้น ดังการศึกษาของนาฏยา พิทักษ์ญาติ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[6]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดตั้งศูนย์บำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนที่มีทีมสหวิชาชีพครบถ้วน รวมถึงแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด

2. ควรพัฒนาระบบข้อมูลดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการติดตามผู้ป่วยโดยใช้ภาคีเครือข่ายในชุม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามกลุ่มเป้าหมาย

3. พัฒนารูปแบบการบำบัดที่ต่อเนื่องเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะ DETOX ใช้เวลา 7-14 วัน 2) ระยะ IMC ใช้ระยะเวลา 30 วัน และ 3) ระยะ LTC ใช้เวลา 60 วัน เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

4. ส่งเสริมกระบวนการบำบัดโดยภาคีเครือข่ายชุมชนในระยะ LTC ภายใต้รูปแบบ CBTx เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2559). รวมกฎหมายยาเสพติด พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (แก้ไขล่าสุด พ.ศ. 2560) และพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.
2. พุทธิพงศ์ ประสาทพรศิริโชค. (2561). การวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลของการพักรักษาในสถานบำบัดแบบระยะสั้นและระยะยาวในการบำบัดรักษาการใช้สารเมทแอมเฟตามีนในสถาบันธัญญารักษ์. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
3. งานข้อมูลข่าวสาร. (2568). ปัญหายาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม, 2568.
3. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). The action research planner: Doing critical participatory action research. Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-4560-67-2.
4. วรรณชนก จันทชุม. (2545). การวิจัยทางการพยาบาล: การเลือกตัวอย่างและการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
5. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, และเบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในคน. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
6. นาฏยา พิทักษ์ญาติ. (2562). ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้ใหญ่ที่ติดสารแอมเฟตามีน. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่

The development of problem solving program for psychiatric patients with depression Long hospital Long district Phrae province.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

พชรภา ขันทอง[1]
Pacharapa Khanthong

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment) นี้ เป็นการพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า 2) เพื่อพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า 3) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูล เชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนาโดยการใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูล การสังเกต และแบบประเมินผลลัพธ์ โดยมีระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือประเมิน 2Q พบข้อใดข้อหนึ่งมีคะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน 8Q น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 18 ราย เก็บข้อมูลจากการประเมิน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ สามารถที่จะลดภาวะซึมเศร้าลงได้ รวมถึงป้องกันไม่ให้มีการฆ่าตัวตายสำเร็ จ โดยผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอลองลดลงเป็น 9.22 ต่อแสนประชากร

คำสำคัญ: การแก้ไขปัญหา, ผู้ป่วยโรคจิตเวช, ภาวะซึมเศร้า

Abstract

This quasi-experimental research aimed to develop a problem-solving therapy program for psychiatric patients with depression at Long Hospital, Long District, Phrae Province. The objectives were: 1) to study the situation and problems of psychiatric patients with depression; 2) to develop a problem-solving therapy program for psychiatric patients with depression; and 3) to study the effectiveness of the problem-solving therapy program for psychiatric patients with depression at Long Hospital, Long District, Phrae Province. Quantitative and qualitative data were collected before and after the program development using questionnaires, data recording forms, observation, and outcome evaluation forms. The research was conducted from October 1, 2024, to September 30, 2025. The sample consisted of 18 psychiatric patients with depression who had been assessed for depression using the 2Q assessment tool (with a score of 7 or greater on 9Q and 17 or less on 8Q). A purposive sampling method was used to select the sample. Data were collected from the assessments and analyzed using content analysis, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

[1] โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่

Research findings indicate that following the implementation of a problem-solving therapy program for psychiatric patients with depression at Long Hospital, Long District, Phrae Province, the level of depression can be reduced, and suicide attempts can be prevented. Specifically, the suicide rate in Long District decreased to 9.22 per 100,000 population after the program was implemented.

Keyword: problem solving, psychiatric patients, depression

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญในทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าพบได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ปานกลาง และระดับรุนแรง ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อบุคล ครอบครัวและสังคม ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งเป็นผลจากอาการปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้เกิดภาวะความไม่สมดุลและรู้สึกได้ถึงความไม่มั่นคงไม่ปลอดภัยของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า[1]

จากข้อมูลการเข้าถึงบริการของโรคซึมเศร้า อำเภอลอง ปี พ.ศ. 2564 - พ.ศ. 2567 คิดเป็นร้อยละ 26.93, 33.26, 40.07 และ 44.23 ตามลำดับ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2564 - 2567 คิดเป็น 25.80, 23.98 , 12.90 และ 11. 06 ต่อแสนประชากร ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วิธีการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยที่สุด คือการแขวนคอ อายุที่น้อยที่สุดที่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ อายุ 13 ปี อายุมากที่สุด คืออายุ 88 ปี สาเหตุการฆ่าตัวตาย ที่พบได้บ่อยที่สุดคือ น้อยใจ ถูกดุด่าหรือไม่ได้ในสิ่งที่ขอ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีการดื่มสุราก่อนการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า ไม่มีคนดูแล อยู่คนเดียว และผู้ป่วยผู้สูงอายุสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง ต้องพึ่งพาผู้ดูแล เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 รายเคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว และมีประวัติป่วยโรคซึมเศร้ารับการรักษาด้วยยา จากข้อมูล ปี 2564 – 2567 พบผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 2, 3, 3 และ 4 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทและมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 5 ราย และโรคซึมเศร้า จำนวน 7 ราย[2]

จากการวิเคราะห์แล้วพบว่า การดำเนินการในปัจจุบันพบว่า มุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ การรักษาแบบจิตบำบัดรายบุคคล ทำได้เพียงบางรายเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่สามารถที่จะให้เวลาในการทำจิตบำบัดที่เหมาะสม บางรายผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว ไม่มีญาติดูแล หรือบางรายมีญาติดูแลแต่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่อยากให้ญาติเข้ามามีบทบาทในการดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม รวมถึงผู้ป่วยบางรายที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว ไม่ได้รับการติดตามหรือมาติดตามอาการตามนัดได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากระยะทางการเดินทางไม่สะดวก ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล รวมถึง บางรายอาการจะเป็นๆ หายๆ ช่วงที่อาการทุเลา คิดว่าตัวเองหายจากอาการเจ็บป่วยแล้วจึงหยุดรับประทานยาเอง ทำให้มีอาการกำเริบของโรคเกิดขึ้นอีก นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเวชบางรายมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยบางรายอยู่คนเดียว ไม่มีคนดูแล หรือคนดูแลเอือมระอากับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย การสื่อสารที่ไม่ดีในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้ง การดุด่าว่าด้วยถ้อยคำรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกน้อยใจ รู้สึกเป็นภาระ ไม่สามารถหาทางแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย พละศักดิ์ และคณะ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการมองปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นทางลบ ทำให้ไม่สามารถควบคุมความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตัวเองจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า[3] นอกจากนี้ การศึกษาของ อรัญญา แพจุ้ย และคณะ พบว่า

ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง และมีการกลับมาดื่มซ้ำ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากขาดทักษะในการแก้ปัญหา มีอารมณ์อ่อนไหว ไม่มั่นคง การควบคุมอารมณ์ของตัวเองไม่ดี ทำให้ส่งผลต่อการตัดสินใจและมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม[4] การศึกษาของ พันธ์ทิพย์ โกศัลวัฒน์ และคณะ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในแผนกผู้ป่วยนอก อาการไม่ทุเลา เนื่องจาก เป็นผู้ที่มีมุมมองต่อปัญหาและการแก้ไขปัญหาชีวิตในทางลบ ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้[5] การศึกษาของ วรรณา เรืองประยูร และคณะ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบในผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการปรับตัวในวิกฤติของชีวิต และไม่สามารถปรับตัวในการแก้ไขปัญหาได้ จะเห็นได้ว่า การเกิดภาวะซึมเศร้านั้น มีเหตุปัจจัยหลายอย่างทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ รวมถึง ปัจจัยทางสังคม[6] ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเบค อธิบายว่า เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ว่าเกิดวิกฤติในชีวิตแล้วจะมีความคิดอัตโนมัติทางลบกับตัวเอง กับโลกและอนาคต จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้[7] เดอซูริลลา และเนซู อธิบายว่า พฤติกรรมหรืออารมณ์ ที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลเกิดจากความบกพร่องในการแก้ไขปัญหา จากการมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบและไม่มีวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม[8]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การบำบัดโดยการแก้ปัญหาเป็นอีกหนึ่งกระบวนการที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่ม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่

สมมติฐาน

ภายหลังการใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยรูปแบบ การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experiment research) โดยระยะเวลาในการพัฒนาครั้งนี้เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 - วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2568 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ โดยการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ปัญหาผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าและพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่

ระยะที่ 2 ระยะประเมินโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมที่

พัฒนาขึ้น เลือกจากผู้ป่วยโรคจิตเวชโดยมีผลการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม พบมีความเสี่ยงโรคซึมเศร้าและรับการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนเป็นต้นไป และรับการประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q มีระดับแนวโน้มของการฆ่าตัวตายตั้งแต่ระดับเล็กน้อยเป็นต้นไป จำนวน 25 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส F32 – F32

2. เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส F20 – F29

3. เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ทางจิตประสาท ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส F10 – F19

4. อายุระหว่าง 20 – 65 ปี

5. อ่านออกเขียนได้

6. สื่อสารรู้เรื่อง

7. ประเมินด้วยเครื่องมือ BPRS มีคะแนนมากกว่า 36 คะแนนขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีโรคทางกายร่วม

2. ผู้ป่วยออกจากการบำบัดก่อนครบกำหนดหรือไม่ตอบแบบประเมิน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง ได้ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ ที่พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของ เดอร์ ซุเลร่า และเนซู[8] และ เนซู เนซู และคลาร์ก[15]

2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่งการทำงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ของอำภาศรี ศรียศ[16]

3) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมพัฒนาโปรแกรม ซึ่งมีระดับตัวเลขที่แสดง ความพึงพอใจ ตั้งแต่ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ของอำภาศรี ศรียศ[16] โดยมีระดับความพึงพอใจดังนี้

ตัวเลข 1 - 3 พึงพอใจน้อย

ตัวเลข 4 - 6 พึงพอใจปานกลาง

2. เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มประเมินรูปแบบ ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) พบคำตอบว่า มี เพียง 1 ข้อหรือทั้ง 2 ข้อ ต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติมด้วย แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q ระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปี และโรคประจำตัว ระดับการศึกษา ของอำภาศรี ศรียศ[16]

2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) เป็นแบบประเมินที่มีลักษณะคำถามแบบปลายปิด (Closed question) มีคำตอบให้ตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ มี และไม่มี โดยมีเกณฑ์ประเมินดังนี้

ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 ข้อ หมายถึง ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า จะต้องมีการประเมินเพิ่มเติมด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

3) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) เป็นการวัดค่าแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) ลักษณะคำถามเป็นปลายปิด (Closed question) มีลักษณะให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีเลย เป็นบางวัน (1 – 7 วัน) เป็นบ่อย (≥ 7 วัน) และเป็นทุกวัน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน

เป็นบางวัน (1 – 7 วัน) ให้ 1 คะแนน

เป็นบ่อย (≥ 7 วัน) ให้ 2 คะแนน

เป็นทุกวัน ให้ 3 คะแนน

การแปลผลคะแนนประเมินโรคซึมเศร้าประกอบด้วย

ระดับคะแนนน้อยกว่า 7 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ระดับคะแนน 7 – 12 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

ระดับคะแนน 13 – 18 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

ระดับคะแนน ≥ 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

4) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q เป็นแบบประเมินที่มีลักษณะคำถามแบบปลายปิด (Closed question) มีคำตอบให้ตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ใช่ และใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามระดับคะแนนที่มีความแตกต่างกันแต่ละข้อ ดังนี้

ข้อ 1 ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน

ข้อ 2 ตอบไม่ใช่ไ ได้ 0 คะแนน ตอบใช่ ได้ 2 คะแนน

ข้อ 3 ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน ตอบใช่ ได้ 6 คะแนน และให้ถามต่อตามข้อคำถามที่กำหนด ตอบได้ ได้ 0 คะแนน ตอบไม่ได้ ได้ 8 คะแนน

ข้อ 4 ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน ตอบใช่ ได้ 8 คะแนน

ข้อ 5 ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน ตอบใช่ ได้ 8 คะแนน

ข้อ 6 ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน ตอบใช่ ได้ 9 คะแนน

ข้อ 7 ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน ตอบใช่ ได้ 10 คะแนน

ข้อ 8 ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน ตอบใช่ ได้ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนนประเมินการฆ่าตัวตายประกอบด้วย

ระดับคะแนน0 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ระดับคะแนน1 – 8 คะแนน หมายถึง แนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย

ระดับคะแนน 9 – 16 คะแนน หมายถึง แนวโน้มฆ่าตัวตายปานกลาง

ระดับคะแนน ≥ 17 คะแนนหมายถึง แนวโน้มฆ่าตัวตายรุนแรง

5) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมพัฒนารูปแบบ ซึ่งมีระดับตัวเลขที่แสดงความพึงพอใจ ตั้งแต่ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ของอำภาศรี ศรียศ[16] โดยมีระดับความพึงพอใจดังนี้

ตัวเลข 1 - 3 พึงพอใจน้อย

ตัวเลข 4 - 6 พึงพอใจปานกลาง

ตัวเลข 7 - 10 พึงพอใจมาก

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพิ่มเติมได้แก่ กล้องถ่ายภาพ สำหรับเก็บภาพและกิจกรรมต่างๆ ตลอดกิจกรรมที่ทำการวิจัย เพื่อใช้ประกอบการรายงานการวิจัย ซึ่งคำนึงถึงหลักการเคารพบุคคลเป็นสำคัญด้วย

การสร้างเครื่องมือและการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ ที่ผู้วิจัยและทีม PCT ของโรงพยาบาลร่วมกันพัฒนาตามแนวคิดของ เดอซูริลลาและ เนซู (2010) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่เคยมีประสบการณ์ในการใช้โปรแกรมการแก้ปัญหาแบบกลุ่ม จำนวน 2 ท่าน **การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability)** 1) แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่คลินิกเพื่อนใจที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 20 รายแล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) 2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ของกรมสุขภาพจิต การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือซ้ำ 3) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือซ้ำ 4) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q ของกรมสุขภาพจิต การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือซ้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

วิเคราะห์โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมพัฒนาโปรแกรม ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปี และ โรคประจำตัว นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ 3) วิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินผลโปรแกรมที่พัฒนา 3.1) วิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรองโรค ซึมเศร้า จากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 2 คำถาม (2Q) นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ 3.2) วิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ 3.3) วิเคราะห์ข้อมูลการประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ 3.4) ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมที่พัฒนาของทีมพัฒนาโดยการแจกแจงความถี่ 3.5) ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมที่พัฒนาของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการแจกแจงความถี่ 4) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการทำวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) การเก็บข้อมูลจากเอกสารต่างๆ 2) การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว 3) การสนทนากลุ่ม 4) กระบวนการสังเกต การถ่ายภาพ ทำการวิเคราะห์ด้วยการสรุปความ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ดำเนินการให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวินัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล เลขที่อนุญาต PPH No. 001/2568

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ขั้นเตรียมการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ โดยมีขั้นตอนการเตรียมการดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสารวิชาการงานวิจัยและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2) ศึกษาทบทวนประวัติผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จย้อนหลัง 3 ปี จากแฟ้มจัดเก็บ รายงานการ

สอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล

3) ติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องที่จะทำการวิจัย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team : PCT) เพื่อทราบถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาโปรแกรมในครั้งนี้ แผนงานระยะเวลาที่จะดำเนินงาน เครื่องมือ ที่ใช้ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้

4) ศึกษาค้นคว้าและทบทวนงานวิจัย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

5) ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลลอง เพื่อประชุมเชิงปฏิบัติการในการการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ 2. ขั้นประเมินผลโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่โดยมีขั้นตอนการเตรียมการดังนี้

1) ผู้วิจัยนำเสนอโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลลอง เพื่อขออนุญาตประเมินผลโปรแกรมที่พัฒนากับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

2) ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมบำบัดที่พัฒนาขึ้น โดยการบำบัดแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ใช้เวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 – 90 นาที ในวันพุธ เวลา 09.00น – 10.30น. และวันพฤหัสบดี เวลา 09.00น – 10.30 น. หลังครบกำหนดในสัปดาห์ที่ 5 ทำการประเมินหลังเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรม และติดตามประเมินผลหลังได้รับโปรแกรม 1 และ 3 เดือน ตามลำดับ

<u>ครั้งที่ 1</u> สร้างสัมพันธภาพและทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 ทำความเข้าใจกับความหมายและรูปแบบ อาการ การรักษาของโรคซึมเศร้า

<u>ครั้งที่ 2</u> ทำความเข้าใจกับปัญหา การค้นหาปัญหาและระบุปัญหา ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทำความเข้าใจกับปัญหา

กิจกรรมที่ 4 การฝึกการค้นหาและระบุปัญหา

<u>ครั้งที่ 3</u> ฝึกสร้างทางเลือกและการตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหา ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 5 การฝึกสร้างและหาทางเลือกในการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 6 การฝึกการตัดสินใจ

<u>ครั้งที่ 4</u> ฝึกการลงมือแก้ปัญหาตรวจสอบและคงไว้ซึ่งทักษะและการขยายผล ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 7 การฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 8 การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดโดยโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 25 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดย กลุ่มที่ 1 มีจำนวนสมาชิก 12 คน ประกอบด้วยเพศชาย 4 คน เพศหญิง 8 คน กลุ่มที่ 2 มีจำนวนสมาชิก 13 คน ประกอบด้วยเพศชาย 2 คน เพศหญิง 11 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 76 เพศชาย ร้อยละ 24 อายุระหว่าง 20 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 28 อายุ 41 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 52 และ อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 สถานภาพโสด ร้อยละ 16.67 คู่ ร้อยละ 72.22 หย่าร้าง/เสียชีวิต ร้อยละ 11.11 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 83.33 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 16.67 มีโรคประจำตัวเป็นจิตเภท ร้อยละ 16 โรคความซึมเศร้า ร้อยละ 76 โรคติดสุรา ร้อยละ 8

2. ผลลัพธ์ของการประเมินผลตามโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่

1. ข้อมูลการคัดกรองโรคซึมเศร้า จากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 2 คำถาม (2Q) พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ มีกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ภายหลังการใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ กลุ่มผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแนวทางและได้รับการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 2 คำถาม (2Q) ภายหลังการใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า 1 สัปดาห์ พบไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92 มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8

2. ข้อมูลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ก่อนการใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ ระดับเล็กน้อย จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 28 ภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8

3. ข้อมูลการประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q ก่อนการปฏิบัติตามโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ร้อยละ 52 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 36 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 12 ภายหลังมีการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 84 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 16

4. ข้อมูลการคัดกรองโรคซึมเศร้า จากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 2 คำถาม (2Q) ภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบในระยะเวลา 1 เดือน (ประเมินวันที่ 26 และ 27 มีนาคม 2568) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20

5. ข้อมูลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบในระยะเวลา 1 เดือน (ประเมินวันที่ 26 และ 27 มีนาคม 2568) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 92 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8

6. ข้อมูลการประเมินการฆ่าตัวตาย ภายหลังมีการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนา ภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบในระยะเวลา 1 เดือน (ประเมินวันที่ 26 และ 27 มีนาคม 2568) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20

7. ข้อมูลการคัดกรองโรคซึมเศร้า จากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 2 คำถาม (2Q) ภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบในระยะเวลา 3 เดือน (ประเมินวันที่ 25 และ 26 มิถุนายน2568) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8

8. ข้อมูลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบในระยะเวลา 3 เดือน (ประเมินวันที่ 25 และ 26 มิถุนายน2568) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8

9. ข้อมูลการประเมินการฆ่าตัวตายภายหลังมีการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนา ภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบในระยะเวลา 3 เดือน (ประเมินวันที่ 25 และ 26 มิถุนายน2568) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8

สรุปและอภิปรายผล

ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ สามารถที่จะลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเวชได้ รวมถึงป้องกันไม่ให้มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยผลการศึกษาพบว่าหลังการปฏิบัติตามโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอลองลดลง เท่ากับ 9.22 ต่อแสนประชากร ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ สอดคล้องกันกับการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันมีทั้งการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเพื่อช่วยในการปรับสมดุลของสารสื่อประสาท การรักษาด้วยไฟฟ้า แล้วยังมีการรักษาด้วยจิตบำบัดทางจิตสังคม เช่น การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) รวมถึงการบำบัดที่สามารถนำมาประยุกต์ในการลดภาวะซึมเศร้าได้ อีกวิธีหนึ่งคือ การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) ซึ่งการบำบัดดังกล่าวจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้มีการกำกับตนเองในการมองปัญหาและเลือกทางออกการแก้ปัญหาด้วยความมีเหตุผล ซึ่งสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้[8] นอกจากนี้ การศึกษาของ สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ ศึกษาการทำกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มที่ได้รับ PST มีทักษะในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และมีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลง รวมถึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในหลังจำหน่าย 6 เดือน[9] การศึกษาของ วรรณา เรืองประยูร และคณะ ศึกษาการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า การบำบัดด้วยยาต้านเศร้าและการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า ในผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ[6] นอกจากนี้ การศึกษาของ สุณิสา ศรีโมอ่อน และคณะ ศึกษาการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ โดยใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ 2 รูปแบบ คือ Social Problem Solving Therapy (SPST) และ Problem Solving Therapy – Primary Care (PST-PC) พบว่าการบำบัดทั้ง 2 รูปแบบ มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและสามารถใช้ได้กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงโรคซึมเศร้าเรื้อรัง รวมถึง โรคซึมเศร้าที่มีอาการเล็กน้อย[10] ธวัชชัย พละศักดิ์ และคณะ ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลว่าภายหลังได้รับโปรแกรมภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม[3] การศึกษาของ นัฏกานต์ มันตะสูตร และคณะ ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม[11] ต่อมา อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ (2563) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่า ภายหลังการได้รับการบำบัดตามโปรแกรมที่พัฒนา ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายสามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้[12] นอกจากนี้ พันธ์ทิพย์ โกศัลวัฒน และคณะ (2561) ศึกษาการพัฒนาและผลของ

โปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการทในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า สามารถทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง รวมถึงสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับมุมมองต่อปัญหาใหม่ รวมถึง การใช้โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาควบคู่กับยาต้านเศร้า มีอัตราการหายเพิ่มขึ้น[5] และ สมบัติ สกุลพรรณ์ และคณะ ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ พบว่า ภายหลังการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่ม สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าได้[1] รวมถึง สุจิตรา ยะวร และคณะ ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ภายหลังการได้รับการบำบัดตามโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม[13] รวมถึง ปุณยาภา บุญคำเรือง ได้ทดลองใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ติดสุราในกลุ่มทดลอง มีระดับอาการซึมเศร้าลดลงกว่า กลุ่มควบคุม[14]

ส่งผลให้ความพึงพอใจของทีมพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ หลังการปฏิบัติตามโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ ที่พัฒนา ทีมพัฒนารูปแบบมีความพึงพอใจระดับมาก จำนวน 15 คนคิดเป็นร้อยละ 80 และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังการใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้ามีระดับความพึงพอใจระดับมาก จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 90

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ควรมีการวิจัยแบบวัดซ้ำเพื่อศึกษาติดตามผลของการให้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าและติดตามผลระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินความคงทนของโปรแกรม

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าแบบรายบุคคลเพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

3. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเป้าหมายอื่น เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมบัติ สกุลพรรณ์ และคณะ (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มาภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.2559:(3)109 – 120.
2. โรงพยาบาลลอง. (2568). ระบบข้อมูล HosXp. โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่
3. ธวัชชัย พละศักดิ์ และคณะ. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,2560:(1)60 – 74.
4. อรัญญา แพจุ้ย และคณะ (2566). การพัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,2567:(3)65 – 86.

5. พันธ์ทิพย์ โกศัลวัฒน์ และคณะ(2561). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 2561:32(1)49 – 65.
6. วรรณา เรืองประยูร และคณะ (2556). การบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : การสังเคราะห์งานวิจัย. สารนิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
7. Beck, J. S. (1995). Cognitive Therapy: Basics and Beyond. New York: Guilford.
8. D'Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapies. In K. S. Dobson (Ed.), Handbook of cognition- behavioral therapies (3rd ed.). London: Guilford Press.
9. สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2555). กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
10. สุณิสา ศรีโมอ่อน และคณะ (2553). การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. Thai Journal of Nursing Council 2011:(3)107 – 116.
11. นัฏกานต์ มันตะสูตร และคณะ (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.พยาบาลสาร,2563:(1)301 – 312
12. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ (2562). การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. Journal of Mental Health of Thailand 2020:28(1)86 – 89.
13. สุจิตรา ยะวร และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข.2566:(6)1103 – 1112.
14. ปุณยาภา คำบุญเรือง. (2552).ผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพน์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,เชียงใหม่.
15. Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2008). Problem Solving Therapy for depression: PST for depression. workshop second Asian CBT conference- 2008. Bangkok.
16. อำภาศรี ศรียศ. (2551). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. (การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต.

ความท้าทายปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรังของประเทศไทย

Challenges and factors affecting the control and prevention of chronic kidney disease in Thailand.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ปนัดดา จั่นผ่อง[1] สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์[2]
Panadda Junporng[1] Sitthipong Yimsawad[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความท้าทาย ปัจจัยที่มีผลการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรัง รวมถึงจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนด้านการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-4 อายุระหว่าง 35 - 70 ปี เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป้าหมายในเขตพื้นที่ 4 อำเภอเป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ คำนวณด้วยโปรแกรม G*power คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและสมัครใจ จำนวน 300 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป รูปแบบเชิงพรรณนา โดยใช้สถิติ จำนวน , ร้อยละ , ค่าเฉลี่ย , ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการศึกษาพบว่า ความท้าทายหลัก แบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) มิติพฤติกรรมของประชาชน เช่น การบริโภคอาหารเค็ม ขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมในระยะเริ่มต้น การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจที่กระทบต่อการเข้าถึงการรักษา 2) มิติเชิงระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ครอบคลุม บุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอ และระบบข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกันไม่สมบูรณ์ 3) มิตินโยบายและการบริหารจัดการ เช่น การบังคับใช้นโยบายที่ไม่ทั่วถึง ความยั่งยืนของโครงการ และข้อจำกัดในการจัดบริการรักษา จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นความจำเป็นในการยกระดับการคัดกรองตั้งแต่ระยะแรก การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการสร้างความตระหนักรู้ด้านการป้องกัน เพื่อสนับสนุนนโยบายทศวรรษชะลอโรคไตเสื่อมของกระทรวงสาธารณสุข และนำไปสู่การลดภาระโรคไตเรื้อรังอย่างยั่งยืนในระยะยาว ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีโรคร่วมด้วย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน สาเหตุส่งเสริมให้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ดื่มน้ำน้อยกว่า 8 แก้วต่อวัน กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ กินยาแก้ปวด ยาชุด ยาแก้อักเสบ กังวล เครียดบ่อย ดื่มสุรา แอลกอฮอล์ กินสมุนไพร ยาหม้อ กินอาหารเสริมเป็นประจำ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับความรู้เพื่อการปฏิบัติตัวในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย อาทิ 1) รัฐบาลประกาศนโยบายทศวรรษการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้องรังเป็นวาระแห่งชาติ 2) กระทรวงสาธารณสุข จัดระบบการจัดการโรคไตเรื้อรัง เริ่มตั้งแต่การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการกำกับติดตามเพื่อมุ่งลดโรคไตเรื้อรัง 3) หน่วยบริการสุขภาพจากสหวิชาชีพจัดให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม 4) ประชาชนเข้าถึง รับรู้ รอบรู้ต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ หลีกเลี่ยงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพ

คำสำคัญ: ความท้าทาย ปัจจัยที่มีผล การควบคุมป้องกัน โรคไตเรื้อรัง

Abstract

This research was survey study aiming to investigate the challenges and factors affecting the control and prevention of chronic kidney disease (CKD), and to develop policy recommendations for CKD prevention and control. The sample consisted of 300 patients with stage 2-4 CKD, aged 35-70 years, receiving treatment at target hospitals in four target districts of Chiang Mai Province. Data were collected using the G*power program, with purposive and voluntary selection. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The study found that the main challenges can be divided into three dimensions: 1) Behavioral dimension of the population, such as consuming salty foods, lack of awareness of early kidney failure, inappropriate medication use, and economic limitations affecting access to treatment; 2) Healthcare system dimension, including insufficient

[1] วท.ม.ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย
[2] พบ.ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช กรมอนามัย

screening of at-risk groups, inadequate public health personnel, and incomplete interconnected health information systems; and 3) Policy and management dimension, such as inadequate policy enforcement, project sustainability, and limitations in providing treatment services. The study results reflect the need to improve early screening, develop the healthcare system, and raise awareness of prevention to support the Ministry of Public Health's Decade of Slowing Kidney Deterioration policy and lead to a sustainable long-term reduction of the burden of chronic kidney disease. Factors affecting the control and prevention of chronic kidney disease are mostly associated with comorbidities such as hypertension, hyperlipidemia, and diabetes. Contributing factors to chronic kidney disease include drinking less than 8 glasses of water per day, urinary incontinence, taking pain relievers, combination drugs, and anti-inflammatory drugs, anxiety, frequent stress, alcohol consumption, and regular use of herbal remedies and supplements. Most patients received knowledge on how to slow kidney deterioration in chronic kidney disease patients. Policy recommendations include: 1) The government declaring the decade of chronic kidney disease control and prevention as a national agenda; 2) The Ministry of Public Health establishing a chronic kidney disease management system, starting from screening at-risk groups, disease prevention, treatment, and monitoring, aiming to reduce chronic kidney disease; 3) Multidisciplinary healthcare units providing a continuous and comprehensive patient care system; and 4) The public having access to, being aware of, and understanding how to control risk factors related to health behaviors and avoiding potential health impacts.

Keywords: Challenges, Influencing factors, Control and prevention, Chronic kidney disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกทุกประเทศเผชิญและกำลังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลก ระบุว่า 1 ใน 10 ของคนทั่วโลก หรือร้อยละ 11-13 มีภาวะไตทำงานผิดปกติหรือเป็นโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของโลก มีผู้เสียชีวิต 1.5 ล้านคนต่อปี[1] สาเหตุมาจากขาดการรักษาและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1.12 ล้านคน ในปี 2024-2025 และติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศที่มีอัตราการเกิดโรคไตสูงที่สุดในโลก หรือร้อยละ 17-22 สาเหตุหลักมาจากเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการดูแลตัวเองไม่ถูกต้อง[2] จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ปี 2565 พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (กรมควบคุมโรค, 2566) คนไทยป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคนหรือร้อยละ 17.6 ของประชากร เป็นผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 (ระยะสุดท้าย) ประมาณ 200,000 คน โดยประมาณ 100,000 คน ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (ฟอกเลือดหรือล้างไต) และมีผู้รอปลูกถ่ายไตมากกว่า 5,000 คน แต่ได้รับปลูกถ่ายไตเพียง 600 คนต่อปี หรือมีเพียง 1 ใน 10 คนเท่านั้นที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไต ปี 2568 ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สูงถึง 17,589 ล้านบาท และแนวโน้มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละกว่า 7,800 ราย อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตในปัจจุบันสูงถึง 200,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษากว่า 20,000 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องประมาณ 15-20% ต่อปี หากไม่มีการแก้ไขคาดว่าใน 5 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยเพิ่มเป็นกว่า 200,000 ราย และต้องใช้งบประมาณกว่า 40,000 ล้านบาทต่อปี[3] ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขณะเดียวกันผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องได้รับความเจ็บปวดและเสียเวลาในการฟอกเลือดครั้งละ 4-5 ชั่วโมง โดยต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ทำการฟอกเลือด สัปดาห์ละมากกว่า 2-3 ครั้ง ผู้ป่วยและญาติต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ชีวิตที่ไม่สมบูรณ์มีความทุกข์ ทั้งกายใจ ในขณะที่แพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาด้านโรคไตยังไม่เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วยที่มากขึ้น การป้องกันและชะลอการ

เสื่อมของไตจึงเป็นสิ่งจำเป็นทั้งในชุมชนและสถานบริการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญเป็นแกนนำหลักในการดำเนินงานเพื่อลดและชะลอผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน และต้องมีการดำเนินงานคู่ขนานสอดคล้องส่งต่อกันอย่างมีระบบระหว่างชุมชนกับสถานบริการ

โรคไตเรื้อรัง เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Kidney Disease, ESKD) จำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องหรือการผ่าตัด ปลูกถ่ายไต สถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน หลังจากที่มีนโยบายทางสาธารณสุขให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้ จากอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังและโรคไตวายระยะสุดท้ายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ทำให้โรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคตอย่างมาก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดโรคไตวายระยะสุดท้าย โดยควรให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้ได้ผลดี[4]

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ โรคร่วม อาทิ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคเกาต์ ภาวะไขมันในเลือดสูง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายโอกาสการเกิดภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ โรคร่วม อาทิ โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคเกาต์ และภาวะไขมันในเลือดสูง[5] และยังพบในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคแพ้ภูมิตนเอง นิ่วในทางเดินปัสสาวะ โรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่ได้รับยาแก้ปวดหรือสารที่มีผลต่อไต มีระดับกรดยูริกในเลือดสูง และผู้ที่ครอบครัวมีประวัติป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบน อีกทั้งผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยาสมุนไพรติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะเพิ่มความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังมากถึง 20 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ไม่มีการใช้ยา ระยะเวลาการเป็นโรคไตมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ มีโรคร่วม 2 โรค คือ โรคความดันโลหิตและโรคเบาหวาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับค่าอัตรากรองไตอยู่ ช่วง 45-59 ml/min/1.73m2 ระดับโปรตีนในปัสสาวะ 0 mg/dl (Negative) 1) ภาพรวมของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตมีระดับความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และมีความสัมพันธ์ต่ำ (r=0.138, sig =.000) และ 3) ปัจจัยภาวะสุขภาพด้านระดับน้ำตาลในเลือดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตมีระดับความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และมีความสัมพันธ์ระดับน้อย (r=0.141, sig=.000) ดังนั้น แสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพโดยให้ข้อมูลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตอย่างถูกต้อง[6] ข้อมูลจาก meta-analysis พบว่า การลดระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถลดการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและลดอัตราการเสียชีวิตได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว จึงเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communicable, NCDs) รวมทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง ดังนั้น บุคคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงทุกราย จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า แนวคิดโมเดลเชิงนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social ecological model) เป็นระบบที่มีความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมและปัจเจกบุคคล และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 5 ระดับ คือ ระดับ บุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบายสาธารณะ จึงควรค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพในการสร้าง

เสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความสำคัญในสภาวะปัจจุบันและอนาคต

วัตุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความท้าทายในการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรัง

3. เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ระหว่างเดือนมกราคม 2567-มีนาคม 2568 เป็นการศึกษาวิจัยในพื้นที่อำเภอคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและสมัครใจเข้าร่วม 4 อำเภอเป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ อำเภอเมืองเชียงใหม่ แม่ริม สันทราย และหางดง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 50 แห่ง จำนวนรวม 53 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-4 อายุระหว่าง 35 - 70 ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป้าหมาย 4 อำเภอเป้าหมาย แล้วคำนวณหากลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power ได้กลุ่มตัวอย่าง 221 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คู่มือส่งเสริมป้องกันรอบรู้เท่าทันโรคไตเรื้อรัง (โรงเรียนรักษ์ไต) ประกอบด้วย เกริ่นนำ เข้าใจโรคเข้าใจความเสี่ยง โปรแกรม 12 สัปดาห์ถึงเวลาต้องเปลี่ยน (ได้แก่ แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กรอบแนวทางกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โปรแกรม 12 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1 , สัปดาห์ที่ 2 , 3 , 4 , 6 , 7 , 8 , 10 , 11 สัปดาห์ที่ 5, 9 , สัปดาห์ที่ 12) และการสื่อสารติดตามต่อเนื่อง มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88

2. สมุดบันทึกสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเองรายวัน เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง (ทุกวัน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หรือ 3 เดือน) 2) แบบบันทึกการติดตามภาวะสุขภาพตนเองรายสัปดาห์ เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับความเครียด (ทุกสัปดาห์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หรือ 3 เดือนละ 4 ครั้ง) 3) แบบบันทึกติดตามเระวังผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรัง (Before-After) ได้แก่ FBS, HbA1C, BUN, Creatinine, TC, TG, HDL, LDL และ eGFR โดยตรวจเลือดที่โรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจาะเลือดส่งตรวจที่โรงพยาบาลศูนย์ พร้อมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3. แบบสอบถามการประเมินผลการใช้คู่มือส่งเสริมป้องกันรอบรู้เท่าทันโรคไตเรื้อรัง (โรงเรียนรักษ์ไต) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2 – 4 ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป 9 ข้อ ความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วย 18 ข้อ การประเมินความรู้เกี่ยวกับเข้าใจโรค เข้าใจความเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง 15 ข้อ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการกินอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมรักษาสุขภาพจิตใจ และพฤติกรรมการใช้ยา และความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน 8 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป รูปแบบเชิงพรรณนา โดยใช้สถิติ จำนวน , ร้อยละ , ค่าเฉลี่ย , ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. จากการศึกษาทบทวนสถานการณ์ความท้าทายในการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยมีหลายมิติ ทั้งจากพฤติกรรมของประชาชนและสังคม การดำเนินงานด้านสาธารณสุข และข้อจำกัดเชิงนโยบาย นอกจากนี้รวมถึงด้านการเข้าถึงการรักษา การสร้างความตระหนักรู้ในระดับชุมชน และการขาดแคลนบุคลากรและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งล้วนส่งผลให้สถานการณ์ของโรคยังคงน่าเป็นห่วง ความท้าทายที่สำคัญ มีดังนี้

1) ความท้าทายด้านพฤติกรรมและสังคม พบว่า การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน เป็นสาเหตุหลักทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง การจัดการโรคประจำตัว ควบคุมความดันโลหิต น้ำตาล และไขมันในเลือดให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่แพทย์แนะนำเป็นสิ่งสำคัญ แต่ก็ทำได้ยาก การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ยังเป็นเรื่องที่ท้าทาย พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม คนไทยคุ้นเคยกับอาหารรสจัด มีปริมาณโซเดียมสูง มีแนวโน้มบริโภคอาหารรสจัด (เค็มจัด หวานจัด เผ็ดจัด) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน[7] ซึ่งนำไปสู่ภาวะโรคไตเรื้อรังได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้เป็นเรื่องยาก เนื่องจากฝังรากลึกในวัฒนธรรมการกิน การขาดการออกกำลังกายและควบคุมน้ำหนัก มีน้ำหนักตัวที่มากเกินไปทำให้ไตทำงานหนักขึ้น การสูบบุหรี่ ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้โรคไตเรื้อรังดำเนินไปได้แย่ลง การรับรู้และขาดความตระหนักรู้ ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไต ความรุนแรง ผลกระทบของโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้น ปัจจัยเสี่ยง วิธีการป้องกัน และการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง[8] ส่งผลให้การดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มักไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะไตเสื่อมในระยะเริ่มต้น เพราะโรคนี้ไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน ทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาแก้ปวด บางคนนิยมซื้อยามาใช้เอง รวมถึงยาแผนโบราณ ยาสมุนไพรบางชนิด ยาชุดต่อเนื่องเป็นเวลานาน[9] โดยไม่มีคำแนะนำจากแพทย์ ซึ่งอาจมีสารอันตรายส่งผลต่อการทำงานของไตได้ หรืออาจส่งผลเสียต่อไตได้โดยตรง ปัญหาเศรษฐกิจและภาระผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายบางส่วนโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท อาจเลือกที่จะไม่รับการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายหรือภาระที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว การเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม แม้ว่าจะมีนโยบายให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีสิทธิบัตรทองสามารถเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย แต่ในทางปฏิบัติการเข้าถึงบริการอาจยังมีความไม่เท่าเทียมกันในบางพื้นที่ การเข้าถึงบริการและค่าใช้จ่าย แม้จะมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการรักษา มีภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับต้นเพราะทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตสูงมาก ซึ่งเป็นภาระทางเศรษฐกิจทั้งต่อผู้ป่วยและระบบสาธารณสุขของประเทศโดยรวม

2) ความท้าทายด้านระบบสาธารณสุข พบว่า ความซับซ้อนของการจัดการโรคเรื้อรัง โรคไตเรื้อรังมักเกิดร่วมกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องการการดูแลที่บูรณาการและต่อเนื่อง การประสานงานระหว่างหน่วยบริการและในชุมชนยังคงมีความท้าทาย ระบบการคัดกรองที่ยังไม่ครอบคลุม แม้จะมีความพยายามคัดกรองกลุ่มเสี่ยง แต่ยังต้องมีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ห่างไกลได้มากขึ้น[8] การคัดกรองและการวินิจฉัยล่าช้า ผู้ป่วยมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้น ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้าจนกระทั่งอาการรุนแรงและเข้าสู่ภาวะไตวายระยะ

สุดท้าย การเข้าถึงการรักษาและการคัดกรอง แม้ว่าจะมีนโยบายส่งเสริมคลินิกชะลอไตเสื่อมในโรงพยาบาลทั่วประเทศ แต่การเข้าถึงการคัดกรองโรคอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในชุมชนที่ห่างไกล ยังเป็นปัญหา บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ การขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต นักกำหนดอาหาร หรือนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลระดับอำเภอ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเป็นไปได้ยาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพไม่ทั่วถึง การขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยและระบบการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนยังไม่เป็นไปอย่างราบรื่นเท่าที่ควร ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนนโยบายยังจำกัด การขาดข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในวงกว้างและเป็นระบบ ทำให้ขาดข้อมูลที่ครอบคลุมสำหรับวางแผนนโยบายและมาตรการป้องกันที่เหมาะสม

3) ความท้าทายด้านนโยบายและแนวปฏิบัติ พบว่า การบังคับใช้นโยบายที่ยังไม่ทั่วถึง แม้มีการออกมาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหลายฉบับ แต่การนำไปปฏิบัติในแต่ละพื้นที่ยังแตกต่างกัน และอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึง ความยั่งยืนของโครงการ[10] การพัฒนาโครงการหรือคลินิกเฉพาะทางในพื้นที่ต่างๆ ยังต้องมีการติดตามและประเมินผลในระยะยาว เพื่อให้มั่นใจได้ว่า มาตรการต่างๆ ที่นำมาใช้จะมีความยั่งยืนและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ข้อจำกัดในการรักษา การใช้ยาบางชนิดที่ช่วยชะลอการทำงานของไต เช่น ACEI และ ARB อาจมีข้อควรระวังในผู้ป่วยบางกลุ่ม หรือต้องปรับตามภาวะของร่างกาย ซึ่งต้องอาศัยการติดตามจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ข้อจำกัดในการวิจัยและพัฒนา การขาดการวิจัยเพื่อประเมินผลระยะยาวของรูปแบบการป้องกันและรักษาโรคไต รวมถึงการขาดแคลนข้อมูล ทำให้การพัฒนานโยบายและแนวทางการรักษาที่เหมาะสมทำได้ยาก ด้านการวิจัยและการนำไปใช้ในการติดตามผลระยะยาว: ยังมีความจำเป็นต้องมีการวิจัยเพื่อติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว ทั้งในระดับผู้ป่วย ชุมชน และความคงอยู่ของกิจกรรมการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า

1) ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 เพศชาย ร้อยละ 39.2 ส่วนใหญ่อายุ 60-79 ปี ร้อยละ 71.5 รองลงมาอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 26.2 อายุเฉลี่ย 62.7 ปี อายุน้อยที่สุด 29 ปี อายุมากที่สุด 88 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.4 ส่วนใหญ่การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.1 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.8 รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 65.3 รายได้เฉลี่ย 8,004.24 บาทต่อเดือน รายได้มากที่สุด 50,000 บาทต่อเดือน น้อยที่สุด 200 บาทต่อเดือน ผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 44 รองลงมาเป็นบุตรหรือหลาน ร้อยละ 37 ส่วนใหญ่มีโรคร่วมด้วย ร้อยละ 96.3 โรคร่วมที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ร้อยละ 85.9 , 5.9 , 49.1 ตามลำดับ สาเหตุส่งเสริมให้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ดื่มน้ำน้อยกว่า 8 แก้วต่อวัน มากที่สุด ร้อยละ 60.8 รองลงมา กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 37.4 กินยาแก้ปวด ยาชุด ยาแก้อักเสบ ร้อยละ 34.8 กังวล เครียดบ่อย ร้อยละ 27.0 ดื่มสุรา แอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.8 กินสมุนไพร ยาหม้อ ร้อยละ 25.2 กินอาหารเสริมเป็นประจำ ร้อยละ 23.9 สูบบุหรี่ ร้อยละ 10.3 ตลอดจนการได้รับความรู้เพื่อการปฏิบัติตัวในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าได้รับความรู้ด้านอาหาร ออกกำลังกาย ดูแลสุขภาพใจ ร้อยละ 85.7 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า แอลกอฮอล์ ร้อยละ 83.7 และได้รับ

ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ความเสี่ยง ป้องกันโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 71.0

2) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน พบว่า

2.1 ด้านการกินอาหาร พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทุกข้อ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 เมื่อจำแนกรายข้อของพฤติกรรมสุขภาพด้านการกินอาหาร ทุกข้อ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตที่ระดับ 0.05 โดยสรุปพฤติกรรมสุขภาพด้านการกินอาหาร ก่อน- หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งผลต่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.2 ด้านการออกกำลังกาย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมทุกข้อ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .032 เมื่อจำแนกรายข้อของพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบ 4 ข้อ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบ 1 ข้อ ใน 5 ข้อ ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ข้อ 5 ออกกำลังกายแต่ละครั้งจะหายใจเร็วขึ้นและมีเหงื่อซึมทุกครั้ง

2.3 ด้านการดูแลสุขภาพจิตใจ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมทุกข้อ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อจำแนกรายข้อของพฤติกรรมสุขภาพด้านรักษาสุขภาพจิตใจทุกข้อ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต โดยสรุปพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตใจ ก่อน- หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งผลต่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.4 ด้านการใช้ยา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทุกข้อ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .261 เมื่อจำแนกรายข้อของพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยา 4 ข้อใน 10 ข้อ มีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น การเข้าร่วมโปรแกรม12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน ส่งผลต่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำแนกรายด้าน ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อชะลอไตเสื่อม	**ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม**		**หลังเข้าร่วมโปรแกรม**		**T**	**P -value**
	Mean	**S.D.**	**Mean**	**S.D.**		
ด้านการกินอาหาร	2.87	.876	3.41	.670	5.265	**.002**
1.มีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการกินอาหารเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง	2.59	.990	3.44	.716	7.956	.000
2.ชั่งน้ำหนัก สังเกตน้ำหนักของตัวเองกับเป้าหมายและทบทวนเพื่อปรับวิธีการควบคุมน้ำหนัก	2.75	.933	3.42	.687	5.940	.000
3.ควบคุมและเลือกกินอาหาร เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ	2.85	.888	3.43	.646	6.108	.000
4.หลีกเลี่ยงไม่ใส่ผงชูรส เครื่องปรุงรสน้ำมันหอย เต้าเจียว ซุปก้อน ในการปรุงอาหาร	2.44	.963	3.44	.647	9.564	.000
5.หลีกเลี่ยงไม่กินอาหารแปรรูป อาหารกระป๋อง บะหมี่สำเร็จรูป อาหารหมักดอง	2.81	.870	3.36	.732	5.141	.000

ตารางที่ 1 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำแนกรายด้าน ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อชะลอไตเสื่อม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		T	P -value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
6.ปรับนิสัยการกินให้จืดลง ไม่เติม เครื่องปรุงรสตามใจชอบ และไม่กินอาหารรสเค็มจัด	2.93	.959	3.26	.649	3.030	.003
7.เลือกกินอาหารแหล่งโปรตีนคุณภาพ ได้แก่ ไข่ เต้าหู้ ถั่ว ผัก เนื้อสัตว์จากโปรตีนข้าวสาลี	2.98	.739	3.40	.685	4.390	.000
8.ใช้วิธีการปรุงและกินอาหารไขมันต่ำ เช่น ต้ม นึ่ง แกง	3.07	.816	3.41	.658	3.416	.001
9.ในแต่ละวัน กินผักหลากหลายชนิด และกินผลไม้หลังอาหารทุกครั้ง	2.98	.801	3.46	.634	4.659	.000
10.ในแต่ละวัน ดื่มน้ำเปล่า แทนน้ำอัดลม และน้ำหวานทุกชนิด	3.29	.801	3.52	.649	2.450	.016
ด้านการออกกำลังกาย	2.42	.950	2.66	.865	2.598	.032
1.กำหนดเป้าหมายและวางแผนการออกกำลังกาย	2.49	.994	2.85	.909	2.686	.008
2.ออกกำลังกาย เพื่อควบคุมน้ำหนักทบทวนอาการของโรคไตเรื้อรังและนำไปปรึกษาแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข.	2.41	.921	2.81	.881	3.193	.002
3.ใน 1 สัปดาห์ ออกกำลังกาย 5 วัน วันละ 30-45 นาที	2.47	.955	2.74	.955	2.121	.036
4.วิ่งเหยาะๆ ทุกวัน สังเกตได้ว่า ร่างกายแข็งแรงสดชื่น น้ำหนักลดลง	2.27	.947	2.71	.789	3.391	.001
5.ออกกำลังกายแต่ละครั้ง จะหายใจเร็วขึ้น และมีเหงื่อซึมทุกครั้ง	2.50	.935	2.71	.789	1.599	.113
ด้านการดูแลสุขภาพจิตใจ	2.88	.906	3.41	.698	4.658	.001
1.กำหนดเป้าหมายและวางแผนการรักษาสุขภาพจิตใจ ให้อารมณ์ดีมีความสุข	3.05	.905	3.61	.611	5.399	.000
2.เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ อารมณ์หงุดหงิด จะทบทวนอาการของโรค และนำไปปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.31	1.004	3.21	.762	7.124	.000
3.เมื่อรู้สึกเครียด จะประเมินระดับความเครียดของตัวเองและปรับอารมณ์ตามข้อแนะนำ	2.75	.962	3.24	.763	4.110	.000
4.จัดการปัญหาทุกอย่างด้วยตัวเองโดยไม่มีความเครียด มีอารมณ์ดี	3.21	.740	3.50	.692	2.802	.006
5.พักผ่อนนอนหลับได้สนิททุกคืนๆละ 7-8 ชั่วโมง	3.10	.921	3.50	.664	3.856	.000
ด้านการใช้ยา	2.86	.789	2.95	.862	1.873	.261
1.มีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการกินยาตามแผนการรักษาของแพทย์	3.55	.690	3.54	.730	.095	.924

ตารางที่ 1 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำแนกรายด้าน ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อชะลอไตเสื่อม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		T	P -value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
2.เมื่อมีปัญหาการใช้ยา จะทบทวนอาการของโรค และนำไปปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.41	.789	3.53	.677	1.248	.215
3.อ่านฉลากยาทุกครั้ง ก่อนกินยา	3.68	.542	3.57	.646	1.364	.175
4.ซื้อยามากินเอง เมื่อไม่สบาย เช่น ยาแก้ปวด ยาอักเสบ ยาสมุนไพร	1.70	.730	1.86	.995	1.328	.187
5.ใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาตามแผนการรักษาของแพทย์	1.68	.938	1.88	1.052	1.460	.147
6.ไม่เปลี่ยนขนาดของยาด้วยตนเองเมื่อรู้สึกว่าอาการของโรคไม่ดีขึ้น	2.52	1.36	3.03	1.128	2.55	.004
7.กินยาตรงตามเวลา ยาก่อนอาหารกินก่อนกินอาหารครึ่งชั่วโมง ยาหลังอาหารกินหลังอาหารครึ่งชั่วโมง	3.53	.781	3.52	.652	.101	.920
8.กินยาให้ครบทุกครั้ง แม้รู้สึกเบื่อการกินยา	3.62	.735	3.20	1.013	3.199	.002
9.เมื่อมีอาการแพ้ยา ซื้อยากินเองตามอาการ	1.29	.673	1.92	1.117	4.876	.000
10.พกยาติดตัวเสมอ เมื่อเดินทางไปต่างจังหวัด	3.65	.646	3.46	.571	2.102	.038

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อน–หลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรม (mean=3.15) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (mean=2.80) แต่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .093 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2 ดังนั้น ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จึงควรหาแนวทางและรูปแบบในการสร้างความรู้ เน้นความตระหนัก ความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค การเฝ้าระวังความเสี่ยง และกำกับตนเองด้านผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อน–หลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน ด้วยสถิติ t-Test

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	Mean	S.D.	t	P value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.80	.864	3.589	.093
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.15	.711		

4. ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อน – หลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน พบว่า ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพฯ การปฏิบัติระดับสูงและการปฏิบัติระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรมแกรม ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ สูงขึ้น กล่าวคือ การปฏิบัติระดับสูง หลังเข้าโปรแกรม ร้อยละ 44.40 สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ร้อยละ 35.17 การปฏิบัติระดับปานกลาง หลังเข้าโปรแกรม ร้อยละ 35.20 สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ร้อยละ 29.56 การปฏิบัติระดับต่ำ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 20.40 ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ร้อยละ 35.27 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อน – หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม(N=265)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม(N=108)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติระดับสูง	93	35.17	48	44.40
การปฏิบัติระดับปานกลาง	78	29.56	38	35.20
การปฏิบัติระดับต่ำ	93	35.27	22	20.40

5. ระดับความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน พบว่า ระดับความรู้สูงสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพสูง ร้อยละ 66.0 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Chi-Square พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.000

สรุปและอภิปรายผล

ความท้าทายปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรัง พบว่า โรคไตเรื้อรัง มีสาเหตุมาจากการมีโรคเรื้อรัง การใช้ยาแก้ปวดเป็นเวลานาน การเสื่อมตามวัยที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่สาเหตุหลักที่ทำให้ไตเสื่อมมากกว่าสาเหตุอื่น คือ การบริโภคโซเดียมมากเกินไป โรคนี้มีระยะเวลาดำเนินโรคช้าๆ ไม่ปรากฏอาการ สามารถตรวจพบได้ทางห้องปฏิบัติการเท่านั้น จึงทำให้บุคคลละเลยการดูแลไตกว่าจะรู้ก็อาจสายเกินไป และเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรค จึงท้าทายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ในประเทศไทย ในด้านการสร้างนโยบายสาธารณะ ยังมุ่งเน้นการดำเนินงานในกลุ่มป่วยเป็นหลักทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง ในขณะที่ควรมุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคที่มีค่าใช้จ่ายต่ำ ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันและชะลอไตเสื่อม ถึงแม้มีการสร้างสื่อทุกรูปแบบในการรณรงค์ต่างๆ แต่อาจต้องประเมินการเข้าถึงสื่อของกลุ่มวัยต่างๆ ที่ควรมีทั้งสื่อร่วมและสื่อเฉพาะกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน ด้านการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ยังต้องการการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการมีส่วนร่วมจัดการปัญหาไตเสื่อม โดยเฉพาะการรณรงค์และการมีมาตรการของชุมชน ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลยังพบว่ามุ่งเน้นในกลุ่มป่วยเป็นหลัก การละเลยกลุ่มที่ยังไม่ป่วยอาจทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาในระยะยาวได้ และด้านการปรับระบบบริการสุขภาพนอกจากระบบการคัดกรองกลุ่มป่วยเพื่อการรักษาแล้ว ควรมุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยงสูงโดยเฉพาะวัยทำงาน ซึ่งจะทำให้เกิดลดค่าใช้จ่ายในอนาคตหากคนเหล่านี้ไม่เป็นโรคไตเสื่อม ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วมด้วย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน สาเหตุส่งเสริมให้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ดื่มน้ำน้อยกว่า 8 แก้วต่อวัน กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ กินยาแก้ปวด ยาชุด ยาแก้อักเสบกังวล เครียดบ่อย ดื่มสุรา แอลกอฮอล์ กินสมุนไพร ยาหม้อ กินอาหารเสริมเป็นประจำ ทั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับความรู้เพื่อการปฏิบัติตัวในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ได้รับความรู้ด้านอาหาร ออกกำลังกาย ดูแลสุขภาพใจ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา สูบบุหรี่ ดื่มเหล้าแอลกอฮอล์ และได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ความเสี่ยง ป้องกันโรคไตเรื้อรัง จึงควรส่งเสริมให้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ[11] จะทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มีความสามารถการจัดการตนเองได้เหมาะสม การป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง จึงเป็นความท้าทายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย[12]

สรุปความท้าทายในการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังของประเทศไทย ความท้าทายที่สำคัญหลัก คือ ความท้าทายด้านพฤติกรรมและสังคม ความท้าทายด้านระบบสาธารณสุข และความท้าทายด้านนโยบายและแนวปฏิบัติ ถือเป็นการสร้างความตระหนักรู้ให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาระบบบริการที่สามารถคัดกรองและจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการดำเนินของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1.รัฐบาลประกาศนโยบายทศวรรษในการป้องกันโรคไตเรื้อรังเป็นวาระแห่งชาติ ผลักดันการขับเคลื่อนการจัดการโรคไตเรื้อรังที่จะนำสู่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นต้นตอที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง มุ่งเน้นการดำเนินงานในกลุ่มป่วยเป็นหลัก ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง มุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคที่มีค่าใช้จ่ายต่ำ ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันและชะลอไตเสื่อม

2. กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายดำเนินมาตรการเพื่อควบคุมโรคไตอย่างต่อเนื่อง รวมถึงประสานงาน เชื่อมโยง และใช้ข้อมูลผู้ป่วยในการจัดระบบการจัดการโรคไตเรื้อรังเริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การป้องกัน การรักษาพยาบาล และการกำกับติดตาม เพื่อมุ่งลดโรคไตเรื้อรังทั้งในเชิงกระบวนการ ปัญหาอุปสรรค และผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

3. สถานบริการสุขภาพโดยสหวิชาชีพทุกระดับ จัดระบบบริการเพื่อเพิ่มการคัดกรองโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การชะลอไตเสื่อม โดยเฉพาะหน่วยบริการเฉพาะทางควรมีการพัฒนาระบบการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดและล้างไตทางช่องท้องให้มีคุณภาพและครอบคลุม รวมทั้งการเพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายไต

4. การสร้างสื่อทุกรูปแบบในการรณรงค์ให้ประชาชนเข้าถึง รับรู้ รอบรู้ต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมด้านการบริโภค ออกกำลังกาย สุขภาพใจ และการใช้ยาอย่างเหมาะสมตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต หลีกเลี่ยงผลกระทบและพยากรณ์โรคที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพในระยะยาว รวมถึงสร้างความเข้มแข็งของชุมชน พัฒนาศักยภาพชุมชนให้มีส่วนร่วมจัดการปัญหาไตเสื่อม กำหนดให้มีมาตรการของชุมชนด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล มุ่งเน้นในกลุ่มป่วยเป็นหลัก และการปรับระบบบริการสุขภาพการคัดกรองกลุ่มป่วยเพื่อการรักษา ควรมุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยงสูงในวัยทำงาน จะทำให้ลดค่าใช้จ่ายในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล.(2565). ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. กรมควบคุมโรค
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2566). รายงานผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากร Thai SEEK . กรุงเทพมหานคร
3. โสภณ เมฆธน.(2566). การจัดการโรคไตเรื้อรังนำสู่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน การปาฐกถาการประชุมใหญ่ประจำปีสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร
4. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2565). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด;
5. กุลลดา เลียวเสถียรวงศ์, ปทมพร อภัยจิตต์.(2566). ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง วารสารการแพทย์ 2566;38(3)
6. นาตยา ผลวิเศษ.(2566). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2567]. แหล่งข้อมูล: https://https://ayo.moph.go.th/main/file_upload/subforms/202401301636.pdf
7. ประเสริฐ ธนกิจจารุ, สกานต บุนนาค, วรางคณา พิชัยวงศ.(2557). โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) ใน การแพทยไทย 2554-2557 First Edition (Thailand Medical Services Profile 2011 – 2014). กรุงเทพมหานคร

8. กรมควบคุมโรค.(2559). คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ใน ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
9. ไตเทพ ฟองทอง.(2565). โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD). กรุงเทพมหานคร
10. กฤษฎา หาญบรรเจิด.(2567). โครงการ 7.2 ล้านคน รู้ค่าความเสี่ยงโรคไต. ใน การประชุมโครงการ 7.2 ล้านคน รู้ค่าความเสี่ยงโรคไต. นนทบุรี
11. เสาวนีย์ กระแจะจันทร์.(2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - 3 จังหวัดตราด
12. กริช เรืองไชย.(2021). ภาวะไตเสื่อมกับความท้าทายในการส่งเสริมสุขภาพ. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ2021, 14(2), 1–14. สืบค้น จาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JSH/article/view/245552

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี

Developing of addressing non-communicable diseases (NCDs) model by artificial intelligence for the District Health Board (DHB) in Udon Thani Province.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

สุพัฒน์ กองศรีมา[1] สราวุธ ริดเขียว[2]ประภัสสร งานรุ่งเรือง[3]
Supat Kongsrima[1] Sarawut Ridkheaw[2] Prapassorn Nganrungruang[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) ศึกษากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานีและศึกษาการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา จำนวน 24 เดือนแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือนกันยายน 2567 รวม 12 เดือน และระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ระหว่าง เดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนกันยายน 2568 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 อำเภอๆละ 25 คน รวม 500 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี การประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE (UCCARE Assessment) และแบบประเมินความพร้อมตนเองของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F – test ด้วยเทคนิค Two way MANOVA Dependent t - test F – test ด้วยเทคนิค Repeated Measurmentและการเปรียบเทียบรายคู่ของ Duncan

ผลการศึกษา ภายหลังการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผลการดำเนินงานตาม UCCARE อำเภอที่มีค่าคะแนนระดับ 5 มี 5 อำเภอ ความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุดและความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดและพบว่าก่อน (2566) ระหว่าง(2567) และหลัง (2568) การดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลัง (2568) การดำเนินงาน ดีกว่าก่อน (2566) และระหว่าง(2567)

คำสำคัญ: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.), กระบวนการขับเคลื่อน, ปัญหาสุขภาพ, ปัญญาประดิษฐ์

Abstract

This study aimed to examine the situation of non-communicable diseases (NCDs), the process of driving the District Health Board (DHB) in Udon Thani Province, and to study the development of a model for solving

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
[3] นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

NCDs using artificial intelligence for the DHS in Udon Thani Province. This is a research and development (R&D) project spanning 24 months, divided into two phases: Phase 1 (research phase, October 2023 to September 2024, 12 months) and Phase 2 (development phase, October 2024 to September 2025, 12 months). The sample group consists of 500 members from each of the 20 District Health Board (DHB) in Udon Thani Province, with 25 members per district. The tools used in the activities include the development of a model for solving NCDs using artificial intelligence for the DQDCs in Udon Thani Province, and the existing model for solving NCDs using artificial intelligence. The District Health Board (DHB) of Udon Thani Province used the following tools for data collection: a record form for the implementation of the DQDC's processes in addressing health problems in the area; an evaluation of performance using the UCCARE criteria (UCCARE Assessment); and a self-assessment form for the DQDC's readiness in addressing health problems in the area. Data was analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, F-test with two-way MANOVA, dependent t-test, F-test with repeated measurement, and Duncan's pairwise comparisons.

The results of the study, following the development of a model for solving non-communicable diseases (NCDs) using artificial intelligence for the District Health Board (DHB) in Udon Thani Province, showed that the UCCARE implementation results in 5 districts had a score of 5. The readiness of the District Health Board (DHB) in solving health problems in the area of Udon Thani Province, both overall and in specific aspects, was at the highest level. The readiness to implement the UCCARE model was also at the highest level overall and in specific aspects. It was found that there was a statistically significant difference ($p < .05$) between the implementation periods of before (2023), during (2024), and after (2025), with the implementation after (2025) being better than before (2023) and during (2024).

Keywords: District Health Board (DHB), Driving Process, Health Problems, artificial intelligence

บทนำ

ในปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ยังคงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและการพัฒนาชุมชน การเข้าใจสถานการณ์และแนวโน้มการเจ็บป่วยในแต่ละพื้นที่จะช่วยให้สามารถวางแผนและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพล้วนส่งผลต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่ ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศไทยยังคงเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงปัญหาสุขภาพภาวะอื่น ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในประชากรไทย โดยในปี 2568 คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ในประเทศไทยประมาณ 190,000 ราย ซึ่งโรคมะเร็งที่พบบ่อย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ แม้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังเหล่านี้จะลดลงในบางชนิดเนื่องจากการตรวจพบและรักษาที่ดีขึ้น แต่ยังคงมีความท้าทายในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการป้องกันโรคในพื้นที่ห่างไกล ส่วนโรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเป็นปัญหาหลักที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การสูบบุหรี่ และภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ พื้นที่ชนบทและชุมชนที่มีรายได้น้อยยังเผชิญกับความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ทำให้แนวโน้มการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพภาวะอื่น ๆ ในกลุ่มนี้ยังคงสูงและต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน[1]

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ พชอ. ประกอบด้วยกรรมการจาก 3 กลุ่มหลัก ได้แก่

ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ (เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานราชการต่าง ๆ) ภาคเอกชน (เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน ร้านยา) และภาคประชาชน (เช่น อสม. ผู้สูงอายุ สตรีแม่บ้าน ชมรมต่าง ๆ) โดยมีจำนวนกรรมการไม่เกิน 21 คน [2] บทบาทของ พชอ. คือการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภออย่างบูรณาการ โดยเน้นการประสานงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและสังคม รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้ทรัพยากรในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ พชอ.ยังมีหน้าที่ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน รวมถึงแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อสนับสนุนการทำงานตามเป้าหมาย [2,3,4]

กระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ โดยเริ่มจากการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ประกอบด้วยนายอำเภอเป็นประธาน พร้อมด้วยกรรมการจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนในอำเภอ จากนั้น พชอ. จะประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาที่สำคัญในพื้นที่อย่างน้อย 2 เรื่องตามบริบทของอำเภอ และแต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะประเด็นเพื่อรับผิดชอบดำเนินงานและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการระดมและบูรณาการทรัพยากรจากทุกภาคส่วนทั้งในและนอกพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนงานและยุทธศาสตร์ที่วางไว้ นอกจากนี้ พชอ. ยังมีหน้าที่ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและสามารถปรับปรุงแผนงานได้ตามสถานการณ์จริง รวมทั้งมีการรายงานผลและเสนอข้อเสนอแนะต่อผู้ว่าราชการจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอการสนับสนุนและแก้ไขปัญหาที่พบ กระบวนการขับเคลื่อนนี้เน้นการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชน พร้อมทั้งใช้ข้อมูลและหลักฐานที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อประกอบการวางแผนและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภออย่างยั่งยืนและครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม[3,9] ผลการศึกษาการดำเนินงานของ พชอ. ในหลายพื้นที่พบว่า การขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพมาจากการประชุมแบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วมคิดร่วมวางแผนและร่วมแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง มีการกำหนดวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน เช่น การมุ่งสู่เมืองสุขภาพดี (Healthy City) และการเลือกประเด็นพัฒนาที่ตรงกับความต้องการของชุมชน เช่น การลดขยะ ลดโรค ส่งเสริมความปลอดภัย และการส่งเสริมการออกกำลังกาย นอกจากนี้ การเชื่อมโยงข้อมูลและทรัพยากรในระดับจังหวัดและอำเภอยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานของงาน พชอ. ให้ประสบความสำเร็จ [5,6,7]

ปัญญาประดิษฐ์คือระบบหรือเทคโนโลยีที่ถูกพัฒนาให้สามารถเลียนแบบความสามารถของมนุษย์ในการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจ โดยอาศัยอัลกอริทึมและการประมวลผลข้อมูลจำนวนมาก[8] ในบริบทของภาครัฐและระบบสาธารณสุข ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้ทำหน้าที่แทนมนุษย์โดยสมบูรณ์ แต่ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือในการสนับสนุนการตัดสินใจที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ช่วยให้การกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการมีความแม่นยำ โปร่งใส และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[22] แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับบทบาทของ พชอ. ที่มุ่งเน้นการใช้ข้อมูลเชิงพื้นที่และความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ โดยเฉพาะการเรียนรู้ของเครื่อง (Machine Learning) และการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ ได้

เปิดโอกาสให้หน่วยงานภาครัฐสามารถนำข้อมูลจากหลายแหล่งมาบูรณาการและวิเคราะห์ร่วมกันได้อย่างเป็นระบบ ในระบบสุขภาพ การใช้ปัญญาประดิษฐ์ช่วยสนับสนุนการเฝ้าระวังโรค การคาดการณ์แนวโน้มปัญหาสุขภาพ และการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ สำหรับการดำเนินงานของ พชอ. การนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้สามารถช่วยให้การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและสังคมในระดับอำเภอมีความครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้น เนื่องจากสามารถเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลประชากร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการขับเคลื่อนงานของ พชอ. สามารถสนับสนุนกระบวนการทำงานในหลายมิติ ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่ควรได้รับการแก้ไข ไปจนถึงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การใช้ปัญญาประดิษฐ์ช่วยให้การตัดสินใจของคณะกรรมการ พชอ. มีความเป็นระบบ ลดการพึ่งพาประสบการณ์หรือดุลยพินิจส่วนบุคคล และเพิ่มความน่าเชื่อถือของกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบาย นอกจากนี้ ยังช่วยเสริมสร้างการบูรณาการการทำงานของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เนื่องจากทุกภาคส่วนสามารถใช้ข้อมูลชุดเดียวกันเป็นฐานในการวางแผนและดำเนินงานร่วมกัน[9]

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี พบว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในจังหวัดประมาณ 76,652 คน แต่ในจำนวนนี้มีเพียง 12,157 คน หรือร้อยละ 15.86 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุดรธานีก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยประมาณ 147,077 ราย เพิ่มขึ้นจาก 129,013 รายในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาระโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ ส่วนโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต 10 อันดับแรกของจังหวัด ปัญหาที่พบในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยยังต่ำ ผู้ป่วยจำนวนมากขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เช่น การควบคุมอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพในสัดส่วนน้อย นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่ดี ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคเรื้อรังเหล่านี้ การเข้าถึงและการติดตามดูแลผู้ป่วยยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและชุมชนห่างไกล ที่อาจขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องและการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ ขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวยังไม่เต็มที่ ส่งผลต่อการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ทำให้การจัดการโรคเรื้อรังยังไม่เกิดผลอย่างยั่งยืน รวมถึงทรัพยากรบุคคลและงบประมาณยังมีจำกัดในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างครอบคลุมในทุกพื้นที่ นอกจากนี้ ยังพบว่าหลายพื้นที่ยังไม่ได้ใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่ง พชอ. เป็นกลไกสำคัญที่สามารถบูรณาการเครือข่ายภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชน เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ การนำกลไก พชอ. มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดจึงเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วย และเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่เพื่อให้การจัดการโรคเรื้อรังเป็นไปอย่างยั่งยืนและครอบคลุมทุกมิติ[10]

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงได้ดำเนินการศึกษาเพื่อพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี โดยมีวัตถุประสงค์หลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อน พชอ. ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี 2) เพื่อศึกษากระบวนการขับเคลื่อน พชอ. ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 3) เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อน พชอ. ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และ 4) เพื่อศึกษาผลการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อน พชอ. ซึ่งจะนำไปสู่การได้รูปแบบและแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่จังหวัดอุดรธานีที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ ซึ่งจะช่วยสร้างกลไกการทำงานที่เข้มแข็งและเหมาะสม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี
4. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี
5. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี

ประโยชน์ของงานวิจัย

1. ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) จังหวัดอุดรธานี
2. ทราบถึงกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี
3. มีรูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี
4. มีการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา จำนวน 24 เดือนแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ระหว่าง เดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือนกันยายน 2567 รวม 3 เดือน และระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ระหว่าง เดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนกันยายน 2568 รวม 12 เดือน ดังภาพประกอบ 3.1 และ 3.2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 อำเภอๆละ 25 คน รวม 500 คน โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ไม่เกิน 6 คน
2. ผู้แทนภาคเอกชน ไม่เกิน 6 คน

3. ผู้แทนภาคประชาชน ไม่เกิน 7 คน

4. ให้แล้วเสร็จภายใน 60 วัน นับแต่วันที่ระเบียบนี้มีผลบังคับใช้ คือ วันที่ 8 พฤษภาคม 2561

5.วาระเริ่มแรก หากมีการแต่งตั้งผู้แทนภาครัฐได้ครบ 6 คน ให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการปฏิบัติหน้าที่ไปพลางก่อนจนกว่าจะมีการแต่งตั้งกรรมการครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี โดยมีกิจกรรมของการศึกษา การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์การขับเคลื่อน พชอ. การกำหนดกิจกรรม การกำหนดบทบาท การสื่อสาร/ถ่ายทอดแนวทางในการดำเนินงาน การกำหนดแนวทางในการติดตามประเมินผล การสรุปถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ได้แก่ การวิเคราะห์การขับเคลื่อน พชอ. ทบทวนกิจกรรมในการทบทวนบทบาท การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การกำหนดแนวทางในการติดตามประเมินผลตามกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี

1.2 รูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี

2.2 การประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE (UCCARE Assessment

2.3 แบบประเมินความพร้อมตนเองของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[11]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความพร้อมมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความพร้อมมาก
2.61 – 3.40	มีความพร้อมปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความพร้อมน้อย
1.00 - 1.80	มีความพร้อมน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .966

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี ได้รับการรับรอง

จริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ รูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ ผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี และผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) จังหวัดอุดรธานี

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย (Research)

สถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) ปี 2566

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่สุดของประเทศไทยและจังหวัดอุดรธานี ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โลกที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลก สำหรับประเทศไทยโดยเฉพาะจังหวัดอุดรธานี ข้อมูลในปี 2566 สะท้อนปัญหาที่น่าเป็นห่วง เนื่องจากความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจของประเทศ ข้อมูลจาก HDC จังหวัดอุดรธานี ปี 2566 แสดงให้เห็นว่า ความชุกของโรคเบาหวานอยู่ที่ร้อยละ 8.07 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 12.34 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีก่อน โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบความชุกของทั้งสองโรคมากที่สุด สอดคล้องกับข้อมูลระดับเขตสุขภาพที่ 8 ที่พบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โดยในปี 2566 เขตสุขภาพที่ 8 มีร้อยละ 7.06 ของประชากรที่มีความดันโลหิตสูงจากกลุ่มเสี่ยง ปัญหาที่น่ากังวลอย่างยิ่งคือภาวะแทรกซ้อนจาก NCDs โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง ในปี 2566 จังหวัดอุดรธานีพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย โดยปี 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C<7%) ร้อยละ 34.31 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (BP<140/90 mmHg) ร้อยละ 60.68 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้

สาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกในจังหวัดอุดรธานีปี 2566 ล้วนเกี่ยวข้องกับ NCDs โดยมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิดครองอันดับ 1 ตามด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง การเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ก็เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย NCDs ที่มีภูมิคุ้มกัน

1) โครงสร้างการบริหารจัดการภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี มีความหลากหลาย ได้แก่ การขับเคลื่อนโดยประธาน การขับเคลื่อนโดยเลขา การขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการและการขับเคลื่อนโดยเจ้าภาพหลัก

2) ระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี พบว่าโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความแตกต่างกัน

3) ระดับความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความแตกต่างกัน

2. กระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2567 ได้แก่ การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ บทบาทของ พชอ. ในการแก้ไขปัญหา บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อการขับเคลื่อน พชอ. การกำหนดปัญหาสุขภาพในพื้นที่

3. ผลของกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2567

3.1 โครงสร้างการบริหารจัดการภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี โดยการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.)

3.2 ผลการดำเนินงานตาม UCCARE พบว่า อำเภอที่มีค่าคะแนนมากที่สุด ได้แก่ อำเภอประจักษ์ศิลปาคม รองลงมาคือ อำเภอกุดจับกับนายูงและบ้านผือกับกู่แก้ว ตามลำดับ ส่วนอำเภอที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ เมืองอุดรธานี รองลงมาได้แก่ โนนสะอาด ทุ่งฝน วังสามหมอ น้ำโสม และพิบูลย์รักษ์ ตามลำดับ

3.3 ความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากและไม่มีความแตกต่างกัน

3.4 ความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมากและไม่มีความแตกต่างกัน

3.5 ความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากและไม่มีความแตกต่างกัน

3.6 การเปรียบเทียบระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ระดับความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE ก่อน (2566) และหลัง (2567) การดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลัง (2567) การดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา (Development) (ปี 2568)

4. การพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2568

4.1 สถานการณ์การขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ในปี 2568 จังหวัดอุดรธานี ได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยสนับสนุนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้สามารถขับเคลื่อนและพัฒนาแก้ไขปัญหาตามประเด็นปัญหาของพื้นที่ในแต่ละอำเภอ (ตามความสำคัญใน 2 อันดับแรกของอำเภอ) ที่ผ่านมา ข้อมูลจากระบบ CL UCCARE

4.2 การทบทวนกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2568 ได้จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการฯ ได้แก่ การพัฒนาแนวคิดในการบริหารจัดการกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2568 การค้นหาปัญหาในพื้นที่

กระบวนการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ และการกำหนดยุทธศาสตร์

4.3 การกำหนดแนวทางในการติดตามประเมินผลตามกิจกรรมในกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) โดยแนวทางการบูรณาการปัญญาประดิษฐ์ (AI) ร่วมกับบุคคลเพื่อเสริมศักยภาพ พชอ. ในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประกอบด้วย การคาดการณ์ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญ การสนับสนุนการตัดสินใจ การประสานงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับต่างๆ และการติดตามประเมินผล

5. ผลการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2568

5.1 ผลการดำเนินงานตาม UCCARE พบว่า อำเภอที่มีค่าคะแนนระดับ 5 ได้แก่ อำเภอหนองวัวซอ ทุ่งฝน ศรีธาตุ สร้างคอม และประจักษ์ศิลปาคม

5.2 ความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดและไม่มีความแตกต่างกัน

5.3 ความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุดและไม่มีความแตกต่างกัน

5.4 ความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดและไม่มีความแตกต่างกัน

5.5 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตาม UCCARE ระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ระดับความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE ก่อน (2566) ระหว่าง (2567) และหลัง (2568) การดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลัง (2568) การดำเนินงาน ดีกว่าก่อน (2566) และระหว่าง(2567)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า

1. สถานการณ์การขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2566 มีโครงสร้างการบริหารจัดการภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี มีความหลากหลาย ได้แก่ การขับเคลื่อนโดยประธาน การขับเคลื่อนโดยเลขา การขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการและการขับเคลื่อนโดยเจ้าภาพหลัก สอดคล้องกันกับการศึกษาของ คมกริช ฤทธิ์บุรี[12] ที่ชี้ให้เห็นว่าโครงสร้างการบริหารจัดการที่หลากหลายและขาดเอกภาพจะส่งผลให้เกิดการดำเนินงานที่ไม่มีทิศทางชัดเจน เนื่องจากขาดความสอดคล้องในการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ภายในอำเภอ ส่งผลให้ ประเด็นในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี รายอำเภอ ปี 2566 มีความหลากหลายตามความต้องการของคณะกรรมการ และ ผลการดำเนินงานตาม UCCARE มีความแตกต่างกันมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ไพรจิตร ศิริมงคล[5] ที่พบว่าการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ที่ไม่เป็นระบบ และขาดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามบริบทอำเภอ ทำให้การดำเนินงานไม่ตรงจุดและเกิดการทับซ้อนในการทำงานระหว่างหน่วยงาน นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี บทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ การ

ขับเคลื่อนตาม UCCARE พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และ การเปรียบเทียบระหว่างอำเภอและที่มาของกรรมการที่แตกต่างกัน โดยรวมและรายด้าน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สมหมาย ชาน้อย[7] ที่ชี้ให้เห็นว่าความพร้อมในการดำเนินงานของ พชอ. ขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและกระบวนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการมีแนวทางการขับเคลื่อนที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ที่เน้นการบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนส่งผลให้ประเด็นในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี รายอำเภอ ปี 2566 มีความหลากหลายตามความต้องการของคณะกรรมการ และผลการดำเนินงานตาม UCCARE มีความแตกต่างกันมาก

สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ฉลองชัย สิทธิวัง และคณะ[13] ที่ระบุว่าการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ต้องทำอย่างเป็นระบบ และใช้ข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาได้ตรงจุด นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี บทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการขับเคลื่อนตาม UCCARE พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และการเปรียบเทียบระหว่างอำเภอและที่มาของกรรมการที่แตกต่างกัน โดยรวมและรายด้าน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี บทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการขับเคลื่อนตาม UCCARE พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และการเปรียบเทียบ ระหว่างอำเภอและที่มาของกรรมการที่แตกต่างกัน โดยรวมและรายด้าน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วีระยุทธ ชาตะกาญจน์ และคณะ[14] ที่ชี้ว่าความพร้อมของคณะกรรมการ พชอ. ขึ้นอยู่กับการพัฒนาศักยภาพและการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง และไพรจิตร ศิริมงคล[5] ที่พบว่าการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ที่ไม่เป็นระบบ และขาดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามบริบทอำเภอ ทำให้การดำเนินงานไม่ตรงจุดและเกิดการทับซ้อนในการทำงานระหว่างหน่วยงาน และสมหมาย ชาน้อย[7] ที่ชี้ให้เห็นว่าความพร้อมในการดำเนินงานของ พชอ. ขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและกระบวนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการมีแนวทางการขับเคลื่อนที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ที่เน้นการบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2567 ได้แก่ การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ตามแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก[15] ที่เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centered health system) โดยการจัดโครงสร้างการบริหารจัดการที่ชัดเจน การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอย่างเป็นระบบ และการมีกลไกในการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ บทบาทของ พชอ. ในการแก้ไขปัญหา ตามแนวคิดของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[16] ที่เสนอว่า พชอ. ต้องมีบทบาทหลักในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภออย่างบูรณาการ โดยเน้นการประสานงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและสังคม บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อการขับเคลื่อน พชอ. ตามแนวคิดของ คมกริช ฤทธิ์บุรี[12] ที่

ชี้ให้เห็นว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางการสื่อสารสองทางระหว่างส่วนกลางกับระดับพื้นที่ และเป็นผู้สนับสนุนทางวิชาการให้กับ พชอ. ในระดับอำเภอ รวมทั้งติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การกำหนดปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ตามแนวคิดของ สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย กระทรวงสาธารณสุข[17] ที่เน้นการกำหนดปัญหาสุขภาพจากข้อมูลเชิงประจักษ์ร่วมกับการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนในพื้นที่ ทำให้การแก้ไขปัญหามีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด

ส่งผลให้ โครงสร้างการบริหารจัดการภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ได้มีการการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างเดียว และมีประเด็นในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี รายอำเภอ ปี 2567 แคบลง ประกอบด้วย การป้องกันอุบัติเหตุการจราจรทางถนน,ยาเสพติดและจิตเวช,การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, การจัดการขยะมูล ฝอยในชุมชนเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก,การจัดการด้านผู้สูงอายุ,การคัดกรองค้นหา มะเร็งครบวงจร,การแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม (ฝุ่น PM2.5)และการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทำให้ผลการดำเนินงานตาม UCCARE พบว่า อำเภอที่มีค่าคะแนนใกล้เคียงกันมากขึ้น ความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมาก ความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก และความแตกต่างระหว่างอำเภอและที่มาของกรรมการที่แตกต่างกัน โดยรวมและรายด้าน ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนการเปรียบเทียบระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ระดับความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE ก่อน (2566) และหลัง (2567) การดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลัง (2567) การดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วีระยุทธ ชาตะกาญจน์ และคณะ[14] ที่พบว่าการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านชุดการเรียนรู้ที่เหมาะสมจะส่งผลต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและทำให้การแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิผล

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ มีการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2568 โดยการทบทวนกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2568 ได้จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการฯ ได้แก่ การพัฒนาแนวคิดในการบริหารจัดการกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2568 การค้นหาปัญหาในพื้นที่ โดยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่กลางศตวรรษที่ 20 โดยองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา ได้ให้คำนิยามว่า ปัญญาประดิษฐ์หมายถึงระบบที่ใช้เครื่องจักรซึ่งสามารถทำการประมวลผลข้อมูล ทำนายผล ให้คำแนะนำ หรือตัดสินใจที่ส่งผลต่อสภาพแวดล้อมจริงหรือเสมือนจริงได้ โดยระบบดังกล่าวได้รับการ

ออกแบบให้ทำงานด้วยระดับความเป็นอิสระที่แตกต่างกันไป ในทำนองเดียวกัน Russell และ Norvig[8] ได้อธิบายว่า ปัญญาประดิษฐ์คือการศึกษาและพัฒนาตัวแทนอัจฉริยะ (intelligent agents) ที่สามารถรับรู้สภาพแวดล้อมและดำเนินการเพื่อเพิ่มโอกาสในการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ สำหรับบริบทของการบริหารภาครัฐและระบบสุขภาพ องค์การอนามัยโลก[9] ได้ให้นิยามปัญญาประดิษฐ์ในงานด้านสุขภาพว่า เป็นเทคโนโลยีที่สามารถเลียนแบบความสามารถทางสติปัญญาของมนุษย์ในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพที่ซับซ้อน ตีความข้อมูลทางคลินิก และสนับสนุนการตัดสินใจทางการแพทย์และสาธารณสุข ธนาคารโลก เสริมว่า ปัญญาประดิษฐ์ในภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณะ ลดความซับซ้อนของกระบวนการทำงาน และส่งเสริมความโปร่งใสในการบริหารจัดการภาครัฐหลักการทำงานของปัญญาประดิษฐ์ที่เกี่ยวข้องกับ พชอ. เริ่มจากการรวบรวมข้อมูลจากหลายภาคส่วนในพื้นที่ เช่น ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม จากนั้นนำข้อมูลดังกล่าวมาประมวลผล วิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่อสร้างองค์ความรู้เชิงพื้นที่ การใช้ AI ในลักษณะนี้ช่วยให้คณะกรรมการ พชอ. สามารถมองเห็นภาพรวมของปัญหาเชิงระบบ เข้าใจความเชื่อมโยงของปัจจัยกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) และใช้ข้อมูลดังกล่าวประกอบการกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้อย่างเหมาะสม การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์กับการขับเคลื่อน พชอ. การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดำเนินงานของ พชอ. สามารถนำมาใช้ในหลายมิติ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (priority setting) เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของแผน พชอ. การสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายของคณะกรรมการ พชอ. โดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ แนวทางดังกล่าวช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ พชอ. และเสริมสร้างการบูรณาการการทำงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่ ประโยชน์ของปัญญาประดิษฐ์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้สนับสนุนการขับเคลื่อน พชอ. ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวิเคราะห์ข้อมูล ลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินงาน และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ นอกจากนี้ ยังช่วยเสริมสร้างความโปร่งใสและความต่อเนื่องของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ[18]

ตามแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก[15] ที่เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centered health system) โดยการจัดโครงสร้างการบริหารจัดการที่ชัดเจน การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอย่างเป็นระบบ และการมีกลไกในการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ และฉลองชัย สิทธิวัง และคณะ[13] ที่ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการวิเคราะห์บริบทชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูลการบาดเจ็บและการเสียชีวิต และการคืนข้อมูลให้กับภาคีเครือข่ายผ่านเวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กระบวนการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ตามแนวคิดของ สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย กระทรวงสาธารณสุข[17] ที่เน้นการกำหนดปัญหาสุขภาพจากข้อมูลเชิงประจักษ์ร่วมกับการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนในพื้นที่ ทำให้การแก้ไขปัญหามีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด และสมหมาย ชาน้อย[7] ที่พัฒนารูปแบบ "BANPHAI MODEL" ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ Board, Activity, Network, Participation, Health Literacy and Entertainment, Awareness และ Integration ซึ่งนำมาใช้เป็นกรอบการทำงานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ บทบาทของ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อการขับเคลื่อน พชอ. ตามแนวคิดของ คมกริช ฤทธิ์บุรี[12] ที่ชี้ให้เห็นว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางการสื่อสารสองทางระหว่างส่วนกลางกับระดับพื้นที่ และเป็นผู้สนับสนุนทางวิชาการให้กับ พชอ. ในระดับอำเภอ รวมทั้งติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การกำหนดยุทธศาสตร์ ตามแนวคิดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เสนอว่า พชอ. ต้องมีบทบาทหลักในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ และแผนงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภออย่างบูรณาการ โดยเน้นการประสานงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและสังคม และกำหนดหลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอออกเป็น 5 ประการ ได้แก่ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น[16]

ทำให้ สถานการณ์การขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ในปี 2568 จังหวัดอุดรธานี ได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยสนับสนุนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้สามารถขับเคลื่อนและพัฒนาแก้ไขปัญหาตามประเด็นปัญหาของพื้นที่ในแต่ละอำเภอ (ตามความสำคัญใน 2 อันดับแรกของอำเภอ) ที่ผ่านมา ข้อมูลจากระบบ CL UCCARE ความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี โดยรวมและรายด้านระดับความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระหว่างอำเภอและที่มาของกรรมการที่แตกต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกัน ระดับความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE ระหว่างอำเภอและที่มาของกรรมการที่แตกต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกัน และการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตาม UCCARE ระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ระดับความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE ก่อน (2566) ระหว่าง (2567) และหลัง (2568) การดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลัง (2566) การดำเนินงาน ดีกว่าก่อน (2564) และระหว่าง(2565) และพบว่าการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ชัดเจน จะส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจ ความมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของคณะกรรมการ และพชอ.[5] สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉลองชัย สิทธิวัง และคณะ ที่พบว่าการใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายสามารถลดการบาดเจ็บและความเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนได้อย่างมีประสิทธิภา นวตกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การพัฒนาศูนย์ "NCD Care" ที่บูรณาการกิจกรรมคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี[13] นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดนวตกรรม R8 NCDs Coach, NCDs Remission Clinic, ศูนย์นวัตกรรมชุมชน, กิจกรรม "3อ 2ส 1น", Application และ Dashboard สำหรับการจัดการข้อมูลและการติดตามผล เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ควรแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์การขับเคลื่อน พชอ. การกำหนดกิจกรรม การกำหนดบทบาท การสื่อสาร/ถ่ายทอดแนวทางในการดำเนินงาน การกำหนดแนวทางในการติดตามประเมินผล การสรุปถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ได้แก่ การวิเคราะห์การขับเคลื่อน พชอ. ทบทวนกิจกรรมในการทบทวนบทบาท การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การกำหนดแนวทางในการติดตามประเมินผลตามกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี

2. การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยใช้นวัตกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การจัดตั้ง "ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs" และ "ศูนย์ NCD Care" ในทุกอำเภอ เพื่อเป็นศูนย์เรียนรู้และให้บริการประชาชนแบบใกล้บ้าน โดยบูรณาการงบประมาณจากกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ (กปท.) ร่วมกับภาคีเครือข่าย อสม. ในการคัดกรองเชิงรุกและปรับสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีอื่นๆ และขยายผล "โมเดลศูนย์ NCD Care Community Hub" โดยจัดตั้งจุดให้บริการคัดกรองและดูแลในชุมชนทุกตำบล พร้อมระบบ Teleconsultation เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และใช้แอปพลิเคชันติดตามพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล โดยมีแรงจูงใจผ่านระบบคะแนนสะสมเพื่อแลกของรางวัลในชุมชน เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

3. การกำหนดแนวทางในการติดตามประเมินผลตามกิจกรรมในกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) โดยแนวทางการบูรณาการปัญญาประดิษฐ์ (AI) ร่วมกับบุคคลเพื่อเสริมศักยภาพ พชอ. ในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประกอบด้วย การคาดการณ์ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญ การสนับสนุนการตัดสินใจ การประสานงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับต่างๆ และการติดตามประเมินผล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) โดยแนวทางการบูรณาการปัญญาประดิษฐ์ (AI) ร่วมกับบุคคลเพื่อเสริมศักยภาพ พชอ. ในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) ในระยะยาวเพื่อความยั่งยืนและจัดการปัญหาที่มีความซับซ้อนในพื้นที่มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักข่าว Hfocus. (2567). สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่: ความท้าทายที่ต้องเร่งแก้ไข. เข้าถึงได้จาก https://www.hfocus.org

2.สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. (2561). แนวทางการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ

3. กานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์, และศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2564). คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ความท้าทายและการพัฒนา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์, 13(2), 275–286.

4.ถนัด ใบยา, และยุพิน แตงอ่อน. (2565). การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 18(1), 59–68.

5.ไพรจิตร ศิริมงคล. (2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของอำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 26(2), 1-13.

6.ปัญญา พละศักดิ์. (2564). การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 40–53.
7.สมหมาย ชาน้อย. (2567). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 6(3), e271030.
8. Russell, S., & Norvig, P. (2021). Artificial intelligence: A modern approach (4th ed.). Pearson.
9. World Health Organization. (2021). Ethics and governance of artificial intelligence for health. WHO.
18. world Health Organization. (2023). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2023–2030. https://www.who.int/publications/i/item/9789240079283
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2566). สถานการณ์โรค NCDs. ศูนย์ข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.
11. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
12. คมกริช ฤทธิ์บุรี. (2566). ประสิทธิผลของการนำกลไก “พชอ.” มาขับเคลื่อนงานด้านการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 9(1), 160-174.
13. ฉลองชัย สิทธิวัง, นิยม สุนทร, กรภัทร ขันไชย, ชาญชัย มหาวัน, นิคม อุทุมพร, เกษร ไชยวุฒิ, และกันจน เตชนันท์. (2564). การพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอนำร่อง จังหวัดน่าน [รายงานการวิจัย]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
14.วีระยุทธ ชาตะกาญจน์, พณกฤษ บุญพบ, นฤภร ธิติประเสริฐ, พัฒนพงษ์ ปรีชา, วีณา ธิติประเสริฐ, จุฑากิจ นวลมังสอ, และเสาวลักษณ์ วงศ์นาถ. (2567). การพัฒนาตัวแบบในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: กรณีจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารร้อยแก่นสาร, 9(2), 435-457.
อำเภอ (พชอ.). นนทบุรี: สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข.
15. .World Health Organization. (2008). The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization.
16. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557 เล่มที่ 1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
17. กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือแนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

Development of clinical nursing guidelines for prevention of early postpartum hemorrhage in the delivery room. Phibunrak Hospital.

(Received: December 26,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ระพีพรรณ บุญพา[1]
Rapeeporn Boonpha[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 – มีนาคม พ.ศ. 2568ดำเนินการเป็น 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มผู้คลอดที่มารับการคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกเวชระเบียนผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดตามแบบฟอร์ม Trigger Tool ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล แนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และแบบประเมินการใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้คลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ประกอบด้วย การพิทักษ์สิทธิของผู้คลอดและการปฏิบัติตามหลักจริยธรรม การประเมินสภาพของผู้คลอดก่อนได้รับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก การจัดการเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในผู้คลอด การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในผู้คลอด การดูแลต่อเนื่องเพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในผู้คลอด การพัฒนาคุณภาพบริการ ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้ 4Ts ผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ พบว่า ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้โดยภาพรวม ร้อยละ 66.66 ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสามารถปฏิบัติได้คิดเป็นร้อยละ 90.32 ผู้คลอดมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 5.00, S.D. = 4.03)

คำสำคัญ: ตกเลือดหลังคลอด, แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, ห้องคลอด

Abstract

This action research aimed to develop and investigate the outcomes of implementing clinical nursing guidelines for the prevention of early postpartum hemorrhage in the delivery room of Pibulrak Hospital. The study was conducted from April 2024 to March 2025 in three phases. The sample consisted of 30 mothers who delivered in the delivery room of Pibulrak Hospital. The research instruments included a postpartum hemorrhage patient medical record form based on the Trigger Tool of the Institute of Hospital Accreditation, guidelines for early postpartum hemorrhage prevention, an evaluation form for the use of the guidelines, a questionnaire on general information of stakeholders, and a satisfaction questionnaire for mothers. Data were analyzed using content analysis, means, and percentages.

The study results showed that the clinical nursing practice guidelines included: protecting the rights of mothers and adhering to ethical principles; assessing the condition of mothers before receiving prevention of early postpartum hemorrhage; managing and preventing early postpartum hemorrhage in mothers; educating mothers on prevention of early postpartum hemorrhage; continuous care for prevention of early postpartum hemorrhage in mothers; improving service quality; and assessing the risk of postpartum

[1] ห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

hemorrhage using the 4Ts model. The outcomes of implementing the clinical nursing practice guidelines showed that the overall feasibility of implementing the guidelines was 66.66%. 90.32% of those who tested the guidelines were able to implement them. Overall satisfaction among mothers was high ($\bar{x}$ = 5.00, S.D. = 4.03).

Keywords: Postpartum hemorrhage, Clinical nursing practice guidelines, Delivery room

บทนำ

การตกเลือดในระยะหลังคลอดเป็นปัญหาใหญ่ทางสาธารณสุขที่เป็นสาเหตุการตายของผู้คลอดทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2020 องค์การอนามัยโลกระบุว่า ร้อยละ 25 ของการตายของผู้คลอดทั่วโลกมีสาเหตุจากการตกเลือดหลังคลอด[1] และ 1 ใน 4 ของการตายผู้คลอดหลังคลอด เกิดจากการตกเลือดหลังคลอดหลังจากระยะที่สามของการคลอดสิ้นสุดลง โดยมีการสูญเสียเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สำหรับประเทศไทยจากการรายงานสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้คลอดและทารกปริกำเนิด ปี 2563-2565 พบการตกเลือดในระยะหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายของผู้คลอดคิดเป็นร้อยละ 42.11, 33.96 และ 27.78 ของการตายทั้งหมดตามลำดับ[2] แม้ว่าจากสถิติที่ได้กล่าวมาข้างต้นในแต่ละปีนั้นอัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลงเรื่อย ๆ แต่ยังไม่ได้หมดไปจากปัญหาการเจ็บป่วยหรือการตายของผู้คลอดหลังคลอด และคงเป็นปัญหาการตายที่สำคัญของผู้คลอดหลังคลอดในประเทศไทย ซึ่งส่วนมากการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อย คือ การตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด[3] ดังนั้น จึงควรมีการเฝ้าระวังค้นหาสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมในผู้คลอดหลังคลอดแต่ละรายได้อย่างทันท่วงที อีกทั้งยังช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดการตกเลือดหลังคลอดและการตายของผู้คลอดหลังคลอดอีกด้วย

ผลกระทบของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกทางด้านร่างกาย โดยมีการสูญเสียเลือดเป็นจำนวนมากทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ภาวะช็อค ซึ่งมีอาการแสดง เช่น อ่อนเพลีย ชีพจรเบาเร็ว เหงื่อออก เป็นต้น[3] และอาจทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงต่อมใต้สมองส่วนหน้า ซึ่งมีหน้าที่หลั่งฮอร์โมนเพศหญิงลดลงก่อให้เกิดภาวะชีฮานชินโดรม(Sheehan's syndrome) หากดูแลรักษาไม่ทันท่วงที ควบคุมการตกเลือดไม่ได้ อาจต้องตัดมดลูกหรือทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ นอกจากนี้การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกยังส่งผลกระทบในระยะยาวทำให้ผู้คลอดเกิดภาวะโลหิตจาง สภาพร่างกายอ่อนแอและมีระบบภูมิต้านทานของร่างกายต่ำลงอีกด้วย สำหรับผลกระทบต่อด้านจิตสังคม เมื่อเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจะทำให้ร่างกายอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือด ต้องการการพักผ่อนมีโอกาสได้รับการคุกคามจากเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตในด้านการดูแลรักษา เช่น การเจาะเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น มีผลทำให้ผู้คลอดเกิดภาวะเครียดได้ง่าย มีความกลัว การสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้น วิตกกังวลว่าจะเป็นอันตรายต่อชีวิตตนเอง ทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจ ผู้คลอดจะไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้คลอดในระยะหลังคลอดได้เหมาะสม ซึ่งจะมีผลทำให้บุตรไม่ได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่ที่เหมาะสมและเพียงพอ ต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ก็จะทำให้เกิดผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจตามมา ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพควรมีการประเมิน การวินิจฉัยและให้การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก[4]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันและการจัดการเกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอดที่ใช้ในปัจจุบันมีทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ยังไม่มีแนวปฏิบัติใดที่ครอบคลุมทั้งการป้องกันตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด และรวมถึงการจัดการ

เมื่อมีภาวะตกเลือดหลังคลอดแล้ว ดังเช่นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่จัดทำโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของสมาคมผู้เชี่ยวชาญทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ประเทศแคนาดา เน้นการป้องกันและการจัดการเกี่ยวกับการตกเลือด แต่ไม่ได้เน้นรายละเอียดในแต่ละระยะของการดูแล นอกจากนี้ยังมีแนวปฏิบัติสำหรับแพทย์และผดุงครรภ์ขององค์กรสุขภาพของโลก เน้นในเรื่องการจัดการอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้วในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า แพทย์กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ได้จัดทำแนวทางการป้องกันและการดูแลผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดขึ้นในปี พ.ศ.2560 ใช้เป็นแนวทางสำหรับปฏิบัติงานของแพทย์ในการค้นหาผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก วิธีการป้องกันหรือการเฝ้าระวังให้ได้การวินิจฉัยโดยรวดเร็ว เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ลดการให้เลือด และลดอัตราการตายของผู้คลอด แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงรายละเอียดในส่วนของการให้การป้องกันและการดูแลระยะคลอดในแต่ละระยะของการคลอดที่ชัดเจน โดยจะเน้นเฉพาะการป้องกันในระยะที่สามของการคลอดเท่านั้น อย่างไรก็ตามแนวทางในการปฏิบัติในบทบาทของพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่ได้ทบทวนมานั้น ยังถือว่าไม่ครอบคลุมในการป้องกันทุกระยะของการคลอดเช่นกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกให้มีความชัดเจนและครอบคลุมในการป้องกันตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและทุกระยะของการคลอด โดยอาศัยการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และผ่านการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นร่วมกันถึงวิธีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ชัดเจนจะส่งผลให้นำไปสู่การร่วมมือและการดูแลผู้คลอดหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[5]

โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาด 30 เตียง ซึ่งต้องรับการส่งต่อสตรีมีครรภ์จากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิเพื่อให้การดูแลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดระยะหลังคลอด จากสถิติผู้คลอดที่มารับบริการในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ระหว่างปีงบประมาณ 2562ถึงปีงบประมาณ 2564 นั้น พบว่า อัตราผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2562 พบ 3 ราย จากการวิเคราะห์สาเหตุเกิดจาก Uterine atony 2 ราย, tear Cervix 1 ราย และพบโอกาสพัฒนาคือ Asscess ตั้งแต่ ANC จัดประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตาม Udonthani model classiflying, Reasscess, Care of patient, กระบวนการ Re-Assess หลังคลอด โดยปรับการประเมิน Blood loss ให้ใช้วิธีชั่ง Pad, ปรับ Care map vaginal birth care, การ Observe V/S หลังคลอด, การเช็ค tear ผู้คลอดหลังคลอด และการบันทึกทางการพยาบาลและทีมงานได้เฝ้าระวัง จนในปี 2563 ไม่พบอุบัติการณ์ ในปี 2564 พบอุบัติการณ์ จำนวน 3 ราย จากการทบทวนวิเคราะห์สาเหตุรายที่ 1 สาเหตุจาก Ut Atony, DFIU, DIC, Tear Cervix รายที่ 2 สาเหตุจาก Precipitate labour, Uterine atony, ทารกตัวโต, retain placenta, รายที่ 3 สาเหตุจาก Retain placenta และทีมได้ดำเนินการเพื่อป้องกันโดยปรับ Care Map Vaginal Birth Care และดำเนินการชี้แจงทีมปฏิบัติงานให้รับทราบและปฏิบัติ นิเทศติดตามการดำเนินงานตามมาตรฐานงานห้องคลอดโดยหัวหน้างาน (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์, 2565) แม้ว่าสถิติการตกเลือดระยะหลังคลอดในโรงพยาบาลเท่าที่ผ่านมาจะไม่สูงแต่ความรุนแรงของปัญหายังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อการสูญเสียอวัยวะ ซึ่งจากสถิติจะเห็นได้ว่าการตกเลือดระยะหลังคลอดในโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่ลดลงเนื่องจากการดูแลผู้คลอดระยะหลังคลอดใน

หน่วยงานใช้แนวทางการดูแลการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก แต่ในทางปฏิบัติเมื่อสตรีมีครรภ์มาห้องคลอดไม่ได้มีการค้นหาความเสี่ยงก่อนเข้าสู่ระยะคลอด เพื่อป้องกันภาวะการตกเลือดระยะหลังคลอด และส่วนใหญ่ให้การดูแลในขณะที่มีการตกเลือดแล้ว โดยการตรวจวัดระดับสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกว่าสัญญาณชีพจะกลับสู่ระดับปกติของผู้คลอดหลังคลอด การเฝ้าระวังการสูญเสียเลือดเพิ่มจากเดิมให้ยาช่วยกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามการรักษาของแพทย์ และการส่งต่อเพื่อรับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่ไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุมถึงการดูแลในแต่ละระยะของการคลอด รวมถึงการดูแลเมื่อมีการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกนั้น อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้รับบริการได้อย่างมาก ซึ่งแนวทางการดูแลการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ใช้อยู่นั้นยังไม่ค่อยชัดเจนและไม่ครอบคลุมในการป้องกันการตกเลือดทุกระยะของการคลอดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และส่วนใหญ่เป็นบทบาทของแพทย์ที่ให้การช่วยเหลือ เพื่อให้สอดคล้องกับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพจึงควรมีการปรับวิธีปฏิบัติที่มีอยู่เดิมให้เหมาะสมกับหน่วยงานเพิ่มมากขึ้น[5]

ดังนั้นจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และเป็นที่ยอมรับของผู้ปฏิบัติ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกทำให้รูปแบบการดูแลไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลายและเพื่อเป็นตัวชี้แนวทางการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพใช้วิจารณญาณร่วมกับความชำนาญในการดูแลผู้รับบริการที่เหมาะสม แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมาใช้ต้องมีการคัดกรองเพื่อให้ได้หลักฐานที่น่าเชื่อถือเหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาในคลินิกเพื่อได้แนวทางในการดูแลและทำให้คุณภาพในการดูแลดีขึ้น[6] ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดจะช่วยป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และยังช่วยประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเพื่อให้การเฝ้าระวังได้ ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศของสำนักการพยาบาล (2553) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่มีวิธีการสังเคราะห์หลักฐานที่น่าเชื่อถือ การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ การปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มิได้ร่วมในทีมพัฒนารวมทั้งประเมินแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิทำให้ได้แนวปฏิบัติเป็นที่ยอมรับและมีความน่าเชื่อถือ ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มิได้เข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในครั้งนี้ คาดว่าจะช่วยให้บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดที่เป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นเลิศเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้คลอดหลังคลอด อันจะนำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพของการพยาบาล อีกทั้งยังสามารถนำผลการศึกษาแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 – มีนาคม พ.ศ. 2568 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ผู้วิจัยใช้แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศของสำนักการพยาบาล[5] มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่มีวิธีการสังเคราะห์หลักฐานที่น่าเชื่อถือ การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ การปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มิได้ร่วมในทีมพัฒนารวมทั้งประเมินแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิทำให้ได้แนวปฏิบัติเป็นที่ยอมรับและมีความน่าเชื่อถือ โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ เป็นขั้นตอนการเขียนโครงการ และการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1

การคัดเลือกปัญหาและการกำหนดเป้าหมาย คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลได้มีการระดมสมองประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง โดยใช้ตารางประเมินความเสี่ยง)Risk Matrix) ซึ่งแบ่งความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ และระดับความรุนแรงความเสี่ยง 9 ระดับ)AI) พบว่า ปัญหาการตกเลือดหลังคลอดเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด ผู้วิจัยจึงวางแผนดำเนินการแก้ไขโดยพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบเป็นแกนนำในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และการติดตามการดำเนินงาน ได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์การผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยทบทวนเวชระเบียนผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2567 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2567จำนวน 10ฉบับ โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ค้นหาปัญหาอุปสรรค/ จากกระบวนการดูแลรักษา พบว่าผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สาเหตุเกิดจาก Uterine atony และ tear Cervix เนื่องจากระบบการดูแลโดยเฉพาะในระยะคลอดพยาบาลขาดทักษะในการทำ Active Man agement of Third Stage of Labor ขาดการดูแลต่อเนื่องในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ในเรื่องการประเมินและการคลึงมดลูก ไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันผู้คลอดตกเลือดหลังคลอด ไม่มีการจำแนกกลุ่มเสี่ยงและการดูแลในแต่ละกลุ่มไม่ชัดเจน จากการทบทวนนำข้อมูลที่ได้มาจัดเตรียมความพร้อมของทีมที่เข้าร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์ ดำเนินการระหว่าง 1 กรกฎาคม พ .ศ.2567 - 30 กันยายน พ.ศ. 2568 ประกอบด้วย

1. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้แนวคิดของ PICO Framwork (Sackettetal; 1997 Site in Craig & Smiyth, 2002) ดังนี้ P (Population): ผู้คลอดตกเลือดหลังคลอด ปัจจัยเสี่ยงในการตกเลือดหลังคลอด I (Intervention): การประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอด Active Management of Third Stage of Labor และการดูแลผู้คลอดตกเลือดหลังคลอด C (Comparison) ใช้วิธี Comparison กับเกณฑ์มาตรฐานและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา O (Outcome): ลดอุบัติการณ์ผู้คลอดตกเลือดหลังคลอด การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือด

หลังคลอด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อครั้ง และคุณภาพการพยาบาล ลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่นำมาใช้ประกอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด กำหนดจากเอกสารตรางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ตีพิมพ์ในแหล่งพิมพ์ที่มี Impact Factor ที่มีความน่าเชื่อถือ มีความทันสมัย

2. การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมาทำการคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melynk & Fineout – Overholt (2005) 7 ระดับ และการจัดลำดับความเหมาะสมของเนื้อหา และการนำไปใช้ของ The Joanna Briggs Institute (2004) 5 ระดับ มาประยุกต์ใช้ดังแสดงในตารางที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาและดำเนินงานตามวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ดำเนินการระหว่างวันที่ ตุลาคม พ.ศ. 2567 – มกราคม พ.ศ. 2568 มีกิจกรรมในการดำเนินการดังนี้

1. เตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกโดยการทำ Active Management of Third of Labor

2. คัดเลือกและแต่งตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

3. สืบค้นทบทวนวรรณกรรม และประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

4. สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

5. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสูติกรรม และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับร่างมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

6. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรง มาหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำมาเครื่องมือมาทดลองใช้กับผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 10คน

7. เก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลค้นหาปัญหาอุปสรรค และปรับปรุงแก้ไขจากข้อเท็จจริงที่ได้จากผลการดำเนินงานจากการสอบถามความคิดเห็น และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดจำนวน 6คน ก่อนที่จะนำไปทดลองใช้กับผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดอีกครั้ง หลังจากนั้นเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

8. ประชุมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและแพทย์เพื่อการยอมรับ และสนับสนุนให้มีการดำเนินการต่อเนื่อง โดยมีการจัดประชุมวิชาการในหน่วยงาน และฝึกทักษะบุคลากรในหน่วยงานในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

9. นำเสนอแนวปฏิบัติที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขหลังทดลองใช้ และเกิดผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนดต่อผู้บริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ เพื่อพิจารณาอนุมัติให้นำมาประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

10. ติดตามผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ กำหนดเป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินการเดือนละครั้ง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล เป็นกระบวนการสนับสนุนการพัฒนา และประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องดำเนินการระหว่างวันที่ กุมภาพันธ์ พ .ศ.2568 – มีนาคม พ .ศ.2568 โดยจัดให้มีการทบทวนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลปีละ 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกตามดูความยั่งยืนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

1. เก็บข้อมูลตัวชี้วัดทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ทั้งในระยะทดลองเครื่องมือและระยะประเมินผล

2. สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และความยากง่ายในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

3. ประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จำนวนทั้งสิ้น 6 คน

4. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

5. ประเมินความพึงพอใจของผู้คลอดที่เข้ารับบริการคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ทุกราย จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์จำนวน 6 คน และ 2) กลุ่มผู้คลอดที่คลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ 1 ปีขึ้นไปจำนวนทั้งสิ้น 6 คน

2. กลุ่มผู้คลอดคลอดคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้คลอดคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ตามเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้หลัก 4T's คือ มีการหดรัดตัวของมดลูก (Tone) การตรวจรก (Tissue) การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (Trauma) และการแข็งตัวของเลือด (Thrombin) เข้ารับบริการคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ทุกราย จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 2) ไม่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 3) อายุครรภ์ 37-41 สัปดาห์ 4) ทารกอยู่ในท่าศีรษะเป็นส่วนนำ 5) ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. 6) มีความประสงค์ที่จะคลอดด้วยตนเอง 7) มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก คือ

ผู้คลอดที่เข้าร่วมการศึกษาแล้วมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องเนื่องจากความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้ากว่าปกติ มีภาวะไม่ได้สัดส่วนระหว่างศีรษะ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน 10 คน ตามหลักการกำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Rule of thumb) ตามแนวทางของ Nastasi & Schesul สำหรับการศึกษากรณีศึกษา ซึ่งกำหนดกลุ่มตัวอย่างควรประมาณ 10 คน หรือน้อยกว่าหากข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวเพียงพอ เนื่องจากผู้คลอดที่มารับบริการคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์เฉลี่ยเดือนละ 4-5 ราย ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ 15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการนดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วย แบบบันทึกเวชระเบียนผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดตามแบบฟอร์ม Trigger Tool ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย อายุ เพศ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาที่ทำการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง และประสบการณ์ในการทำวิจัย ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและคำถามแบบปลายเปิด โดยให้เติมข้อมูลลงในช่องว่าง

2.2 แบบสอบถามความเป็นไปได้โดยภาพรวมในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ เป็นการประเมินเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงาน โดยภาพรวม โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถึงระดับความคิดเห็นความเป็นไปได้ 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย ส่วนคำถามปลายเปิดมีช่องว่างให้เติมข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ใช้เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

2.3 แบบสอบถามความเป็นไปได้เกี่ยวกับสาระสำคัญในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ เป็นการประเมินเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นไปใช้ทดลองในหน่วยงานตามกิจกรรมการพยาบาล โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบคือ ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติไม่ครบถ้วนและเหตุผลการทดลองใช้แนวปฏิบัตินี้ในโรงพยาบาล

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้คลอดที่มารับบริการคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ใช้สอบถามผู้คลอดคลอดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ทุกราย ได้แก่ ด้านการให้บริการพยาบาล ด้านความรู้และการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการให้บริการทั่วไป ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ในแต่ละข้อให้เลือกตอบตามระดับ ความพึงพอใจมากน้อย 5 ระดับให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือพึงพอใจมากที่สุด ได้ 5 คะแนน พึงพอใจมาก ได้ 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง ได้ 3 คะแนน พึงพอใจน้อยได้ 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการศึกษา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความง่ายในการนำไปใช้ หลังจากนั้น นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้คลอดคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ชุด แบบสอบถามความเป็นไปได้โดยภาพรวมในการใช้แนวปฏิบัติฯ แบบสอบถามความเป็นไปได้เกี่ยวกับสาระสำคัญในการใช้แนวปฏิบัติฯ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .89, .88 และ 84 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ จำนวนและร้อยละ

2. ข้อมูลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

3.ข้อมูลที่ได้จากการประชุมร่วมกันของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ สรุปเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ การทำประชาพิจารณ์ร่วมกันรู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ นำมาสรุปเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษานำโครงร่างการค้นคว้าแบบอิสระผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลหนองหาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีเลขที่ NHREC 01267

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

1. การกำหนดความต้องการและขอบเขต

การกำหนดความต้องการและขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกครั้งนี้ ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของทุกฝ่าย ทั้งกลุ่มงานสูติกรรม-นารีเวชกรรม โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ได้รับการพิจารณาแล้วว่าการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และจากสถิติของหน่วยงาน พบว่า มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกคิดเป็นร้อยละ ผู้ที่มาคลอดทางช่องคลอดทั้งหมดในปีงบประมาณ ตามลำดับ ดังนั้นจึงได้รับความสนใจเมื่อผู้ศึกษาได้เสนอปัญหาดังกล่าวต่อผู้บริหารของกลุ่มงานสูติ-นารีเวชกรรม และต้องการที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกดังกล่าว

การกำหนดทีมสหสาขาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จัดการปรึกษามีผู้มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในกลุ่มงานสูติ-นารีเวชกรรม ได้ร่วมกันกำหนดการพัฒนาและปฏิบัติการทางคลินิก ซึ่งประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ คือ ผู้ศึกษา สูตินารีแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่เป็นตัวแทนจากหน่วยฝากครรภ์และห้องคลอด ร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยมีขั้นตอนดังนี้ กำหนดความต้องการและขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ผู้ศึกษานำเสนอลักษณะของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จัดเป็นข้อมูลอ้างอิงตามองค์ประกอบของสถาบันรับรองคุณภาพขององค์กรสุขภาพ) The Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO], 2004) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. การพิทักษ์สิทธิของผู้คลอดและการปฏิบัติตามหลักจริยธรรม

1.1 การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในผู้คลอดทุกรายเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม (Level 2, A)

1.2 บุคลากรทีมสุขภาพได้รับการยินยอมจากผู้คลอด โดยคำนึงถึงสถานะของแต่ละบุคคล

และผู้คลอดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจก่อนได้รับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

2. การประเมินสภาพของผู้คลอดก่อนได้รับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ประเมินภาวะสุขภาพ โดยซักประวัติปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกตรวจร่างกาย ตรวจทางช่องคลอด และการตรวจทางห้องปฏิบัติ (Level 2, A)

3. การจัดการเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในผู้คลอด ผู้คลอดทุกรายได้รับการจัดการเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดในโรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ (Level 2, A)

1. ระยะที่หนึ่งของการคลอด

1.1 ซักประวัติปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เช่น ตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน การคลอดยาก จำนวนครั้งของการคลอด มีประวัติการตกเลือดในครรภ์ก่อน อายุผู้คลอด อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักทารก ระดับความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด การคลอดระยะที่สามยาวนาน ภาวะโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์แฝด เป็นต้น (Level 2, A)

1.2 ตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดทางห้องปฏิบัติการ (CBC platelet count) (Level 2, B)

1.3 ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตามแบบบันทึกความก้าวหน้าการคลอดในระยะแรกของการคลอด (Level 4, A)

1.4 ให้สารละลายนำทางหลอดเลือดดำ โดยใช้เข็มเบอร์ 18 หรือ 20 (Level 4, A)

2. ระยะที่สองของการคลอด

2.1 ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ร่วมกับสังเกตสารคัดหลั่งที่ออกจากช่องคลอด และฟังเสียงหัวใจทารก ทุก 15-30 นาที (Level 2, A)

2.2 ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง (Level 4, A)

3. ระยะที่สามของการคลอด ดูแลการคลอดด้วยวิธี Active management โดย

3.1 ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก 1) กรณีให้ออกซิโตซิน 10 ยูนิต ทางกล้ามเนื้อหลังทารกคลอดไหล่หน้า (Level 1, A) 2) ในรายที่ได้รับยาออกซิ เซิน 20-50 ยูนิต ผสมในสารละลายน้ำ 1000 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ 100-150 cc/hr เพื่อกระตุ้นการคลอดตั้งแต่ระยะแรกของการคลอดสามารถให้การดูแลด้วยวิธี active management โดยไม่ให้ยาออกซิโตซินทางกล้ามเนื้อหลังทารกคลอดด้วยไหล่หน้า และให้ออกซิโตซินทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องอย่างน้อยภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Level 3.2, A)

3.2 หยิบหรือตัดสายสะดือทันทีที่ทารกคลอด (Level 1, A)

3.3 ทำคลอดรกด้วยวิธีการควบคุมการดึงสายสะดือ (controlled cord traction) (Level 1, A)

3.4 คลึงมดลูกทันทีหลังคลอดรก (Level 2, A)

4. ระยะที่สีของการคลอดและหลังคลอดระยะแรก

4.1 ประเมินสาเหตุที่อาจทำให้ตกเลือดหลังคลอดด้วย 4T (Tone, Tissue, Trauma, Thrombin) (Level 2, A) 1) Tone ตรวจดูการหดรัดตัวของมดลูกว่าดีหรือไม่ 2) Tissue ตรวจดูว่ารกและชิ้นส่วนของรกครบหรือไม่ 3) Trauma ตรวจดูช่องทางคลอดว่าฉีกขาดหรือได้รับบาดเจ็บรุนแรง 4) Thrombin สังเกตการณ์แข็งตัวของเลือดว่าผิดปกติหรือไม่

4.2 คลึงมดลูกทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุกครึ่งชั่วโมง 2 ครั้ง ใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Level 2, A)

4.3 ประเมินสัญญาณชีพ 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 3 ครั้ง ทุก 4 ชั่วโมง 2 ครั้งจากนั้นวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น (Level 4, A)

4.4 ประเมินจำนวนและปริมาณการสูญเสียเลือดที่ออกช่องทางคลอดจากผ้าอนามัย (Level 4, A) 1) ผ้าอนามัยชุ่มไม่เกิน 1 ผืน ใน 15 นาที (1

ชั่วโมงแรกหลังคลอด) 2) ผ้าอนามัยชุ่มไม่เกิน1 ผืน ใน 1 ชั่วโมง (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด)

4.5 ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง (empty) อยู่เสมอและให้ถ่ายปัสสาวะภายใน6-8 ชั่วโมงหลังคลอด (Level 2, A)

4.6 ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริต 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ระดับฮีโมโกลบิน หลังคลอดควรลดลงน้อยกว่า 3 g/dl และระดับฮีมาโตคริตลดลงน้อยกว่า 10% (Level 2, B)

5. เมื่อมีการตกเลือดหลังคลอด หลังประเมินสาเหตุที่อาจทำให้เลือดออกหลังคลอด 4T (Tone, Tissue, Tone, Tissue, Trauma, Thrombin) และควรรักษาตามสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด (Level 1, A)

4. การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในผู้คลอด

4.1 บุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ที่จะดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจะต้องเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ เรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกอย่างถูกต้องและปลอดภัย (Level 4, A)

4.2 ผู้คลอด ผู้คลอดทุกรายได้รับการอธิบายถึงความจำเป็นในการป้องกันการเกิดเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดและการปฏิบัติตัวหลังคลอด (Level 4, A)

5. การดูแลต่อเนื่องเพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในผู้คลอด

5.1 บุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้คลอดมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ในผู้คลอดที่เข้ารับการคลอดอย่างปลอดภัยถูกต้องและต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะที่หนึ่งของการคลอดจนกระทั่งหลังคลอดระยะแรก

5.2 เฝ้าระวังตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดอย่างใกล้ชิดในบรรดาทุกราย

5.3 สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดการหดรัดตัวของมดลูก และดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างหลัง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ

5.4 รวบรวมข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการวินิจฉัยการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอด

5.5 การดูแลก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ประเมินการแข็งตัวของมดลูกพร้อมทั้งบันทึกในใบบันทึกการหดรัดตัวของมดลูก ประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดจากผ้าอนามัยเป็นจำนวน ชี้นให้คำแนะนำการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แจกเอกสารแผ่นพับและส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้คลอดหลังคลอดเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

5.6 กรณีที่ไม่สามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในบรรดาได้ มีการพิจารณาส่งต่อผู้คลอดไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลตติยภูมิ

6. การพัฒนาคุณภาพบริการ

6.1 ศึกษาผลการวิจัยหรือความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ตลอดจนทบทวนและปรับปรุงคู่มือต่างๆ ในการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกอย่างสม่ำเสมอ

6.2 ประเมินอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ปริมาณการสูญเสียเลือด ภาวะซีดหลังคลอดและการได้รับเลือดหลังคลอดอย่างสม่ำเสมอ

6.3 จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอด และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้คลอดที่เข้ารับการคลอด โดยอาศัยแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของบรรดาในโรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

ส่วนที่ 2 ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลัง

คลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

แนวทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์นี้ ได้พัฒนาขึ้นมาจากทีมสหสาขาที่ในโรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ มีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 6 คน เป็นผู้ทดลองใช้อย่างปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในช่วงระหว่างวันที่ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 – 30 เมษายน พ.ศ.2567 มีรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ทั้งหมด 6 คน ประกอบด้วย เป็นพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด จำนวนทั้งหมด 6 คน ทุกคนเป็นเพศหญิง มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีทางการพยาบาล ผู้ทดลองใช้และปฏิบัติการคลินิกส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่เกิน 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00

2. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ไปทดลองใช้ ผู้ศึกษานำเสนอผลการศึกษาภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ โดยทดลองใช้กับผู้คลอดในช่วงที่ทำการศึกษา โดยแยกวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้โดยภาพรวมและการกิจกรรมการพยาบาลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้โดยภาพรวม จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ พบว่า ร้อยละ 66.66 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ร้อยละ 83.33 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีความชัดเจน และมีข้อเสนอแนะในการปฏิบัติสามารถเข้าใจง่าย ร้อยละ 66.66 และปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีการระบุทางเลือกสำหรับการจัดการแต่ละสถานการณ์ ร้อยละ 83.33 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีความสะดวกในการนำไปใช้ ร้อยละ 66.66

2.2 ผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ไปทดลองใช้ตามกิจกรรมการพยาบาลและแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จากการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจำนวน 6 คน มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกทั้งหมด 31 ข้อคำถาม พบว่า ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสามารถปฏิบัติได้ 28 ข้อคำถาม คิดเป็นร้อยละ 90.32 พยาบาลผู้ทดลองใช้ในปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไม่ได้ปฏิบัติ 3 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 9.67

ผลการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก พบว่าส่วนใหญ่พยาบาลผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสามารถปฏิบัติได้กับทุกข้อในแต่ละด้าน ยกเว้นด้านการจัดการเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในผู้คลอด พบว่าพยาบาลผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกระบุว่าไม่ได้ปฏิบัติในข้อ 1.2 คือ ตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดทางห้องปฏิบัติการ (CBC platelet count) ร้อยละ 16.66 ในระยะที่สองของการคลอด ข้อที่ 3.4 คลึงมดลูกทันทีหลังคลอดรก ร้อยละ 16.66 และระยะที่สี่ของการคลอดและหลังคลอดระยะแรก ข้อที่ 4.1 ประเมินสาเหตุที่

อาจทำให้ตกเลือดหลังคลอดด้วย 4T (Tone, Tissue, Trauma, Thrombin) ร้อยละ 16.66

2.3 ความพึงพอใจของผู้คลอดต่อการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้คลอดต่อการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{x}$ = 5.00, S.D. = 4.03) และเมื่อพิจารณาแต่ละหัวข้อ พบว่า ความสุภาพ อ่อนน้อม ยิ้มแย้มแจ่มใส วาจาสุภาพ ความสนใจเอาใจใส่เต็มใจช่วยเหลือ การตอบข้อสงสัยแก่ท่านและญาติด้วยความเต็มใจ การให้ข้อมูล คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ มีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสม ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเอาใจใส่ดูแล และความชัดเจนในการให้ข้อมูลและตอบข้อสงสัย มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{x}$ = 5.00, S.D. = 4.32)

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ ของสำนักการพยาบาลที่มีการคัดเลือกปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดค่าเป้าหมาย การสืบค้น การคัดสรร และประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการพัฒนาและดำเนินงานตามวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศสู่กระบวนการปรับปรุงแก้ไขและประเมินผลก่อนที่จะประกาศใช้แนวปฏิบัติฯ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เป็นแนวทางเดียวกันทั้ง 3 ระยะของการคลอด คือ ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ส่งผลให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลงผู้คลอดหลังคลอดไม่เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด ไม่ถูกตัดมดลูก และไม่มีผู้คลอดตายจากการตกเลือดหลังคลอด อธิบายได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ ของสำนักการพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการคัดสรรจากผู้เชี่ยวชาญมาประยุกต์ใช้ ถือว่าเป็นการจัดการความรู้แบบหนึ่ง เนื่องจากเป็นการดำเนินการโดยผู้ปฏิบัติในหน่วยงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้นกว่าเดิม การที่จะให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ และนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้คลอดคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ รุ่นศิริ[7] ที่ศึกษาผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายอนามัยแม่และเด็ก พบว่า การมีส่วนร่วมทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากการที่พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติร้อยละ 90.91

2. ด้านผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ พบว่า เกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลง ผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงไม่เกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด ไม่ถูกตัดมดลูก และไม่มีผู้คลอดตายจากการตกเลือดหลังคลอด อธิบายได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นการช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดคลอดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายใน 3 ระยะของการคลอด ส่งผล

ให้ผู้คลอดคลอดได้รับการดูแลเป็นแนวทางเดียวกัน เกิดความปลอดภัยจากการคลอด จึงส่งผลให้ผู้คลอดคลอดที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดนอนโรงพยาบาลน้อยลง และมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 73.23 ในปี พ .ศ.2566 เป็นร้อยละ 89.24 ในปี พ.ศ.2567 สอดคล้องกับการศึกษาของนฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพางค์ พรรณ พาดกลาง และจีรพร จักษุจินดา[8] ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดพยาบาลมีความพึงพอใจและนำแนวปฏิบัติไปใช้มากขึ้น ส่งผลให้อัตราการตกเลือดลดลง และไม่พบอุบัติการณ์ผู้คลอดตายจากการตกเลือดหลังคลอดทักษะของบุคลากร จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะทักษะในการทำ Active Management of Third Stage of Labor ซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องคลอดจะต้องผ่านการฝึกฝนมาอย่างดี เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ เกิดความชำนาญในการปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยเฉพาะผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด มีความปลอดภัยจากการคลอด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ สอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย[9] ที่เสนอวิธีการทำ Active Management of Third Stage of Labor 3 ขั้นตอนคือ 1) การบริหารยา Uterotonic Drugs ด้วยการฉีดยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกทันทีหลังทารกคลอด 2) ทำคลอดรกด้วยวิธี Controlled Cord Traction และ 3) Uterine Massage After Delivery Placenta ด้วยการกดนวดคลึงมดลูกบริเวณยอดมดลูก ผ่านทางหน้าท้องทันทีจะป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ในการปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ผู้บริหารสามารถสนับสนุนหรืออำนวยการให้ผู้ปฏิบัตินำการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศในการพัฒนาการให้บริการคลอด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการดำเนินงานควรให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งการมีส่วนร่วมในกระบวนการเหล่านี้ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในการวิเคราะห์ปัญหาสังเคราะห์ความรู้ออกแบบการทำงานที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ทำให้เกิดการนำแนวทางนั้นไปปฏิบัติจริง มีความยั่งยืน และเกิดผลลัพธ์ที่ดี

2. ด้านการบริหาร องค์กรพยาบาลสามารถใช้กระบวนการดังกล่าวเป็นกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนองค์กรเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ให้เกิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการต่าง ๆ ที่ได้ผล และเมื่อผู้บริหารทางการพยาบาลมีการสนับสนุน นิเทศ ติดตาม ก็เป็นแรงผลักดันให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่ต่อเนื่องมีมาตรฐาน เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ใช้บริการ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organizatioin. (2006). MPS Technical Update Prevention of Postpartum Haemorrhage by Active Management of Third Stagr of Labour. Retrieved september 30, 2023, from http://www.who.int/makingpregnancysafer.
2. Wanitchapongpun P, Ratsameecharoen K, Lertbannaphong T, editors. Modern textbook of obstetrics. Bangkok: Department of obstetricsand gynecology, Faculty of medicine, Siriraj hospital; 2017. (in Thai)
3. Ratanapitak W. Nursing care in postpartum hemorrhage. Journalof Nursing,Siam University 2018; 19(36): 101-12. (in Thai)

4. สุสัณหา ยิ้มแย้ม. (2560). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์และ ฉวี เบาทรวง, บรรณาธิการ.การพยาบาลและการผดุงครรภ์:สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. (หน้า 321-332). เชียงใหม่:สมาร์ทโคตรติ้ง แอนด์ เซอร์วิส.
5. กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์. (2565), รายงานสถิติผู้คลอดประจำปี. ระยอง:โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์.
6. จิตร สิทธอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และ เกียรติศักดิ์ ราชบรีรักษ์. (2543).Clinical practice guideline: การจัดทำและการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: ดีไซร์.
7. กรรณิการ์ ทุ่นศิริ. (2556). ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดศรีสะเกษ, วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31(4): 115-120
8. นฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพางค์พรรณ พาดกลาง และจีรพร จักษุจินดา. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32(2): 37-46.
9. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556). คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน. พรปวีณ์ อธิธัญชัยพงศ์ (กรมการแพทย์ บรรณาธิการ), พิมพ์ครั้งที่ 2. ม.ป.พ.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

ประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

Effectiveness of a Triage Training Program Development among Professional Nurses Working in the Outpatient Department of Phibunrak Hospital, Udon Thani Province.

(Received: December 26,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

หทัยรัตน์ กันหาชิน[1]
Hathairat Kanhachin[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จำนวน 5 คน และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนก่อน หลังเป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 138 เวชระเบียน

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ (ร้อยละ 43) เป็นระดับสูง (ร้อยละ 93) อย่างมีนัยสำคัญ คะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.33 เป็นร้อยละ 90.67 (ระดับปรับปรุงเป็นระดับดี) ความถูกต้องของการคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (χ^2 = 71.38, $p < 0.001$) จากร้อยละ 42.03 เป็นร้อยละ 89.13 พบการลดลงของการคัดกรองผิดพลาดทั้ง Over triage (χ^2 = 47.13, $p < 0.001$) และ Under triage (χ^2 = 12.97, $p < 0.001$) อุบัติการณ์อาการทรุดลงของผู้ป่วยลดลงร้อยละ 69.23 และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากที่สุด (4.67 ± 0.49)

คำสำคัญ: การฝึกอบรมการคัดกรอง การพยาบาลฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยนอก ความปลอดภัยผู้ป่วย การพัฒนาวิชาชีพ

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to investigate the effectiveness of a triage training program for professional nurses working in the outpatient department of Phibunrak Hospital, Udon Thani Province. A one-group pretest-posttest design was employed. The sample consisted of 5 professional nurses and 138 medical records reviewed after the 3-month training program.

The results showed significant improvements after the program. The nurses' knowledge scores increased from a low level (43%) to a high level (93%). Their practice scores rose from 53.33% to 90.67%, upgrading from "needs improvement" to "good" level. The accuracy of triage significantly increased (χ^2 = 71.38, $p < 0.001$) from 42.03% to 89.13%, with significant reductions in both over-triage (χ^2 = 47.13, $p < 0.001$) and under-triage (χ^2 = 12.97, $p < 0.001$). The incidence of patient deterioration decreased by 69.23%. The nurses expressed the highest level of satisfaction with the program (4.67 ± 0.49).

Keywords: Triage training, Emergency nursing, Outpatient care, Patient safety

บทนำ

ปัญหาความแออัดในแผนกฉุกเฉินและระยะเวลารอคอยที่ยาวนานได้กลายเป็นความท้าทายสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก การคัดกรองผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

ตามระดับความเร่งด่วนทางคลินิกและการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม[1] ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบ MOPH ED Triage เพื่อให้มาตรฐานการดูแลฉุกเฉินทั่วประเทศ โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงคุณภาพการดูแลและลดความเสี่ยงของผู้ป่วย[2]

การคัดกรองผู้ป่วยเป็นกระบวนการประเมินและจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตามความเร่งด่วนของการดูแลที่จำเป็น ซึ่งถือเป็นรากฐานสำคัญของการดูแลฉุกเฉินและผู้ป่วยนอก[3] พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในกระบวนการนี้ โดยต้องการความรู้ความเข้าใจที่ครอบคลุมและทักษะการปฏิบัติที่ชำนาญเพื่อให้มั่นใจในการจัดหมวดหมู่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง[4] การศึกษาของนงค์เยาว์ อินทรวิเชียร พบว่าการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่เหมาะสมสามารถส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ[5] ขณะที่การวิจัยของกรวิภา สะอาดเอี่ยม และคณะ แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวทางการคัดกรองที่เป็นมาตรฐานสามารถเพิ่มความแม่นยำในการคัดกรองได้อย่างมีนัยสำคัญ[6]

งานวิจัยก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกอบรมที่มีโครงสร้างสามารถปรับปรุงความถูกต้องในการคัดกรองและลดอุบัติการณ์การจัดหมวดหมู่ผิดพลาดได้อย่างมีประสิทธิผล[7] การศึกษาของสุภัทรา เทพสิทธา และคณะ พบว่ารูปแบบการพยาบาลคัดกรองแบบ STAR สามารถเพิ่มความแม่นยำในการคัดกรองผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติได้อย่างมีนัยสำคัญ[8] นอกจากนี้ การบูรณาการความรู้ทางทฤษฎีกับการฝึกปฏิบัติแสดงให้เห็นประสิทธิผลเป็นพิเศษในการเสริมสร้างสมรรถนะทางการพยาบาล[9]

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่เฉพาะเจาะจงตรวจสอบผลกระทบแบบครอบคลุมของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองต่อความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ความถูกต้อง และผลลัพธ์ของผู้ป่วยในบริบทโรงพยาบาลชุมชนของไทยยังมีจำกัด การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองที่ออกแบบมาเป็นพิเศษสำหรับพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและสร้างแนวทางสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลและเปรียบเทียบผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกต่อความรู้ การปฏิบัติ ความถูกต้องในการคัดกรอง อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์

สมมติฐานการวิจัย

1. โปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จะส่งผลให้คะแนนความรู้ คะแนนการปฏิบัติความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
2. โปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จะส่งผลให้อุบัติการณ์อาการทรุดลงของผู้ป่วยลดลง
3. โปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลย์

รักษ์ จะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูงมาก

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี การศึกษาดำเนินการในแผนกผู้ป่วยนอกระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2567 การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง (Pre-intervention) ระยะดำเนินการทดลอง (Intervention) และระยะหลังการทดลอง (Post-intervention) โดยมีการติดตามผลเป็นระยะเวลา 3 เดือนหลังการฝึกอบรม เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ความถูกต้องในการคัดกรอง อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง และความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมการฝึกอบรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจโรคทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจโรคทั่วไป: ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Purposive sampling ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนด

เกณฑ์คัดเข้า 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและมารับบริการตรวจโรคทั่วไป 2) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออก 1) คัดกรองไม่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ใช้สูตรของ Taro Yamane[10] กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ 5% จำนวน 125 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Drop out) ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ดังนั้นผู้วิจัยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 138 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมการฝึกอบรมคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิด
การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของ Nadler[11] ร่วมกับแนวปฏิบัติการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วน (Phibunrak Triage Score) และทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles[12] ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ ดังนี้ 1) การบรรยายเชิงปฏิบัติการ 2) การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ 3) การอภิปรายกลุ่มและแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2. แนวปฏิบัติการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วน (Phibunrak Triage Score) ซึ่งเป็นเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยที่ทีมนำด้านการดูแลผู้ป่วยจัดทำขึ้นโดยยึดตาม Emergency Severity Index (ESI) ของสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย[13] และผ่านการตรวจสอบจากอายุรแพทย์ ประกาศใช้เมื่อ 30 เมษายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน เป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ถ้าตอบ "ถูก" ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ "ผิด" ให้ 0 คะแนน โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์

ของ Bloom[10] มีการแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ในระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (12-15 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน)

3. แบบทดสอบการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 2 ระดับ (ไม่ปฏิบัติ = 0, ปฏิบัติ = 1) เนื้อหาประกอบด้วย วันที่เวลาที่พยาบาลเข้าถึงผู้ป่วย การจำแนกผู้ป่วยตามความเร่งด่วน ขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน การซักประวัติอาการและอาการสำคัญ การคัดแยกผู้ป่วยโรคติดต่อ การประเมินสัญญาณชีพ การให้การพยาบาลเบื้องต้นตามความจำเป็น การจัดคิวรอพบแพทย์ การระบุสถานะผู้ป่วยก่อนส่งออก การบันทึกข้อมูล การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงและหัตถการที่สำคัญ การแปลผลอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[14] มีการแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับปรับปรุง ไม่เกินร้อยละ 60 (0-8 คะแนน)

ระดับพอใช้ ร้อยละ 61-79 (9-11 คะแนน)

ระดับดี ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12-15 คะแนน)

แบบบันทึกความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วย ใช้ประเมินความถูกต้องในการคัดกรองโดยประเมินจากการบันทึกในเวชระเบียน เปรียบเทียบความถูกต้องระหว่างพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกที่ทำการคัดกรอง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ใช้เกณฑ์การประเมินตาม Phibunrak Triage Score

แบบบันทึกผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ เป็นแบบฟอร์มบันทึกผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงของอาการที่แย่ลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่น หมดสติ ชัก หายใจลำบากมากขึ้น ทำการตรวจสอบโดยแพทย์เวร OPD ทั่วไปประจำวันนั้น ๆ

แบบบันทึก Phibunrak Triage card เป็นแบบบันทึกแยกตามสีของระดับความเร่งด่วน 5 ระดับ
ระบุเวลาที่ถึงจุดคัดกรอง ชื่อ สกุล แผนกที่ส่งตรวจ ส่วนสูง น้ำหนัก สัญญาณชีพ อาการสำคัญ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การประเมินซ้ำ เวลาที่ส่งตรวจ/ส่งต่อแผนกอื่น

แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอบรม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ กำหนดเกณฑ์แปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของเบสและคาน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 = มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 = มาก
ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 = ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 = น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 = น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องตรงประเด็นและครอบคลุมการศึกษาที่ต้องการจะวัด นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ทดสอบความเข้าใจในภาษา นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ค่าความเชื่อมั่น = 0.88 แบบสอบถามการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน ค่าความเชื่อมั่น = 0.86 แบบ

ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอบรม ค่าความเชื่อมั่น = 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS version 26.0 (IBM Corp., 2021)[14] ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) และพิสัยควอร์ไทล์ (Interquartile Range: IQR) สำหรับข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก ความรู้ การปฏิบัติ ความถูกต้องของการปฏิบัติ อุบัติการณ์อาการทรุดลง และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอบรม

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรม ใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็ก (n=5) เปรียบเทียบความถูกต้องในการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยก่อนและหลังการฝึกอบรม ใช้สถิติ Chi-square test of independence เปรียบเทียบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงก่อนและหลังการฝึกอบรม ใช้สถิติ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เลขที่ NH01467

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 5 คน พบว่าทั้งหมดเป็นเพศหญิง (100%) มีอายุเฉลี่ย 32.2 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี (60%) มีสถานภาพโสดและสมรสในสัดส่วนที่เท่ากัน (40%) ทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (100%) ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (60%) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 10.4 ปี โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1-5 ปี และ 6-10 ปี (40% แต่ละช่วง) ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วย (60%) และมีความถี่ในการปฏิบัติงานคัดกรองผู้ป่วยเฉลี่ย 36 ครั้งต่อเดือน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20-200 ครั้งต่อเดือน (80%)

ความรู้ เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนก่อนและหลังการฝึกอบรม (N=5) พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน มีการเพิ่มขึ้นของความถูกต้องในการคัดกรองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 71.38$, $p < 0.001$) โดยสัดส่วนการคัดกรองที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นจาก 42.03% เป็น 89.13% นอกจากนี้ ยังพบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งในกรณี Over triage จาก 39.13% เหลือ 5.80% ($\chi^2 = 47.13$, $p < 0.001$) และ Under triage จาก 18.84% เหลือ 5.07% ($\chi^2 = 12.97$, $p < 0.001$)

การเปรียบเทียบจำนวนปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม (N=5) พบว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลสูงต่อการปฏิบัติการคัดกรองของผู้เข้าอบรม โดยคะแนนรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 8.00 คะแนน (53.33%) เป็น 13.60 คะแนน (90.67%) ระดับการปฏิบัติโดยรวมยกระดับจาก "ปรับปรุง" เป็น "ดี" โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการบันทึกเวลาส่งออก การประเมินสัญญาณชีพ และการระบุสถานะผู้ป่วย ซึ่งมีการพัฒนามากที่สุด (เพิ่มขึ้น 60-80%) ทั้งนี้หลังการฝึกอบรม ทุก

การเปรียบเทียบคะแนน ร้อยละความถูกต้องของการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม (N=138) พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน มีการเพิ่มขึ้นของความถูกต้องในการคัดกรองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 71.38, p < 0.001) โดยสัดส่วนการคัดกรองที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นจาก 42.03% เป็น 89.13% นอกจากนี้ ยังพบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งในกรณี Over triage จาก 39.13% เหลือ 5.80% (χ^2 = 47.13, p < 0.001) และ Under triage จาก 18.84% เหลือ 5.07% (χ^2 = 12.97, p < 0.001)

จำนวน ร้อยละ อุบัติการณ์อาการทรุดลงของผู้ป่วยจำแนกตามอาการ พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ลดลงจาก 39 คนเหลือเพียง 12 คน คิดเป็นการลดลงร้อยละ 69.23 อาการที่พบบ่อยที่สุดทั้งก่อนและหลังการฝึกอบรมยังคงเป็นอาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม แต่สัดส่วนของผู้ป่วยในกลุ่มอาการหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมลดลงอย่างชัดเจนในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดรุนแรง (pain score > 7) จากร้อยละ 12.82 เหลือร้อยละ 8.33 นอกจากนี้ ยังพบการลดลงที่สำคัญในกรณีของอาการที่เกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะความดันโลหิตสูง สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมในการพัฒนาความรู้ สามารถของบุคลากรในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนหรือมีความเสี่ยงสูง อันนำไปสู่การลดโอกาสการเกิดภาวะทรุดลงของผู้ป่วยขณะรอรับการตรวจรักษา

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอบรมคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน (N=5) พบว่า ผู้เข้าร่วมอบรม มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.67 (SD = 0.49) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความเหมาะสมของเนื้อหา, ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์, ระยะเวลาการฝึกอบรม, ทักษะการถ่ายทอดของวิทยากร, วิธีการฝึกอบรม, ประโยชน์ในการนำไปใช้งานจริง, ความมั่นใจในการคัดกรองผู้ป่วย, ความเข้าใจในการใช้ Phibunrak Triage Score และการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีม ซึ่งทั้งหมดได้รับคะแนนความพึงพอใจสูงสุด (5.00) อย่างไรก็ตาม ยังมีบางด้านที่ได้รับความพึงพอใจในระดับมาก (4.00) ได้แก่ ความทันสมัยของเนื้อหา, ความรู้ความสามารถของวิทยากร, คุณภาพของสื่อและอุปกรณ์, ความเหมาะสมของสถานที่ และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ซึ่งอาจเป็นประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาในศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกมีประสิทธิผลสูง โดยสมมติฐานการวิจัยทั้ง 3 ข้อได้รับการยอมรับ ผลการศึกษาพบการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้านที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ความถูกต้องในการคัดกรอง การลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง และความพึงพอใจต่อโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles และแนวคิดการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของ Nadler ที่ใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรม[11,12] ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมที่ออกแบบอย่างเป็นระบบสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล จึงสนับสนุนการนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่น เพื่อพัฒนาคุณภาพการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ข้อจำกัด

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็ก (n=5) ซึ่งจำกัดความสามารถในการนำผลการศึกษาไปใช้ทั่วไป (Generalizability) การออกแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One-group pretest-posttest design) ที่ขาดกลุ่มควบคุมทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้อย่างสมบูรณ์ ระยะเวลาการติดตามผลที่จำกัดเพียง 3 เดือน ไม่เพียงพอต่อการประเมินความยั่งยืนของผลการฝึกอบรมในระยะยาว การดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลเดียวจำกัดความสามารถในการนำผลไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ การวัดผลบางด้านอาจได้รับอิทธิพลจากความมี

อคติของผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมการศึกษา (Hawthorne effect) เนื่องจากผู้เข้าร่วมทราบว่าตนเองอยู่ในการศึกษาวิจัย ซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นกว่าปกติ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่แสดงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรม ผู้วิจัยเสนอแนะให้มีการขยายผลการศึกษาในหลายด้าน ประการแรก ควรดำเนินการวิจัยในขนาดที่ใหญ่ขึ้นและใช้การออกแบบแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา ประการที่สอง ควรขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อตรวจสอบความสามารถในการนำไปใช้ทั่วไป ประการที่สาม ควรมีการติดตามผลในระยะยาวอย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของความรู้และทักษะที่ได้รับจากการฝึกอบรม ประการที่สี่ ควรพัฒนาระบบการฝึกอบรมเสริมและการนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาและพัฒนาทักษะการคัดกรองของพยาบาล ประการสุดท้าย ควรศึกษาปัจจัยต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness) ของโปรแกรมการฝึกอบรม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในการลงทุนด้านการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในระดับโรงพยาบาลชุมชนและระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. กงทอง ไพศาล.(2562). การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพลจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562;12(1):93-100.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2564). MOPH ED. Triage. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
3. ชลลดา ทอนเสาร์, วิภาดา วิจักขณาลัญฉ์, เกียรติศักดิ์ ชัยพรม, พิมพิมาน แหล่งสท้าน, เปรมสุดา จันทพิมพ์, ภรณ์พินิจ แสนสุข, และคณะ.(2563). การศึกษาการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 7 มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ประจำปี 2563; 2563 พ.ย. 26-27; นครราชสีมา. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล; 2563. หน้า 1234-45.
4. เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์.(2564). การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(36):160-78.
5. นงค์เยาว์ อินทรวิเชียร.(2562). การศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2562;2(2):43-53.
6. กรวิภา สะอาดเอี่ยม, ปิยะวรรณ กิ่งโพธิ์, จันทร์จิรา วงศ์ขมทอง.(2562). ผลของการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนต่อความแม่นยำในการคัดกรอง โรงพยาบาลกุมภวาปี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(2):112-21.
7. พิมพา วีระคำ, คัคนนันทร์ วิริยาภรณ์ประภาส, ศิริพร จักรอ้อม, พิชญุตม์ ภิญโญ.(2562). ประสิทธิผลของการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage ต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สาย. วารสารกรมการแพทย์. 2562;44(5):70-4.
8. สุภัทรา เทพสิทธา, ชนัญชิดา เนียมประยูร, ศุภกานต์ ปทุมสูติ.(2564). ผลของรูปแบบการพยาบาลคัดกรองแบบ STAR ต่อความแม่นยำในการคัดกรองผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ. วารสารพยาบาลสาร. 2564;48(3):71-83.
9. สุมาลี จักรไพศาล, จินตนันท์ สิทธิประชาราษฎร์, ชฎาภรณ์ เปรมปรามอมร, ณัฐนันท์ มาลา.(2563). การพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้และความสามารถในการคัดกรองระดับความรุนแรงผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี. วารสารกองการพยาบาล. 2563;47(2):46-70.
10. Bloom, B. M. (1968). Learning for Mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs, 1, 1-12.
11. Nadler L.(1980). Corporate human resource development: A management tool. Houston: Gulf Publishing Company.

12. Knowles MS.(1980). The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy. Cambridge: Cambridge Book Company.
13. สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย.(2022). แนวทางเวชปฏิบัติฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย.
14. Benner P.(1984). From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley.
15. IBM Corp.(2021). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2021.
16. Hinson JS, Martinez DA, Oladipo A, Ogunbamowo T, Akhabue E, Camp EA, et al.(2021). Undertriage of emergency department patients with sepsis: A retrospective cohort study. Ann Emerg Med. 2021;77(4):423-31.
17. Tay S, Wee CP, Sadarangani SP, Ang M.(2022). Accuracy of nurse triage decisions in the emergency department of an acute care hospital in Singapore. Int Emerg Nurs. 2022;60:101130.

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึก ในโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

Effectiveness of using guidelines for preparation anesthesia services in Phen Hospital Udonthani Province.

(Received: December 26,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ฐชญ ณรงค์เมธวิน[1]
Tachaya Narongmethawin[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน และผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 33 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก CVI= 1 แบบสอบถามความรู้ KR-20 = 0.88 แบบสอบถามการปฏิบัติการเตรียมความพร้อม alpha = 0.81 และความพึงพอใจ alpha =0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed Ranks Test และ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึก โดยใช้วงจร PDCA ผลการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึก ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ก่อนได้รับบริการทางวิสัญญี สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง คลายความวิตกกังวลขณะรอการเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด หลังพัฒนาพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการมีความรู้ในปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึกโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z= -2.023, p=0.043) มีคะแนนการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z= -1.826, p=0.068)และ หลังพัฒนา พยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง เฉลี่ย 27.25 (S.D.= 1.98) ผลการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.9 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 21.2 เคยผ่าตัดในอดีต คือ Cesarean section ร้อยละ 9.1 และหลังพัฒนาผู้ป่วยมีความพึงพอใจการให้บริการของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เฉลี่ย 11.42 (S.D.=3.76)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการ การระงับความรู้สึก

Abstract

This action research aimed to study the effectiveness of using guidelines for preparation before providing anesthesia services in Pen Hospital Udon Thani Province. Between October and December 2024, 2 sample groups were 8 professional nurses and 33 surgical patients. Research tools were guidelines for preparing before administering anesthesia CVI= 1, knowledge questionnaire KR-20 = 0.88, preparation practice questionnaire alpha = 0.81, and satisfaction alpha = 0.84. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon Signed Ranks Test and Paired t-test.

Results: It was found that Development of guidelines for preparation before providing anesthesia services using the PDCA cycle, development results found that patients receive physical, mental, emotional, and social preparation before receiving anesthesia services. Able to take care of oneself properly relieve anxiety while waiting to transferred into the operating room. After developing professional nurses, service providers' knowledge in preparation procedures before providing anesthesia services increased overall statistically significant (Z= -2.023, p=0.043). There was an increase in the overall score of preparatory operations before

[1] พย.บ.โรงพยาบาลเพ็ญ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

providing services. Statistically significant (Z= -1.826, p=0.068) and after development, nurses had overall satisfaction at a high level, averaging 27.25 (S.D.=1.98). The results of patient care revealed that the majority of patients were female, 87.9%, had chronic diseases such as diabetes 21.2%, had surgery in the past, namely Cesarean section 9.1%, and after improving the patients were overall satisfied with the service of the personnel. At a moderate level, the average was 11.42 (S.D.=3.76).

Keywords: Guidelines, Preparation Services, Anesthesia

บทนำ

การบริการพยาบาลวิสัญญี เป็นบริการพยาบาลผู้ป่วยที่รับบริการทางวิสัญญี โดยให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี ระยะให้บริการทางวิสัญญี และระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาลผ่าตัดและทีมแพทย์ผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลนอกจากมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลแล้ว จำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญเฉพาะด้านบริการทางวิสัญญี ตั้งแต่ขนาดยาและวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแต่ละชนิดรวมทั้งการถอนยาระงับความรู้สึก เพื่อให้การผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละรายฟื้นมาอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนวิสัญญีจะทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและมีความมั่นใจในความปลอดภัยก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึก พยาบาลถือเป็นบุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา สามารถส่งเสริม กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในทีมสุขภาพ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อภาวะวิกฤตนั้นได้[1] โรงพยาบาลเพ็ญ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญี มีอัตรากำลัง เป็นวิสัญญีพยาบาล จำนวน 3 คน และพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 5 คน มีศัลยแพทย์ 1 คน สูติแพทย์ 2 คน แพทย์ทั่วไปที่สามารถผ่าตัดได้ 1 คน และไม่มีวิสัญญีแพทย์[2]

นอกจากนี้ปัญหาการปฏิบัติทางการพยาบาลวิสัญญี ได้แก่ ไม่มีวิสัญญีแพทย์ควบคุมกำกับดูแลในการให้บริการในทางวิสัญญี โดยเฉพาะในรายผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ASA PS (American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical status (PS) Classification) ระดับ 3 ขึ้นไป แต่มีความจำเป็นต้องให้บริการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด อัตรากำลังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ไม่สัมพันธ์กับภาระงานตามมาตรฐานบริการ จึงส่งผลให้มาตรฐานการปฏิบัติงานในบางส่วนลดลง จากการสำรวจปัญหาการปฏิบัติทางการพยาบาลวิสัญญี ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ หลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยพบจำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการ Re-Intubation หลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ในโรงพยาบาลเพ็ญ ปีงบประมาณ 2566 เท่ากับ 2 ครั้ง 2) ผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด โดยพบจำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดในโรงพยาบาลเพ็ญ ปีงบประมาณ 2566 เท่ากับ 1 ครั้ง 3) ผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก โดยไม่ได้วางแผน โดยพบจำนวนอุบัติการณ์ผู้ผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก ในโรงพยาบาลเพ็ญ ปีงบประมาณ 2566 เท่ากับ 1 ครั้ง[2]

การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ ในงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลเพ็ญ โดยมีกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลเพ็ญ ขึ้น นำมาใช้ในการศึกษาเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพได้มาตรฐาน ทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและสามารถปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสมตลอดการเข้ารับการผ่าตัดจนถึงการกลับไปอยู่ที่บ้านอย่างปลอดภัยและมีสุขภาพที่

ดีเพิ่มขึ้น จึงได้ทำการศึกษา ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ดังนี้

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ความรู้การปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วย การปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก และความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วย

2. ผลการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการบริการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ศึกษาในโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2567

ประชากรที่ศึกษา ตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน คือ ศึกษาพยาบาลวิชาชีพ อายุ 20-60 ปี ที่รับผิดชอบงานบริการผู้ป่วยผ่าตัดในโรงพยาบาลเพ็ญ ขึ้นปฏิบัติงาน ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2567 และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

2. กลุ่มผู้ป่วย จำนวน 33 คน ใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มประชากรที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน[4]

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดการศึกษา และไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. กลุ่มผู้ป่วย ที่มีภาวะวิกฤติต้องดูแลต่อเนื่องอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อร้ายแรงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยอื่น เช่น วัณโรคปอด และโรคเอดส์ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชุด เครื่องมือ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.1 แนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึกของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี[3] ประกอบด้วย 8 มาตรการ ได้แก่ 1) แจ้งวัตถุประสงค์ 2) การตรวจร่างกาย 3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4) การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 5) การปรึกษาอายุรแพทย์ 6) การแบ่งระดับสภาพร่างกาย 7) คำแนะนำในการปฏิบัติตัว 8) แผนการในการให้ยาระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อน

1.2 โปรแกรมความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก 9 ด้าน ได้แก่ 1) การเตรียมด้านจิตใจ 2) การเตรียมด้านร่างกาย 3) การปฏิบัติตัว 4) การลดความวิตกกังวล 5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 6) การบริหารร่างกาย 7) การเคลื่อนไหว 8) การลุกนั่ง 9) การดูแลตนเองที่บ้าน

. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้การปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก จำนวน 20 ข้อ การศึกษาเกี่ยวกับความรู้การปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก ได้แก่ ความรู้ด้านการบันทึกการเยี่ยม การประเมินความวิตกกังวล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเลื่อนในเคสนัดผ่าตัด (elective case) และการเตรียม ความพร้อมและแก้ไขก่อนผ่าตัด การตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดไม่ได้คะแนน การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 20 คะแนน แบ่งค่าร้อยละเป็น 3 ระดับ[5] คือ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (< 12 คะแนน) ระดับต่ำ ได้คะแนนร้อยละ 60-79 (12-16 คะแนน) ระดับพอใช้ ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (17 คะแนนขึ้นไป) ระดับดี

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก จำนวน 23 ข้อ ประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติ การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี[3] การศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลแนวปฏิบัติ 8 ด้าน ประกอบด้วย 1) แจ้งวัตถุประสงค์ 2) การตรวจร่างกาย 3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4) การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 5) การปรึกษาอายุรแพทย์ 6) การแบ่งระดับสภาพร่างกาย 7) การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว 8) แผนการในการให้ยาระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อน การตอบ คือ 1 = ปฏิบัติ, 0= ไม่ปฏิบัติ การแปลผลคะแนนรวม 23 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[6] ดังนี้ ระดับต่ำ (คะแนน 0.0 - 7.33) ระดับปานกลาง (คะแนน 7.34 – 14.66) ระดับสูง (คะแนน 14.67 - 23.0)

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ เกี่ยวกับความพึงพอใจ เช่น เนื้อหาขั้นตอนการรักษา โรค อาการ ขั้นตอนการรักษาทั้งก่อน ขณะและหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์แวดล้อมที่คุกคาม ความมั่นใจในทีมสุขภาพ ความเหมาะสมของการอธิบายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องประสบและการปฏิบัติตัวโดยทั่วไปก่อนผ่าตัด เป็นต้น การตอบเป็น rating scale 1-5[7] คือ 1=น้อยที่สุด 2=น้อย 3=ค่อนข้างมาก 4=มาก 5=มากที่สุด แปลผลคะแนนเฉลี่ย 45 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[6] คือ ระดับต่ำ (คะแนน 8.0 – 13.0) ระดับปานกลาง (คะแนน 13.01 – 26.0) ระดับสูง (คะแนน 26.01 - 40.0)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ/การทำงาน โรคประจำตัว ยาที่รับประทานประจำ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเคยผ่าตัดในอดีต

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการบริการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับความพึงพอใจ เช่น เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใสเป็นกันเอง ขั้นตอนการเข้ารับบริการ ข้อมูลขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นต้น การตอบเป็น rating scale 1-5[7] คือ 1=น้อยที่สุด 2= น้อย 3=ค่อนข้างมาก 4=มาก 5=มากที่สุด แปลผลคะแนนเฉลี่ย 45 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[6] คือ ระดับต่ำ (คะแนน 5.0-8.0) ระดับปานกลาง (คะแนน 8.01-16.0) ระดับสูง (คะแนน 16.01-25.0)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความตรงที่ได้ไม่สามารถแสดงได้ด้วยค่าสถิติหรือ คำนวณออกมาเป็นตัวเลข แต่เป็นความเห็นพ้องต้องกันของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน การวิจัยครั้งนี้ คือ ข้อมูลดูแลผู้ป่วย ค่า CVI = 1 การหาค่าอำนาจจำแนกความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ได้ค่า KR-20 = 0.88 การหาค่าเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ทำการปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง ผลการทดสอบค่าเชื่อมั่น (alpha) ดังนี้ แบบสอบถามการปฏิบัติการเตรียมความพร้อม = 0.81 และความพึงพอใจ =0.84

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างจริง รับข้อมูลแบบสอบถามกลับ ตรวจสอบความถูกต้องลงรหัสทำการวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ โดยสถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t – test และ Wilcoxon Signed Ranks Test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 1568 วันที่ 21 ตุลาคม 2567

ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึก โดยใช้วงจร PDCA พบว่า ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึก ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ก่อนได้รับบริการทางวิสัญญี สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง คลายความวิตกกังวลขณะรอการเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

ปัญหาการพยาบาลเดิม	ผลการพัฒนา
1. ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ หลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยพบจำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการ Re-Intubation หลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ในโรงพยาบาลเพ็ญ ปีงบประมาณ 2566 เท่ากับ 2 ครั้ง 2. ผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด โดยพบจำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดในโรงพยาบาลเพ็ญ ปีงบประมาณ 2566 เท่ากับ 1 ครั้ง	กระบวนการพัฒนาโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA ดังนี้ การวางแผนการปรับปรุง (plan) การปฏิบัติตามแผน (do) การตรวจสอบผลการปฏิบัติ (check) และการดำเนินการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (act) การนำแผนไปปฏิบัติ 1 ครั้ง ระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยทีมพัฒนาคุณภาพประชุมทีมผู้ปฏิบัติ เพื่อชี้แจงรายละเอียดการปฏิบัติ แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี 8 มาตรการ ประกอบด้วย 1. แจ้งวัตถุประสงค์ในการตรวจเยี่ยม 2. การตรวจร่างกาย เช่น การตรวจสภาพร่างกายโดยทั่วไป ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ รวมทั้ง อายุ น้ำหนัก ส่วนสูงภาวะซีด ภาวะขาดน้ำ และ ตรวจดูความผิดปกติอื่นๆ ของร่างกาย 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก 4. การเตรียมความพร้อมและแก้ไขก่อนผ่าตัด 6. การแบ่งระดับสภาพร่างกายของผู้ป่วย (physical status) The American Society of Anesthesiologist (ASA) 7. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก 8) อธิบายแผนการในการให้ยาระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อน
3. ผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก โดยไม่ได้วางแผน โดยพบจำนวนอุบัติการณ์ผู้ผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก ในโรงพยาบาลเพ็ญ ปีงบประมาณ 2566 เท่ากับ 1 ครั้ง	โปรแกรมความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด 9 ด้าน ได้แก่ 1. การเตรียมด้านจิตใจให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด ควรผ่อนคลาย ทำจิตใจให้สงบและไม่กังวลหรือเครียดจนเกินไป 2. การเตรียมด้านร่างกายผู้ป่วย 3. การเตรียมร่างกายและการปฏิบัติตัวโดยทั่วไปก่อนผ่าตัด 4. การลดความวิตกกังวล 5. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 6. การบริหารร่างกาย 7. การพลิกตะแคงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกาย 8. การลุกนั่งบนเตียง 9. การดูแลตนเองและปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. ความรู้ในการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึก พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมีความรู้มากที่สุดคือการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด เป็นบริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วย invasive procedure ต่าง ๆ ที่ต้องกระทำในห้องผ่าตัด ให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น จาก ร้อยละ 62.5 เป็น ร้อยละ 100 รองลงมาคือผู้ป่วยฉุกเฉิน การส่งตรวจให้ส่งด่วน เพื่อให้ได้ผลภายใน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง จากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 100 และน้อยที่สุดคือการประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral Measure of Anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลโดยเปรียบเทียบด้วยสายตา จากร้อยละ 12.5 เป็นร้อยละ 25 ตามลำดับ

คะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัว พบว่า หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z= -2.023, p=0.043)

3. การปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึก พบว่า หลังพัฒนาพยาบาลมีคะแนนการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการมากที่สุดคือ แนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ หยุดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัด 4-8 สัปดาห์ หยุดดื่มสุราก่อนผ่าตัด 2-8 สัปดาห์ หรือเริ่มงดสูบบุหรี่ทันทีที่ทำได้ จากร้อยละ 62.5 เป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด การหายใจ การรักษาความสะอาดร่างกาย การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน อาการผิดปกติที่มาพบแพทย์ จากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 100 และน้อยที่สุดคือ ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกตามแนวทางการให้ข้อมูลของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ.2562 จากร้อยละ 12.5 เป็นร้อยละ 25 ตามลำดับ

คะแนนการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย พบว่า คะแนนการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z= -1.826, p=0.068)

4. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึก พบว่า หลังพัฒนา พยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง 27.25±1.98 โดยพยาบาลมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ความเหมาะสมของการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติของผู้ป่วยในการเตรียมร่างกายและการปฏิบัติตัวโดยทั่วไปก่อนผ่าตัด และ การให้ข้อมูลซ้ำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด และได้รับยาระงับความรู้สึก 3.88±0.64 รองลงมาคือเนื้อหาขั้นตอนการรักษา โรค อาการขั้นตอนการรักษาทั้งก่อน ขณะและหลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย 3.75±0.46 และน้อยที่สุดคือ คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาเพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเข้าใจในผู้ป่วยถึงขั้นตอนการดูแลตนเองในระยะแรกหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก 2.63±0.74 ตามลำดับ

5. ผลการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.9 อายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 63.6 มีงานทำ-มีรายได้ ร้อยละ 78.8 โรคประจำตัวเบาหวาน ร้อยละ 21.2 สูบบุหรี่ 1-2 มวนต่อวัน ร้อยละ 3 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 24.2 เคยผ่าตัดในอดีต Cesarean section ร้อยละ 9.1

ความพึงพอใจต่อการบริการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด พบว่า หลังพัฒนา ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (11.42±3.76) โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ การได้รับคำตอบในข้อซักถามที่สงสัยการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 2.48±1.34 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่แนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติเมื่อกลับบ้าน การมาตรวจตามนัด อาการที่ต้องมาก่อนนัด อาหาร ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2.39±1.11 และน้อยที่สุดคือการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับชนิดและขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก

และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น 1.97±1.10 ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึก ในโรงพยาบาลเพ็ญ โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA ดังนี้ การวางแผน (plan) การปฏิบัติการ (do) การตรวจสอบผล (check) และการดำเนินการปรับปรุง (act) โดยมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้บริการทางวิสัญญี เพื่อวางแผนการคุ้มครองภาวะสุขภาพจากอันตรายทั้งด้านร่างกายและจิตใจร่วมกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ผลการพัฒนาได้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึก 8 มาตรการ ประกอบด้วย 1) แจ้งวัตถุประสงค์ในการตรวจเยี่ยม 2) การตรวจร่างกาย 3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4) การเตรียมความพร้อม 5) เกณฑ์ในการปรึกษาอายุรแพทย์ 6) การแบ่งระดับสภาพร่างกาย ตาม The American Society of Anesthesiologist (ASA) 7) ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก 8) อธิบายแผนการในการให้ยาระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งการจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 9 ด้าน ได้แก่ 1) การเตรียมด้านจิตใจ 2) การเตรียมด้านร่างกาย 3) การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 4) การลดความวิตกกังวล 5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 6) การบริหารร่างกาย 7) การพลิกตัว 8) การลุกนั่ง 9) การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากผลการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึก ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ก่อนได้รับบริการทางวิสัญญี สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง คลายความวิตกกังวลขณะรอการเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลระยะให้บริการระงับความรู้สึกที่มีความสอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนีย์ บุญวานิตย์ และคณะ[8] การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปพบว่า อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมประเมินก่อนการระงับความรู้สึกและหลังการระงับความรู้สึก ร้อยละ 100 และไม่เกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน

2. ความรู้ในการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึก พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมีความรู้มากที่สุดคือการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด เป็นบริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วย invasive procedure ต่าง ๆ ที่ต้องกระทำในห้องผ่าตัด ให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น รองลงมาคือผู้ป่วยฉุกเฉิน การส่งตรวจให้ส่งด่วน เพื่อให้ได้ผลภายใน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และน้อยที่สุดคือการประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นการประเมินความวิตกกังวลโดยเปรียบเทียบด้วยสายตา ตามลำดับ และหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามมาตรฐานการตรวจสอบความปลอดภัยตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก พบว่า หลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทีมพยาบาลวิชาชีพ มีการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยก่อนการผ่าตัดเพิ่มขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก[9]

3. การปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึก พบว่า หลังพัฒนาพยาบาลมีคะแนนการปฏิบัติการเตรียมความพร้อม

ก่อนให้บริการมากที่สุดคือ แนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ หยุดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัด 4-8 สัปดาห์ หยุดดื่มสุราก่อนผ่าตัด 2-8 สัปดาห์ หรือเริ่มงดสูบบุหรี่ทันทีที่ทำได้ รองลงมาคือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด การหายใจ การรักษาความสะอาดร่างกาย การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน อาการผิดปกติที่มาพบแพทย์ และน้อยที่สุดคือ ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกตามแนวทางการให้ข้อมูลของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ.2562 จากร้อยละ 12.5 เป็นร้อยละ 25 ตามลำดับ มีคะแนนการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและหลังพัฒนาพยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจาก การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลเพ็ญ โดยใช้วงจร PDCA นี้ โดยมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้บริการทางวิสัญญี เพื่อวางแผนการคุ้มครองภาวะสุขภาพจากอันตรายทั้งด้านร่างกายและจิตใจร่วมกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลระยะให้บริการระงับความรู้สึกที่มีความสอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี เบญจพลากร และคณะ[10] การพัฒนาการบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก พบว่า หลังจากนำระบบการบริการพยาบาลไปใช้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ ยุพิน บุญปถัมภ์ และคณะ[11] ศึกษาผลของการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยได้รับบริการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกมีความพร้อมผ่าตัดเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ผลการดูแลผู้ป่วย พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ การได้รับคำตอบในข้อซักถามที่สงสัยการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่แนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติเมื่อกลับบ้าน การมาตรวจตามนัด อาการที่ต้องมาก่อนนัด อาหาร ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และน้อยที่สุดคือการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับชนิดและขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึกด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ก่อนได้รับบริการทางวิสัญญี ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลระยะให้บริการระงับความรู้สึกที่มีความสอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจการรับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาภรณ์ ศรีเมือง[12] การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยระยะเตรียมการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ พบว่า ภายหลังได้รับความรู้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการประเมินการเฝ้าระวังผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบ สามารถช่วยวางแผนการระงับความรู้สึกผู้ป่วยได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Oudkerk et al[13] การศึกษาโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดปิดผนังกั้นหัวใจห้องบน พบว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านคุณภาพบริการ ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อม

ผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกที่พัฒนานี้ ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติให้มีความรู้และทักษะอย่างเพียงพอเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และการตอบสนองความต้องการที่ควรปฏิบัติทีละขั้นตอน ซึ่งพยาบาลต้องวางแผนติดตามการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดในแต่ละวันตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

2. ด้านผู้รับบริการ ควรมีการนำแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึกนี้ไปปรับใช้กับผู้ป่วยเฉพาะรายโรค เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

3. ด้านวิชาการ หลังการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึกนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและมีความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ควรนำแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการระงับความรู้สึกที่พัฒนานี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล อาจนำไปใช้กับหน่วยงานอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเพ็ญ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยการติดตามระยะยาวเกี่ยวกับสภาพการดำเนินงานตามรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดในผู้สูงอายุเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่สูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึก และควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึก

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน, กัลยา อุ่นรัตนะ.(2565). ผลของการให้ข้อมูลสารสนเทศผ่านสื่อวิดิทัศน์ชุดเที่ยวชมห้องผ่าตัด ต่อระดับความวิตกกังวลก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า ณ คลินิกวิสัญญีสรรพสิทธิ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565; 31(1): 80-88.
2. โรงพยาบาลเพ็ญ.(2566). ข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ปีงบประมาณ 2566. [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 8 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก: http://www.phenhospital.go.th
3. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.(2560). คำแนะนำก่อนผ่าตัด: การเตรียมตัวก่อนการระงับความรู้สึก. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. [อินเตอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2566]. เข้าถึงจาก: https://www.rama.mahidol.ac.th
4. อรุณ จิรวัฒน์กุล.(2557). สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
5. Bloom BS, Madaus GF, & Hastings JT.(1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill.
6. Best JW.(1977). Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.
7. Likert R.(1967). "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son.
8. ทัศนีย์ บุญวานิตย์, ชนิกานต์ พละศักดิ์, คำปิ่น แก้วกนก, ศรินรา ทองมี, สกุณา รุ่งเรือง.(2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลภายใต้การระงับความรู้สึก แบบทั่วไป โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วารสารกองการพยาบาล 2564; 48(2): 106-22.
9. ศรีนวล องค์ประเสริฐ.(2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามมาตรฐานการตรวจสอบความ ปลอดภัยตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(3): 125-30.
10. มาลี เบญจพลากร, ศรีสุดา ไล้ทองคำ, เสาวนีย์ ชนะพาล, นิสา ครุฑจันทร์, จุฬาลักษณ์ ปิ่นวัฒนะ.(2566). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2566; 24(2): 81-97.

11. ยุพิน บุญปถัมภ์, จงกลนี ดาววิจิตร, อรุณีย์ ไชยชมภู.(2564). ผลของการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่คลินิกวิสัญญีต่อการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกอย่างน้อย 1 วันก่อนผ่าตัดและการงดเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(4): 706-16.
12. จุฬาภรณ์ ศรีเมือง.(2565). ผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับสื่อวีดีทัศน์ต่อความรู้และความวิตกกังวล ในผู้ป่วยระยะเตรียมการผ่าตัดต่อมไทรอยด์แผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2565; 30(3): 387-98.
13. Oudkerk Pool MD, Hooglugt JLQ, Kraaijeveld AJ, et al.(2022). Pre-procedural virtual reality education reduces anxiety in patients undergoing atrial septal closure – Results from a randomized trial. International Journal of Cardiology Congenital Heart Disease. 2022; 7: 100332. doi:10.1016/j.ijcchd.2022.100332

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

The Effects of Pre- and Postoperative Breast Visiting Program on Knowledge, Anxiety, and Satisfaction of Breast Cancer Patients at Sawangdandin Crown Prince Hospital.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

สุนัน พันธะสา[1] สุรีพร จรกรรณ์[1]
Sunan Phuntasa[1] Sureeporn jorrakan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมต่อความรู้ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2568 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเอง แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบใช้ Paired t - test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}$=15.16, S.D.=1.84 vs $\bar{X}$=18.96, S.D.=1.46; t=-10.970, p<0.001) และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}$=28.80, S.D.=5.03 vs $\bar{X}$=22.72, S.D.=2.91; t=5.906, p<0.001) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเต้านม และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.73, S.D.=0.59)

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม, การผ่าตัด, การเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of pre- and postoperative breast visiting program on knowledge, anxiety, and satisfaction of breast cancer patients at Sawangdandin Crown Prince Hospital, Sawang Daen Din district, Sakon Nakhon province. The sample group consisted of 25 newly diagnosed breast cancer patients scheduled for mastectomy at Sawangdandin Crown Hospital between July and October 2025, purposive sampling of the sample. Data collection instruments included the questionnaire of; general information, self-care knowledge, anxiety, satisfaction of the program, and recording form of postoperative complication. The experimental instrument was the pre- and postoperative breast visiting program. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. The comparative parametric statistics used paired t-test.

The results showed that the sample group had significantly higher mean scores on self-care knowledge after receiving the program than before ($\bar{X}$=15.16, S.D.=1.84 vs $\bar{X}$=18.96, S.D.=1.46; t=-10.970, p<0.001). And mean score on anxiety after receiving the program was significantly lower than before ($\bar{X}$=28.80, S.D.=5.03 vs $\bar{X}$=22.72, S.D.=2.91; t=5.906, p<0.001). No complications were found after mastectomy, and overall satisfaction with the pre- and post-operative visiting program was high.

Keyword: Breast cancer, surgery, pre- and postoperative.

[1] โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญทั่วโลก โดยเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิงทั้งในระดับประเทศและระดับโลก จากข้อมูลสถิติมะเร็งทั่วโลกในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 2,296,840 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้จำนวน 666,103 ราย[1] คาดการณ์ว่าในปี 2593 ตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 3.2 ล้านรายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตถึง 1.1 ล้านรายต่อปี หากไม่มีมาตรการป้องกันและการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2565 หญิงไทยจำนวนมากสุดเป็นโรคมะเร็งเต้านม โดยมีผู้ป่วยทั้งหมด 38,855 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป จำนวน 19,776 ราย รองลงมาคือกลุ่มอายุ 50-59 ปี จำนวน 12,181 ราย ตามด้วยกลุ่มอายุ 40-49 ปี จำนวน 5,177 ราย[2] ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปีเดียวกันพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะต่างๆ โดยระยะที่พบมากที่สุดคือ ระยะที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 28.9 รองลงมาคือระยะที่ 3 ร้อยละ 20.3 ระยะที่ 2 ร้อยละ 17.2 และระยะที่ 1 ร้อยละ 9.4 ส่วนระยะที่ไม่ทราบระบุร้อยละ 24.2[3]

การรักษามะเร็งเต้านมในระยะที่ 1-3 ส่วนใหญ่มักเป็นการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนมะเร็งออก ซึ่งสามารถแบ่งเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ คือ การผ่าตัดโดยสงวนเต้านม (Breast-Conserving Surgery, BCS) และการตัดอวัยวะเต้านมออกทั้งหมด (Mastectomy)[4] อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดเป็นการรักษาที่มีผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยมักรู้สึกว่าส่งผลต่อความปลอดภัยและความไม่แน่นอนในการฟื้นฟูสุขภาพว่าสิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดจะนำไปสู่การหายสนิทหรือไม่[5] นอกจากความเจ็บป่วยทางกายแล้ว ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการรักษา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรู้สึกวิตกกังวลร้อยละ 48.71 สมาธิลดลงร้อยละ 25.64 และพบการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ร้อยละ 20.51[6] โดยเฉพาะความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น ความกลัวภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมถึงความกลัวเสียชีวิตในระหว่างการผ่าตัด[7,8,9,10] อาจทำให้ผู้ป่วยไม่พร้อมต่อการเข้ารับการผ่าตัด ส่งผลให้เกิดการงดหรือเลื่อนผ่าตัด เพิ่มความเสี่ยงของการลุกลามของโรคและกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยได้

มีการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดส่งผลต่อร่างกายทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น และอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อีกทั้งยังส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปได้ช้า ปวดแผลมาก และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆหลังผ่าตัดได้ เช่น แผลติดเชื้อ เพราะความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าจะไปกดการทำงานของร่างกายทำให้เกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systematic inflammatory response syndrome[SIRS]) และการติดเชื้ออาจรุนแรงขึ้นจนกระทั่งติดเชื้อในกระแสเลือดหรือเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) และอาจเสียชีวิตได้[11] ความวิตกกังวลจึงกลายเป็นปัจจัยขัดขวางกระบวนการรับรู้และการตัดสินใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาการทรุดลง ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนานและทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นตามไปด้วย[12] ดังนั้นในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยควรได้รับการประเมิน การวางแผนการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ขั้นตอนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงทราบเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ระหว่างการผ่าตัด ในขณะเดียวกันการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยควรได้รับการดูแลแบบองค์รวม[13]

พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด ลักษณะการพยาบาลผ่าตัดแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดเพื่อตอบสนองต่อความต้องการทั้ง

ของผู้ป่วยและครอบครัว[14] ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดปัญหาที่พบส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล[15] ความเครียดและความหวาดกลัว สาเหตุส่วนใหญ่มาจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องหรือปฏิเสธความเจ็บป่วย[16] การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด (Preoperative and postoperative visit) เป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติสืบต่อกันมานานกว่า 20 ปี พยาบาลห้องผ่าตัด นอกจากจะมีความรู้และทักษะความชำนาญในด้านการส่งเครื่องมือผ่าตัดแล้ว ยังให้ความสำคัญในการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน[17] การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เป็นการให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายกับผู้ป่วย เพราะหากผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้องอาจมีผลต่อการถูกเลื่อนการผ่าตัด เพิ่มจำนวนวันที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านการรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจโดยมีการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานการณ์ในห้องผ่าตัดที่ต้องเผชิญ รวมทั้งค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อใช้เป็นแนวทางให้คำแนะนำในการปรับตัวของผู้ป่วยและส่งเสริมวิธีการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้สามารถข้ามผ่านสถานการณ์วิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและสังคม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้และการอธิบายอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพนั้นมีส่วนสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม[18] สำหรับการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยเป็นการประเมินผลลัพธ์หลังให้การพยาบาลขณะผ่าตัดหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด หากพบปัญหา พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทในการติดต่อประสานงานกับทีมที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดพร้อมลงบันทึกในเอกสารของหน่วยงาน เพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไขและป้องกันอุบัติการณ์ซ้ำ[14,18]

มีการศึกษาวิจัยพบว่าผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดก้อนเนื้องอกแบบไม่พักค้างในโรงพยาบาลได้[19] และการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกับและทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนการปฏิบัติตัวสูงขึ้น[20] อีกทั้งยังพบว่าโปรแกรมการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ ทำให้ผู้ป่วยความรู้ในการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมาก และผลการติดตามหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด[21] แนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้า[22] มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการบริการและทรัพยากร และด้านการประเมินค่า การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านนี้ ส่งผลต่อการดูแลตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด หากได้รับคำแนะนำการฝึกฝนทักษะ ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากบุคลากรทางการแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้ดี[21]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด S เปิดให้บริการรักษาพยาบาลด้วยการผ่าตัด ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน จากสถิติปีงบประมาณ 2565-2567 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 108 คน เฉลี่ยปีละ 36 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมก่อนผ่าตัดทุกราย โดยพยาบาลห้องผ่าตัด แต่ไม่มีการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด การดำเนินงานเยี่ยมก่อนผ่าตัดที่ผ่านมาประกอบด้วย การเยี่ยมเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน จากการศึกษานำร่องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีแผนเข้ารับการผ่าตัดจำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดร้อยละ 50 และจากการทบทวน

เวชระเบียนย้อนหลังระหว่างปี 2565-2567 พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ แผลอักเสบ ร้อยละ 5.5 พบอาการบวมบริเวณใต้ผิวหนังที่เกิดจากการคั่งของเลือดและน้ำเหลือง ร้อยละ 11.11 ภาวะการอุดตันของท่อระบายสิ่งคัดหลั่ง ร้อยละ 10 จากการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับทีมพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่า รูปแบบการเยี่ยมและการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดยังมีรูปแบบไม่ชัดเจน พยาบาลห้องผ่าตัดยังปฏิบัติการให้ข้อมูลและเยี่ยมติดตามไม่เป็นแนวทางเดียวกัน อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอหรือครบถ้วน ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและจัดทำโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด และนำมาทดลองใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและครอบคลุมการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมต่อความรู้ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการติดตามเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด

2) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการติดตามเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด

3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด

4) เพื่อศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด

สมมติฐาน

1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด

2) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด

3) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

4) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มทดสอบก่อนและหลังทดลอง การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์[22] มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อนำไปใช้เป็นทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมหรือแก้ไขปัญหา 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการแสดงออกถึงการดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจเพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน 3) การสนับสนุนการบริการและทรัพยากร การจัดสิ่งแวดล้อมหรือบริการต่างๆเพื่ออำนวยความสะดวก และ 4) การ

สนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยการยอมรับเพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเองและมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านนี้ ส่งผลต่อการดูแลตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด หากได้รับคำแนะนำ การฝึกฝนทักษะ ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากบุคลากรทางสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้ดี[21]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ในระหว่างดำเนินการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ในระหว่างดำเนินการศึกษา ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เพศหญิง 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 3) สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นอีสานได้ดี 4) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ 5) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่แพทย์ลงความเห็นให้เปลี่ยนแผนการรักษาด้วยวิธีการอื่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่อยู่ในภาวะวิกฤติหรือคุกคามต่อชีวิตที่ต้องเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น หรือกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการศึกษา

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power version 3.1 โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากสถิติที่เลือกใช้งานคือ T-test ทดสอบแบบสองทาง ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง มาตรวัดอันตรภาคชั้นขึ้นไป (Interval scale or Ration scale) กำหนดค่า Effect size d ตามคำแนะนำของ Cohen[23] กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เท่ากับ 0.80 ค่าวิกฤติเท่ากับ 0.05 Power of test (1-β) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน[24] เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropped out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ตามสูตรดังนี้[25]

$$n_{adjust} = \frac{n}{(1-R)}$$

$$n_{adjust} = \frac{23}{(1-0.05)} = 24.21$$

n ~ 25 ราย

n_{adjust} = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n = ขนาดตัวอย่างที่ได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

R = สัดส่วนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากการติดตาม

จากผลการคำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่างที่เพิ่ม dropout rate 5% เป็นจำนวน 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคร่วม ระยะของโรค ชนิดการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเต้านม ประยุกต์มาจากการศึกษาของสุวารี บุตรกระจ่าง[21] เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด การดูแลตนเองหลังผ่าตัด การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน เป็นต้น ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้ดีกว่าคะแนนรวมต่ำ เกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้การพิจารณาแบ่ง

ระดับคะแนนอิงจากหลักเกณฑ์ของ Bloom[26] แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 16 - 20 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (ช่วงคะแนน 12 - 15 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0 - 11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวล สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นการสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์การเข้ารับการผ่าตัดเต้านมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นสิ่งเร้าให้เกิดความวิตกกังวลในขณะนั้น มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ 1 เท่ากับ ไม่เลย 2 เท่ากับ มีบ้างเล็กน้อย 3 เท่ากับ ปานกลาง และ 4 เท่ากับ มาก และ 5 เท่ากับ มากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1 – 50 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงจากหลักเกณฑ์ของ Bloom[26] แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

ความวิตกกังวลสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 40 - 50 คะแนน)

ความวิตกกังวลปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (ช่วงคะแนน 30 - 39 คะแนน)

ความวิตกกังวลต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 1 - 29 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด ประยุกต์มาจากการศึกษาของ Aday and Anderson[27] มีประเด็นคำถามทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเตรียมการ ด้านกระบวนการ ด้านระยะเวลา และด้านสิ่งแวดล้อม จำแนกเป็นข้อคำถาม 10 ข้อ ระดับการให้คะแนนกำหนดไว้ตั้งแต่ 1-5 โดย 5 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางบวกที่สุด และ 1 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางลบที่สุด มาตรวัดข้อมูลแบบอันตรภาคชั้น (Interval Scale) การแปลความหมายค่าคะแนนดังนี้[28]

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

3.51-4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก

2.51-3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

1.51-2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย

1.00-1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด/ไม่พึงพอใจ

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ภาวะน้ำเหลืองคั่งบริเวณแผลผ่าตัด ภาวะข้อไหล่ติด และภาวะแขนบวม ฯลฯ เป็นต้น

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดที่ประยุกต์จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์[22]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม และโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด นำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ3 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมมากว่า 10 ปี 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน แบบสอบถามความรู้ได้ค่า IOC ภาพรวมเท่ากับ 0.91 แบบสอบถามความวิตกกังวลได้ค่า IOC ภาพรวมเท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามความพึงพอใจได้ค่า IOC ภาพรวมเท่ากับ 0.97 2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ แบบวัดความวิตกกังวล และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด นำไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินในจังหวัดสกลนคร จำนวน 20 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ และพบว่าแบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองได้ค่า Kr-20 เท่ากับ 0.79 ส่วนแบบวัดความวิตกกังวลและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ ครอนบาคเท่ากับ 0.86 และ 0.92 ตามลำดับ ซึ่งยอมรับได้

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นเตรียมการ

1) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม แนวคิดการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) เขียนเค้าโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

3) หลังได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจึงเก็บข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

ขั้นดำเนินการ

1) ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วย หอผู้ป่วย และเตียงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมจากตารางการผ่าตัด

2) ติดตามเยี่ยมก่อนผ่าตัด 1 วัน โดยดำเนินกิจกรรมการเยี่ยมดังต่อไปนี้

2.1) พยาบาลห้องผ่าตัดเข้าเยี่ยมผู้ป่วย แนะนำตัว อธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และอธิบายขั้นตอนโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา และหากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการศึกษาจึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

2.2) เก็บข้อมูลตามสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด พร้อมทั้งวัดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มดำเนินการทดลอง

2.3) ประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านม สอบถามประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันที่มาผ่าตัด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา ตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยประเมินศีรษะจรดปลายเท้า และตรวจสอบรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจทางรังสี และการตรวจพิเศษอื่นๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนผ่าตัด ประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วยพร้อมทั้งค้นหาปัจจัยเสี่ยงและข้อจำกัดของผู้ป่วยเพื่อนำไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัดร่วมกับทีมผ่าตัด และตรวจสอบการลงลายมือชื่อยินยอมรับการผ่าตัดโดยการผ่าตัดตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมทั้งมีพยานลงชื่อกำกับ

2.4) เริ่มขั้นตอนการสนับสนุนทางสังคมสำหรับกลุ่มตัวอย่างตามบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดดังนี้

(1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม โดยอธิบายเกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิดโรค และกระบวนการรักษาโรคด้วยการผ่าตัด อธิบายขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด สิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องพบ/สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด การแต่งกายในห้องผ่าตัด และอุปกรณ์ต่างๆ สภาพภายในห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ต่างๆ บริเวณที่ญาติรอและติดต่อกับห้องผ่าตัด สิ่งที่พยาบาลห้องผ่าตัดให้การพยาบาลขณะรอหน้าห้องผ่าตัด (การซักประวัติซ้ำและอำนวยความสะดวกต่างๆเมื่อผู้ป่วยต้องการ) อธิบายให้ทราบถึงการปฏิบัติตัวในระยะผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด เป็นต้น

(2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นวิธีการลดความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดได้ ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

(2.1) ค้นหาแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทั้งจากตัวผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีโดยการมองไปข้างหน้า การสร้างกำลังใจด้วยตนเอง การตระหนักรู้บนพื้นฐานของความจริง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความปรารถนาหรือความคาดหวังเกี่ยวกับการรักษา โดยขณะให้การพยาบาลแทรกกระบวนการส่งเสริมความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยและต้องหลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวมากยิ่งขึ้น
ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วย

(2.2) ดูแลประคับประคองความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดการสนทนาและการตอบข้อซักถาม สังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสีหน้า การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วย และพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความต้องการเพิ่มเติมของผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลเพิ่มเติมได้อย่างเหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

(2.3) ส่งเสริมความมั่นใจด้านการเผชิญการผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ของการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม แนะนำให้ผู้ป่วยใช้พลังของการคิดบวก และแนะนำให้ผู้ป่วยยึดหลักการอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง และขออนุญาตก่อนให้การพยาบาล เป็นการแสดงออกอย่างให้เกียรติแก่ผู้ป่วย

(2.4) ซักถามเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ โดยการเป็นผู้ฟังที่ดีให้ความสำคัญต่อการฟังและใช้เทคนิคการถามเพื่อสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วยโดยใช้คำพูดที่สุภาพและนุ่มนวล รวมทั้งควรแสดงออกถึงความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยขณะสนทนา

(2.5) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รับฟังปัญหาและความวิตกกังวลของผู้ป่วย ไม่พูดขัดจังหวะหรือพูดตำหนิเพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอายหรือรู้สึกผิด และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

(2.6) สนทนากับผู้ป่วยอย่างเป็นกันเอง ร่วมกับใช้เทคนิคการสัมผัสอย่างนุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจในขณะบอกเล่าข้อมูล

(2.7) สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบการดูแลของทีมผ่าตัดและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาที่เข้ารับบริการในห้องผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพังขณะผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

(3) การสนับสนุนด้านการบริการ สอนให้ผู้ป่วยได้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายร่างกาย ร่วมกับเทคนิคการกำหนดลมหายใจ โดยแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าช้าๆและผ่อนลมหายใจออกทางปาก ช่วยลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดภาวะปอดแฟบจากการดมยาสลบ และประสานงานกับทีมผ่าตัดเกี่ยวกับข้อมูลที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและข้อจำกัดของผู้ป่วยเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด และประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

(4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยการทวนสอบด้วยการตั้งคำถามและการสาธิตย้อนกลับเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

2.5) หลังเสร็จกิจกรรมการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยวัดความรู้และความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง
ก่อนนัดเยี่ยมหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง

3) กิจกรรมเยี่ยมหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ตามนัด สอบถามอาการผิดปกติหลังผ่าตัด ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง ทบทวนแนวทางการดูแลตัวเองหลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เปิดโอกาสให้กลุ่ม

ตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย และประเมินความพึงพอใจหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด

4) หลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลการศึกษาต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทดสอบการกระจายของข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติจึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติพื้นฐานความถี่ ร้อยละ 2) ใช้สถิติอนุมาน Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด 3) ใช้สถิติพื้นฐานจำนวน ร้อยละ และการแบ่งระดับตามเกณฑ์ของ Bloom26 เพื่อนำเสนอระดับความรู้ ระดับความวิตกกังวล และระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด 4) ใช้สถิติอัตราส่วนร้อยละในการนำเสนอข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เอกสารเลขที่ SWDCPH 2025-015 ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 40.0 อายุเฉลี่ย 57.08 ปี (S.D.=7.59 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 92.0 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 92.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 52.0 รายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 76.0 ด้านประวัติที่เกี่ยวข้องพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคอื่นร่วม ร้อยละ 52.0 มีประวัติครอบครัวสายตรงเป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 48.0 มีประวัติการฉายแสงใกล้บริเวณเต้านม ร้อยละ 8.0 ไม่ได้รับฮอร์โมน ร้อยละ 100.0 มีประวัติเคยคุมกำเนิด ร้อยละ 96.0 ส่วนใหญ่เป็นการทำหมัน ร้อยละ 52.0 ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.6 - 22.9 kg/m^2 ร้อยละ 36.0 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.52 kg/m^2 (S.D.=4.74 kg/m^2)

ความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเต้านม ก่อนได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความมีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.0 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 32.0 แ ละระดับต่ำ ร้อยละ 4.0หลังได้รับโปรแกรมพบว่าความรู้อยู่ในระดับสูงร้อยละ 96.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 4.00 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t - test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\overline{X}$=15.16, S.D.=1.84 vs $\overline{X}$=18.96, S.D.=1.46; t=-10.970, p<0.001)

ความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ก่อนได้รับโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดเต้านมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 และระดับมาก ร้อยละ 8.0 หลังได้รับโปรแกรมพบว่ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 96.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 4.00 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t - test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\bar{X}$=28.80, S.D.=5.03 vs $\bar{X}$=22.72, S.D.=2.91; t=5.906, p<0.001)

ด้านความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดพบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X}$=3.73, S.D.=0.59) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือด้านกระบวนการอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X}$=3.91, S.D.=0.47) รองลงมาคือ ด้านการเตรียมการอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X}$=3.62, S.D.=0.64) และด้านระยะเวลาอยู่ในระดับพึงพอใจปานกลาง ($\bar{X}$=3.40, S.D.=0.50) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$=3.20, S.D.=0.71)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม จากการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 25 ราย

สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ดังนี้คือเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมต่อความรู้ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดเต้านมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสุวารี บุตรกระจ่าง[21] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมติดตามทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก และส่วนใหญ่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเต้านม และใกล้เคียงกับการศึกษาของฉวีวรรณ มินเทน[29] ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดมีความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ให้การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการศึกษาของมยุรา ศรีศิลป์[20] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลโดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดในการศึกษานี้เป็นการนำองค์ความรู้จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์[22] มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล สำหรับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียมกลุ่มตัวอย่างให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดเต้านมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยการสนับสนุน 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด การดูแลตนเองหลังผ่าตัด 2) ด้านอารมณ์ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี แสดงท่าทีรับฟังความกังวลและความกลัวของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้กำลังใจ 3) ด้านการบริการและทรัพยากร ได้แก่ การสอนปฏิบัติการฝึกหายใจ การบริหารกล้ามเนื้อแขน และการดูแลแผลผ่าตัด และ 4) ด้านการประเมินค่า ได้แก่ การช่วยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความสามารถของตนเองในการรับมือกับโรคและการฟื้นตัวได้อย่างเหมาะสม ส่วนการเยี่ยมหลังผ่าตัดเป็นการประเมินสภาพกลุ่มตัวอย่างหลังการผ่าตัด โดยประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับหลังการผ่าตัดเต้านมตามแผนการรักษา ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในขณะผ่าตัด หรือจากการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ถูกต้อง ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัด ทำให้ผลลัพธ์ของการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการศึกษา

กล่าวโดยสรุปโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแล

ตนเองสูงขึ้นและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเต้านม ตลอดจนมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก สามารถนำไปประยุกต์ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดอื่นๆได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการขยายผลการศึกษาไปใช้ในการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดอื่นๆต่อไป

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมในระยะยาว เพื่อยืนยันว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยได้จริง

เอกสารอ้างอิง

1.World Cancer Research Fund.(2025). Breast Cancer Statistics[Internet]. 2025[Retrieved January 25th, 2025]. Available from https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/breast-cancer-statistics/

2.กรมอนามัย.(2566). กรมอนามัยเผยหญิงไทยป่วยมะเร็งเต้านมสูงสุด แนะควรตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน[อินเตอร์เน็ต]. 2566[สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2568]. แหล่งข้อมูล https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/140366/

3.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.(2567). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: หน่วยงานฐานผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

4.American Cancer Society.(2022). Breast Cancer Facts & Figures 2022-2024 [internet]. 2022[Retrieved December 2025,10]. Available from https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/2022-2024-breast-cancer-fact-figures-acs.pdf

5.Heizer JH.(2018). Strategic Operations Management. 4th ed. London: Routledge; 2018.

6.Pandey M, Sigh SP, Behere PB, Sigh S, & Shukla VK.(2000). Quality of life in patients with early and advanced carcinoma of the breast. European Journal of Surgical Oncology 2000,26,20-24.

7.Oshodi TO.(2007). The impact of preoperative education on postoperative pain: Part 2. Br J Nurs 2007,16,730-737.

8.Liddle C.(2012). Preparing patients to undergoing surgery. Nurs Times 2012,108,12-13.

9.Artsalee R.(2007). Perioperative nursing. Bankok: N P PRESS Limited Partnership.

10. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W.(2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. Bio Med Cent Surg 2014,14,1-10.

11. เพิ่มเพ็ญ น้อยตุ่น, ธีรนุช ห้านิรัติศัย, ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์, และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์.(2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดช่องท้อง. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2560,23(3),269-283.

12. สุภารัตน์ หมื่นโฮ้ง, เฉลิมขวัญ สุฤทธิ์, และขวัญดาว ดวงแก้ว.(2566). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์ทางคลินิก โรงพยาบาลแพร่ 2566,31(2),104-117.

13. Johnstone J.(2020). How to provide preoperative care patients. Nursing Standard 2020,36(11),72-76.

14. Association of Perioperative Registered Nurses.(2013). Perioperative standards and recommended practices. Denver (CO): AORN.

15. Ylmaz M, Sezer H, Gurler H, Bekar M.(2011). Predictors of preoperative anxiety in Surgical inpatients. J Clin Nurs 2011,21,956-964.

16. Santos MM, Martins JC, Oliveira LM.(2014). Anxiety depression and stress in the preoperative surgical patient. Rev Enferm Referencia 2014,4,7-15.
17. Phillips NM.(2013). Berry & Kohn's operative room technique. 12th ed. St. Louis (MO): Mosby Elservier.
18. Fuller LK.(2013). Surgical technology. 6th ed. St. Louis (MO): Mosby Elsevier;2013.
19. ประทุม เสลานนท์และเพ็ญปวีณ จตุรพิษโพธิ์ทอง. (2555). ผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก้อนเนื้องอกที่เต้านมแบบไม่พักค้างในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลศิริราช 2555,5(1),29
20. มยุรา ศรีศิลป์.(2567). ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลเกษตรวิสัย. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2567,5(1),260-272.
21. สุวารี บุตรกระจ่าง.(2567). รายงานวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมติดตามต่อความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง[อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2568]. แหล่งข้อมูล https://www.lpch.go.th/lpch/uploads/20240619142007751559.pdf
22. House JS.(1981). Work stress and social support. New Jersey: Prentice-Hall;1981.
23. Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates;1988.
24. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรีพร สาตร์เพชร์ และญาดา นภาอารักษ์.(2568). การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power[อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป.[เข้าถึงเมื่อ 28 มกราคม 2568]. แหล่งข้อมูล file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/181958-Article%20Text-595652-1-10-20190623%20(5).pdf
25. อรุณ จิรวัฒน์กุล.(2556). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์;2556.
26. Bloom BS.(1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
27. Aday L & Anderson R.(1975). Development of indices of access to medical care: Health administration. Michigan.
28. ธานินทร์ ศิลป์จารุ.(2555). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: บิสซิเนสอาร์แอนด์ดี;2555.
29. ฉวีวรรณ มินเทน.(2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ[อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2568]. แหล่งข้อมูล https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=269

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

ประสิทธิผลของการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี

The Effectiveness of Developing Referral Guidelines for ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) Patients in Hospital Networks of Udon Thani Province.

(Received: December 26,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

อำพร หินแสงใส[1] ,รัตนา สังฆสอน[1]
Aumporn Hinsangsai[1] ,Rattana Sankasorn[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่ได้รับการส่งต่อด้วยรถพยาบาลและมีพยาบาลนำส่ง จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง 2) แบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยฯ แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่ได้รับการส่งต่อมาที่โรงพยาบาลอุดรธานีที่ควรรายงานเมื่อมีการส่งต่อ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อฯ แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยหรือญาติ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหรือญาติ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติ ผลลัพธ์คุณภาพการดูแลของการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี หลังพัฒนาแนวทางฯ ระดับคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ระดับคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง อยู่ในระดับสูงมากที่สุด (12-15 คะแนน) คิดเป็น ร้อยละ100 ($\bar{X}$=14.6, S.D.= 0.6) ระดับคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางฯ อยู่ในระดับสูงมากที่สุด (48-60 คะแนน) คิดเป็น ร้อยละ 100 ($\bar{X}$= 58.9, S.D.= 1.4) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย ฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.64, S.D.= 0.51) ผลลัพธ์ของการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันชนิดเอสที ยกสูง หลังการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย ฯ มีคุณภาพดีขึ้นในภาพรวม เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้แนวทาง อย่างไรก็ตามจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้ แนวทางไม่แตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยประมาณ 3 วัน

คำสำคัญ: แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย, ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง, เครือข่ายโรงพยาบาล, จังหวัดอุดรธานี

ABSTRACT

This research was quasi experiment research to examine the effectiveness of the care and referral guidelines for ST-elevation myocardial infarction (STEMI) patients in the hospital networks of Udon Thani Province. Sample size were 60 STEMI patients or their relatives who were transferred by ambulance with nursing accompaniment, selected through purposive sampling. The research instruments included: 1) care and referral guidelines for STEMI patients; 2) questionnaires for professional nurses, consisting of a general information questionnaire, a practice compliance questionnaire for the care and referral guidelines, a questionnaire on compliance with information reporting requirements for STEMI patients referred to Udon

[1] โรงพยาบาลอุดรธานี

Thani Hospital, and a satisfaction questionnaire regarding the use of the care and referral guidelines 3) questionnaires for patients or relatives, including general demographic information and a satisfaction questionnaire and 4) quality outcomes assessment of the care and referral guidelines implementation. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings revealed that most professional nurses were female, predominantly aged 30-39 years, with the majority having 6-10 years of experience in their current positions. Following the implementation of the guidelines, compliance scores for the STEMI care and referral guidelines were at the highest level (12-15 points) for 100% of participants ($\bar{X}$=14.6, S.D.= 0.6). Overall practice compliance scores were also at the highest level (48-60 points) for 100% of respondents ($\bar{X}$=58.9, S.D.= 1.4). Professional nurses' satisfaction with the care and referral guidelines was at the highest level overall ($\bar{X}$=4.64, S.D.= 0.51). Post-implementation outcomes for STEMI patient care and referral demonstrated overall quality improvement compared to pre-implementation results. However, the average length of hospital stay showed no difference between the pre- and post-implementation periods, with a mean of approximately three days.

Keywords: care and referral guidelines, ST-elevation myocardial infarction patients, hospital network, Udon Thani Province

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction: AMI) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี่อย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเกิดการตายของเนื้อเยื่อหัวใจอย่างรวดเร็ว หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะมีอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนสูง[1]

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า Acute Myocardial Infarction (AMI) ถือเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงที่สุดในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากรทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2021 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลกประมาณ 17.7 ล้านคน โดยร้อยละ 82 เป็นการเสียชีวิตจาก AMI และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2019 ที่มี 16.2 ล้านคน[2] โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภาวะที่พบบ่อยที่สุดและมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต คือ ST-segment elevation myocardial infarction หรือ STEMI ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา อย่างทันท่วงทีภายใน 30 วัน อัตราการเสียชีวิตอาจสูงถึงร้อยละ 10-12 ตามรายงานของ European Society of Cardiology ในปี 2022 สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Primary Percutaneous Coronary Intervention (PPCI) สาเหตุหลักของการเสียชีวิตภายใน 30 วันแรกคือ การขาดออกซิเจนที่สมอง (anoxic brain injury) และภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (cardiogenic shock) ส่วนหลังจาก 30 วัน สาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับหัวใจ ที่พบบ่อยได้แก่ โรคปอดและโรคมะเร็ง จะคิดเป็นร้อยละ 65 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุหัวใจ พบน้อยกว่าร้อยละ 1.5 ต่อปีหลังจากเดือนแรก แสดงให้เห็นว่าการเสียชีวิตส่วนใหญ่ในระยะหลังมักเกิดจากสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับหัวใจ[3]

การศึกษาของ European Heart Network ในปี 2022 พบว่าการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารสมัยใหม่ ในการส่งต่อข้อมูลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแบบทันที สามารถลด door-to-balloon time (D2B time) ได้เฉลี่ย 15-20 นาที และเพิ่มสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการทำ primary percutaneous coronary

intervention (PCI) ภายในเวลาที่กำหนดได้ถึงร้อยละ 25[4] สถานการณ์ในประเทศไทยก็ไม่แตกต่างกัน จากรายงานของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ พบว่าอุบัติการณ์ของ AMI มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 40.2 คนต่อประชากรแสนคนในปี 2563 เป็น 44.5 รายต่อประชากรแสนคนในปี 2565 และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 28,140 คน ในปี 2563 เป็น 31,150 รายในปี 2565[3]

โรงพยาบาลอุดรธานีในฐานะศูนย์รับส่งต่อหลักของเขตสุขภาพที่ 8 ได้ทำการวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงอย่างเป็นระบบ จากฐานข้อมูล STEMI Fast Track และรายงานประจำปี 2565 พบประเด็นสำคัญหลายประการ ดังนี้ ประการแรกด้านระบบบริการ พบว่าจำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง 1,248 คน มีร้อยละ 54.1 เป็นผู้ป่วยส่งต่อ ซึ่งกลุ่มนี้มีค่ามัธยฐานของ D2B time 96 นาที สูงกว่ากลุ่มที่มาด้วยตนเองที่ 64 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัดส่วนผู้ป่วยที่เข้าถึง primary PCI ภายใน 90 นาทีในกลุ่มส่งต่อเพียงร้อยละ 40.2 เทียบกับร้อยละ 78.6 ในกลุ่มมาด้วยตนเอง ประการที่สอง ด้านการสื่อสารและเทคโนโลยี การสื่อสารระหว่างทีมส่งต่อยังใช้การโทรศัพท์เป็นหลัก ไม่มีระบบการส่งข้อมูลคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบดิจิทัล ขาดระบบติดตามสถานะการส่งต่อแบบ real-time และการบันทึกข้อมูลยังเป็นระบบกระดาษ ประการที่สามด้านความพร้อมด้านทรัพยากร พบว่ามีระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงครอบคลุม บุคลากรคุ้นเคยกับเทคโนโลยีดิจิทัล มีระบบ Hospital Information System ที่พัฒนาต่อยอดได้ และมีทีมเทคโนโลยีสารสนเทศที่พร้อมพัฒนาระบบ[5]

จากสถิติการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง มาที่โรงพยาบาลอุดรธานี ในปี 2565-2567 พบว่ามีจำนวน 1,8341, 695 และ 1,206 คน ตามลำดับ และในช่วงตุลาคม-ธันวาคม 2567 มีจำนวน 419 คน[6] ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงปริมาณงานที่สูงและความต่อเนื่องของปัญหา การวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงของโรงพยาบาลอุดรธานี จากฐานข้อมูล STEMI Fast Track และรายงานประจำปี 2567 เผยให้เห็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ปัญหาเหล่านี้สามารถจำแนกได้เป็น 3 ด้านหลัก คือ ด้านระบบบริการ พบว่าผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่ายมีค่ามัธยฐานของ D2B time ที่ 96 นาที สูงกว่ากลุ่มที่มาด้วยตนเองที่ 64 นาที ความแตกต่างนี้ส่งผลให้สัดส่วนผู้ป่วยที่เข้าถึง primary PCI ภายใน 90 นาทีในกลุ่มส่งต่อมีเพียงร้อยละ 40.2 เทียบกับร้อยละ 78.6 ในกลุ่มมาด้วยตนเอง[6] ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพ ด้านการสื่อสารและเทคโนโลยี การสื่อสารระหว่างทีมส่งต่อยังใช้การโทรศัพท์เป็นหลัก ไม่มีระบบการส่งข้อมูลคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบดิจิทัล ขาดระบบติดตามสถานะการส่งต่อแบบ real-time และการบันทึกข้อมูลยังเป็นระบบกระดาษ วิธีการเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการสูญหายของข้อมูล การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน และการล่าช้าในการประสานงาน ด้านความพร้อมด้านทรัพยากร แม้ว่าจะพบว่ามีระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงครอบคลุม บุคลากรคุ้นเคยกับเทคโนโลยีดิจิทัล มีระบบ Hospital Information System ที่พัฒนาต่อยอดได้ และมีทีมเทคโนโลยีสารสนเทศที่พร้อมพัฒนาระบบ แต่ศักยภาพเหล่านี้ยังไม่ได้รับการใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่[7] ผู้วิจัยมีความสนใจ ในการทำงานวิจัยนี้จากประสบการณ์ที่ได้พัฒนาคุณภาพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในฐานะทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์ส่งต่อและหออุบัติเหตุและฉุกเฉิน เห็นความจำเป็นในการฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงของโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี มีความสำคัญในหลายมิติ[8] มิติการแพทย์และสาธารณสุข การลดเวลา D2B time และเพิ่มอัตราการเข้าถึง primary PCI จะช่วยลดอัตราการ

เสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน เพิ่มอัตรารอดชีวิต และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง[7] มิติเศรษฐกิจ การลดภาวะแทรกซ้อนการรักษา ที่สั้นลง และการไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและภาระงบประมาณด้านสุขภาพ มิติระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะเป็นต้นแบบที่สามารถนำไปขยายผลในระบบบริการสุขภาพที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน มิติความเป็นธรรม ในการเข้าถึงบริการ การลดความเหลื่อมล้ำระหว่างผู้ป่วย ที่มาด้วยตนเองและผู้ป่วยส่งต่อ จะช่วยให้ผู้ป่วยทุกกลุ่มได้รับการรักษาที่มีคุณภาพเท่าเทียมกัน

ดังนั้น การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในด้านการยกระดับคุณภาพ การดูแลผู้ป่วย ลดอัตราการเสียชีวิต และเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง อย่างยั่งยืนในระดับจังหวัดและระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดหัวใจเอสที ยกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี หลังใช้ แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานีหลังใช้แนวทาง การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง

4. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง

วิธีการวิจัย

การวิจัย เรื่อง ประสิทธิผลของการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี โดยผู้วิจัยได้ออกแบบการวิจัยเป็นแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาไปข้างหน้า ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 2 เดือน/หรือเก็บข้อมูลจนครบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหรือญาติกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่ได้รับการส่งต่อ ด้วยรถพยาบาลและมีพยาบาลนำส่ง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรธานี ในปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2567) จากข้อมูลพบว่ามีผู้ป่วยในกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง จำนวน 793 คน มารับบริการ 826 ครั้ง มีอัตรา re-admit 33 ครั้ง และมีผู้ป่วยนอกกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง จำนวน 376 คน มารับบริการ 473 ครั้ง มีอัตรา re-visit 97 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่ได้รับ การส่งต่อด้วยรถพยาบาลและมีพยาบาลนำส่ง จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาของโคเฮน (Cohen, 1988) คำนวณด้วยโปรแกรม คำนวณในโปรแกรม G* 3.1 กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ขนาดกลางเท่ากับ 0.5 กำหนดระดับความเชื่อมั่น (type II error) เท่ากับ 0.05 อำนาจการกระจายการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 คน ผู้วิจัยได้ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มในกรณีมีผู้สูญหายจากการติดตาม (Drop out) เช่น ขอยุติการเข้าร่วมศึกษาวิจัย เป็นต้น โดยคาดว่ามีผู้สูญหายจากการติดตาม ร้อยละ 25[10] ดังนี้

$$n_{adjust} = \frac{n}{(1-R)}$$

n_{adjust} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง = 45

R = สัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม (กำหนด 25 % = 0.25

แทนค่าในสูตร $n\ adjust = \frac{45}{(1 - 0.25)} = 60.0$ คน

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย จำนวน 60 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครผู้ป่วยและญาติเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) เพศชายและเพศหญิง 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โดยแพทย์ 4) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารเข้าใจได้ พร้อมทั้งให้ข้อมูลได้ 5) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่ได้รับการส่งต่อด้วยรถพยาบาล และมีพยาบาลนำส่ง 6) ญาติผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่ได้รับการส่งต่อด้วยรถพยาบาลและมีพยาบาลนำส่ง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบคำถามหรือให้ข้อมูลได้ 7) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่ไม่สามารถถามตอบ ให้ข้อมูลได้และไม่มีญาติ 2) ผู้เข้าร่วมโครงการขอถอนตัวภายหลัง 3) ผู้เข้าร่วมโครงการโรคมีความรุนแรง และวิกฤต ได้แก่ อาการทางระบบประสาทหรือไม่รู้สึกตัว มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย มีโรคมะเร็งระยะลุกลาม เป็นต้น 4) ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้จนครบแต่ผู้วิจัยติดตามให้การดูแลเหมือนเดิม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. การนำเข้าอาสาสมัคร (Recruitment)

พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในระบบส่งต่อผู้ป่วย ในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี 1 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ศึกษาระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึง เดือน ธันวาคมพ.ศ. 2568

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการส่งต่อด้วยรถพยาบาลและมีพยาบาลนำส่ง และสามารถถามตอบพร้อมทั้งให้ข้อมูลได้ ญาติผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบคำถามหรือให้ข้อมูลได้ และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถถามตอบคำถามพร้อมทั้งให้ข้อมูลได้ใช้วิธีการเลือกตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2568

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้นำมาจากแนวทางดูแลและ

ส่งต่อของโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ปีพ.ศ. 2568

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มี 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานที่ทำงาน ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง กับศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลอุดรธานี (ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา) โดยเป็นคำถามแบบเติมลงในช่องว่างและ Check list กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำมาจากนำมาจากแนวทางดูแลและส่งต่อของโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ปีพ.ศ. 2568 มีจำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนนตอบปฏิบัติได้ 1 คะแนน และตอบไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติ ไม่ครบได้ 0 คะแนน เกณฑ์ผ่าน ร้อยละ 80 คะแนนเต็ม 15 คะแนน การแบ่งระดับการปฏิบัติแนวทางฯ ใช้วิธีจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ Bloom[11] (1986) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ 0 - 8 < ร้อยละ 60
ระดับปานกลาง 9 - 11 ร้อยละ 60 - 79
ระดับสูง 12 - 15 > ร้อยละ 80

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่ได้รับการส่งต่อมาที่โรงพยาบาลอุดรธานีที่ควรรายงานเมื่อมีการส่งต่อ ผู้วิจัยนำมาจากแนวทางดูแลและส่งต่อของโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ปีพ.ศ. 2568 (โดยผู้วิจัย เป็นผู้สังเกตการปฏิบัติตามแนวทาง) มีจำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบปฏิบัติได้ 3 คะแนน ปฏิบัติไม่ครบได้ 2 คะแนน และตอบไม่ได้ปฏิบัติได้ 1 คะแนน แปลความหมายคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางในการส่งต่อข้อมูลออกมาเป็น 3 ระดับ[12] ซึ่งคะแนนต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 20-60 คะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 20 - 33 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางฯอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 34 - 47 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางฯอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 48 - 60 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางฯอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทาง การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางฯ โดยผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นจาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและพยาบาล Refer หลังการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยประเมิน ประกอบด้วย 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก

3 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย

1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์การประเมินผลคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้ แนวทางการดูแล

และส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดชนิดเอสทียกสูง โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้[13]

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัญหาที่พบในการประสานส่งต่อ หรือการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง และข้อเสนอแนะต่อแนวทางแก้ไข เป็นคำถามปลายเปิด มีทั้งหมด 3 ข้อ ประกอบด้วยปัญหาที่ท่านพบในการประสานส่งต่อ หรือการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง การประสานส่งต่อ หรือการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยควรปรับปรุงในเรื่องใดบ้างและ ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขอื่นๆ

2.2 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่ได้รับการส่งต่อมาที่โรงพยาบาลอุดรธานี

ส่วนที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่ได้รับการส่งต่อมาที่โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 13 ข้อ ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด สิทธิการรักษา รายได้เฉลี่ย ของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติของคนในครอบครัวที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการได้รับการส่งต่อด้วยรถพยาบาล (กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามเอง) ความผิดปกติของผนังหัวใจ และ การวินิจฉัยโรค (ผู้วิจัยเป็นผู้ลงข้อมูลให้) เป็นคำถามที่เป็นแบบเลือกตอบ และเติมลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี มีจำนวน 17 ข้อ โดยมีข้อคำถามความพึงพอใจของโรงพยาบาลต้นทาง 10 ข้อ และความพึงพอใจของโรงพยาบาลปลายทาง 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก

3 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย

1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์การประเมินผลค่าความพึงพอใจของของผู้ป่วยหรือญาติต่อการใช้แนวทาง การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้[13]

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 8 ผลลัพธ์คุณภาพการดูแลของการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง มีทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ 1) อัตรา Door to EKG Time ภายใน 10 นาที 2) อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง 3) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด 4) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้ Primary PCI ภายใน 120 นาที (Dx. to Wire time) 5) อัตราผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เฉียบพลันชนิดชนิดเอสทียกสูง ได้รับการเปิดหลอดเลือด (SK) ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการเปิดหลอดเลือด (Door to needle time) ภายในเวลา 30 นาที (ให้ในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอุดรธานี) 6) จำนวนวันนอนเฉลี่ย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะติดตามลงข้อมูลเองจากการตามเยี่ยมและ การสรุปเวชระเบียนของแพทย์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ทั้ง 2 ชุดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบความถูกต้องของภาษา และความตรงของเนื้อหาได้ให้ ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และผ่านความเห็นชอบ การพิจารณา ของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำมาหาคุณภาพของเครื่องมือ **การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)** ผู้วิจัยนำเครื่องมือ1) แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง และแบบสอบถามปัญหาที่พบในการประสานส่งต่อหรือการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดชนิดเอสทียกสูง หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน 2) แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี, แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยฯ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ที่ควรรายงานเมื่อมีการส่งต่อ, แบบสอบถามความพึงพอใจ ของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางฯ, แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการใช้แนวทางฯ นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน คำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยฯ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ที่ควรรายงานเมื่อมีการส่งต่อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางฯ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการใช้แนวทางฯ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2) เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดชนิดเอสทียกสูง หรือญาติ (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้) ที่ได้รับการส่งต่อโดยพยาบาลมาที่โรงพยาบาลอุดรธานีในวันที่ 2 หลังการรับไว้รักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ พ้นระยะวิกฤตไปก่อน เก็บข้อมูลแต่ละวันผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และตรวจสอบความเรียบร้อยอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ใช้แบบประเมิน และสังเกตกลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 1 ครั้งที่ 1 Day 1 ผู้วิจัยติดตามอาการผู้ป่วยเมื่อมารับการรักษา ที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หลังจากรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้วได้ติดตามดูแลในหอผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อติดตามอาการ

กิจกรรมที่ 2 ครั้งที่ 2 Day 2 เก็บข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย แนะนำผู้วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ในการติดตามเยี่ยมอาการ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลใช้เวลา 15-20 นาที กล่าวขอบคุณและสิ้นสุดการวิจัย (เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจนครบ 60 คน)

กิจกรรมที่ 3 ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยติดตามหลังผู้ป่วยจำหน่ายโดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน เพื่อติดตามผลลัพธ์การส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โดยใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อ ตามแบบประเมินคุณภาพการส่งต่อ 6 ข้อ แล้วนำมาวิเคราะห์สถิติ โดยใช้รหัสแทนชื่อกลุ่มตัวอย่าง และไม่เปิดเผยข้อมูลตามจริยธรรมและระเบียบการวิจัยในมนุษย์

การดูแลปกติที่เคยปฏิบัติการรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต้นทาง พยาบาลศูนย์ส่งต่อ และพยาบาลหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้แบบฟอร์มการซักประวัติตามเวชระเบียนของโรงพยาบาล และหลังจากนั้นจะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามคำสั่งแพทย์ ไม่มีการสะท้อนกลับในระบบการส่งต่อจากพยาบาล ผู้นำส่ง ของโรงพยาบาลต้นทาง และไม่มีแบบประเมินการส่งต่อ จะสะท้อนกลับเมื่อมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงระหว่างนำส่งเท่านั้น พยาบาลศูนย์ส่งต่อ และพยาบาลหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและไม่ได้ติดตามประเมินคุณภาพการส่งต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยฯ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขอการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ UDH REC 100/2568

ผลการวิจัย

1. การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดอุดรธานี ของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานีมีการนำแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดหัวใจเอสทียกสูง ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดหัวใจเอสทียกสูง ในทุกโรงพยาบาล และพบว่า ระดับคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี หลังพัฒนาแนวทางฯ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดอุดรธานีมีการนำแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดหัวใจเอสทียกสูง ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในทุกโรงพยาบาล และภายหลังการพัฒนาแนวทาง พบว่าระดับคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางอยู่ในระดับสูงมากที่สุด (12–15 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.6 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.6 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติสอดคล้องกับแนวทางที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. ระดับคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสที ยกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ที่ได้รับการส่งต่อมาที่โรงพยาบาลอุดรธานี ที่ควรรายงาน เมื่อมี การส่งต่อ หลังพัฒนาแนวทางฯ ผลการวิจัยพบว่า ระดับคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ของโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดอุดรธานีที่ควรรายงานเมื่อมี การส่งต่อผู้ป่วย ภายหลังการพัฒนาแนวทาง อยู่ในระดับสูงมากที่สุด (48–60 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางเท่ากับ 58.9 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.4 แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลเครือข่ายมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างครบถ้วนและสม่ำเสมอ

3. ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัย พบว่า ระดับความพึงพอใจ ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยรวมความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมากที่สุด

4. ปัญหาที่พบในการประสานส่งต่อ หรือการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสที ยกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี และข้อเสนอแนะต่อแนวทางแก้ไข ผลจากการสรุปข้อเสนอแนะ ปัญหาที่พบในการประสานงานและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ครอบคลุมทั้งด้านกระบวนการทำงาน ระบบสารสนเทศ กำลังคน และการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ การพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพแบบบูรณาการที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากโรงพยาบาลต้นทางไปยังโรงพยาบาลปลายทางได้โดยไม่ซ้ำซ้อน และสามารถเข้าถึงข้อมูลทางคลินิกแบบเรียลไทม์ตลอดกระบวนการส่งต่อ และผู้ให้ข้อมูล มีความต้องการให้พัฒนาระบบการสื่อสารทางไกลผ่านระบบ Ambulance Telemedicine เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในระหว่างการส่งต่อจากโรงพยาบาลต้นทางไปยังโรงพยาบาลปลายทาง การเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลในระหว่างการส่งต่อ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ยังมีความล่าช้าและขาดความเป็นเอกภาพในบางช่วงของการดูแล เช่น ขั้นตอน การตัดสินใจส่งต่อ การเตรียมข้อมูลทางคลินิก และการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและปลายทาง ซึ่งอาจส่งผลต่อระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม

5. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี พบว่าในภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดชนิดเอสที ยกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนถึงการตอบสนอง ความคาดหวังของผู้รับบริการในด้านความปลอดภัย ความชัดเจนของการสื่อสาร และความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญกับการได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลต้นทางจนถึงปลายทาง

6. เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์คุณภาพการดูแลของการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังการใช้แนวทางฯ พบว่า หลังการใช้แนวทางฯ ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลส่วนใหญ่มีแนวโน้ม ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะตัวชี้วัด ด้านความรวดเร็วในการวินิจฉัยและการรักษา รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิกด้านการรอดชีวิต ขณะที่จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยไม่แตกต่างกันก่อนและหลังการใช้แนวทางฯ

สรุปและอภิปรายผล

1. การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดอุดรธานี ของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานีมีการนำแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดหัวใจเอสทียกสูง ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดหัวใจเอสทียกสูง ในทุกโรงพยาบาล และพบว่า ระดับคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี หลังพัฒนาแนวทางฯ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล

เครือข่ายจังหวัดอุดรธานีมีการนำแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดหัวใจเอสทียกสูง ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในทุกโรงพยาบาล และภายหลังการพัฒนาแนวทาง พบว่าระดับคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางอยู่ในระดับสูงมากที่สุด (12–15 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.6 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.6 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติสอดคล้องกับแนวทางที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย STEMI ที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริงของโรงพยาบาลเครือข่าย ทำให้พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้จริงในสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) ที่มุ่งลดความแปรปรวนของการดูแล และเพิ่มคุณภาพการรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน[14] นอกจากนี้ระดับคะแนนที่อยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงกระบวนการพัฒนาแนวทางที่มีการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาล การสื่อสารแนวทางอย่างเป็นระบบ และการสนับสนุนจากผู้บริหารในเครือข่ายโรงพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้บุคลากรเกิดการยอมรับและนำแนวทางไปใช้จริงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวัลย์ ไชยวงศ์, นิตยา ขอนพิกุล และสัณหวัช ไชยวงศ์[15] ที่พบว่าการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI ไปใช้ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ส่งผลให้บุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวทางในระดับสูง และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของจรรฎา ยาฟ้า[16] ซึ่งพบว่า การจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่มีแนวทางชัดเจนและมีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจและปฏิบัติการพยาบาล ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว โดยเฉพาะในระยะวิกฤตของผู้ป่วย ส่งผลต่อความปลอดภัยและโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น ในระดับระบบบริการสุขภาพ ผลการปฏิบัติตามแนวทางในระดับสูง สะท้อนถึงความเข้มแข็ง ของระบบการส่งต่อในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีการกำหนดบทบาท หน้าที่ และขั้นตอนการดูแลที่ชัดเจน ตั้งแต่โรงพยาบาลต้นทางจนถึงโรงพยาบาลปลายทาง การมีแนวทางดังกล่าวช่วยลดความล่าช้าในการรักษา และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมภายในระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางสากลที่ระบุว่าการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงอย่างเคร่งครัด มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นและอัตราการเสียชีวิต ที่ลดลง[1]

โดยสรุป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาและการนำแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย STEMI ไปใช้ในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางในระดับสูงซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพของแนวทางที่พัฒนา ระบบสนับสนุนที่เหมาะสม และศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาล อันเป็นปัจจัยสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงอย่างยั่งยืน

2. ระดับคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสที ยกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ที่ได้รับการส่งต่อมาที่โรงพยาบาลอุดรธานี ที่ควรรายงาน เมื่อมี การส่งต่อ หลังพัฒนาแนวทางฯ ผลการวิจัยพบว่า ระดับคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ของโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดอุดรธานีที่ควรรายงานเมื่อมี การส่งต่อผู้ป่วย ภายหลังการพัฒนาแนวทางอยู่ในระดับสูงมากที่สุด (48–60 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางเท่ากับ 58.9 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เท่ากับ 1.4 แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลเครือข่ายมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างครบถ้วนและสม่ำเสมอ ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจน ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ต้องรายงานในการส่งต่อผู้ป่วย เช่น ข้อมูลอาการเริ่มต้น ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การให้การรักษาเบื้องต้น และระยะเวลาในการดูแลรักษา ทำให้บุคลากรในโรงพยาบาลเครือข่ายสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างเป็นระบบและมีมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มุ่งเน้นความต่อเนื่องและความปลอดภัยของผู้ป่วย[14]ระดับคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ใกล้ค่าคะแนนเต็มสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกระบวนการพัฒนาแนวทางที่คำนึงถึงบริบท การทำงานจริงของโรงพยาบาลเครือข่าย รวมถึงการสื่อสารแนวทางอย่างชัดเจนและการสนับสนุนจากผู้บริหารในระบบเครือข่าย การมีแนวทางที่กำหนดรายการข้อมูลที่ต้องรายงานเมื่อมีการส่งต่อ ช่วยลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล เพิ่มความพร้อมของโรงพยาบาลปลายทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างทันท่วงที ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวัลย์ ไชยวงศ์, นิตยา ขอนพิกุล และ สัณหวัช ไชยวงศ์[15] ที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI อย่างเป็นระบบส่งผลให้กระบวนการดูแลและการส่งต่อมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จรรฎา ยาฟ้า [16] ซึ่งรายงานว่าการจัดระบบการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วย STEMI ที่มีการกำหนดขั้นตอนและข้อมูลที่ต้อง ส่งต่ออย่างชัดเจน ช่วยลดความล่าช้าในการรักษา และเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลปลายทาง โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเฉพาะทางอย่างเร่งด่วน ในมิติของระบบบริการสุขภาพ ระดับการปฏิบัติตามแนวทางที่อยู่ในระดับสูงของโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี สะท้อนถึงความเข้มแข็งของระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง และ การประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยบริการ การมีข้อมูลครบถ้วนเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยช่วยให้โรงพยาบาลอุดรธานีสามารถวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางสากลที่ระบุว่าการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง อย่างครบถ้วน มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นและการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย[1]

โดยสรุป ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาและการนำแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ไปใช้ในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ส่งผลให้การรายงานข้อมูลและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานในระดับสูง ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพของแนวทางที่พัฒนา ระบบสนับสนุนในเครือข่าย และความร่วมมือของบุคลากรในทุกระดับ อันเป็นพื้นฐานสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง อย่างยั่งยืน

3. ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัย พบว่า ระดับความพึงพอใจ ของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยรวมความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่า แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานและตอบสนองต่อความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสที ยกสูง ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการความรวดเร็วและความต่อเนื่องของระบบบริการสุขภาพ ความพึงพอใจ ของพยาบาลวิชาชีพที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ความพึงพอใจต่อระบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานีที่ได้รับการ

พัฒนา สะท้อนให้เห็นว่าการปรับปรุงระบบส่งต่อให้มีแนวทางที่ชัดเจน เป็นมาตรฐานเดียวกัน และสามารถปฏิบัติได้จริง ช่วยลดความซับซ้อนในการตัดสินใจและการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและปลายทาง สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ปานะโปย และบุหลัน เปลี่ยนไธสง[17] ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน STEMI โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่พบว่า หลังการพัฒนา อัตราความพึงพอใจของผู้ให้บริการเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นิยดา อกนิษฐ์และคณะ[18] ที่พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI โรงพยาบาลกระบี่ แล้วทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยเพิ่มความต่อเนื่อง ของการดูแล ลดความล่าช้า และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉินด้านโรคหัวใจ[19] นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kruk et al.[20] ที่พบว่าระบบบริการสุขภาพที่มีการเชื่อมโยงเครือข่ายอย่างเป็นระบบส่งผลต่อความพึงพอใจของบุคลากรทางสุขภาพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ibanez et al.[1] ที่ระบุว่า การใช้ clinical pathway หรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ช่วยลดระยะเวลาในการรักษา เพิ่มความรวดเร็วในการส่งต่อ และส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางคลินิก รวมถึงความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ และโดยรวมพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของการพัฒนาแนวทางฯ ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ลดความคลาดเคลื่อน และสนับสนุนการทำงาน เป็นทีมสหวิชาชีพ

4. ปัญหาที่พบในการประสานส่งต่อ หรือการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสที ยกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี และข้อเสนอแนะต่อแนวทางแก้ไข ผลจากการสรุปข้อเสนอแนะ ปัญหาที่พบในการประสานงานและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ครอบคลุมทั้งด้านกระบวนการทำงาน ระบบสารสนเทศ กำลังคน และการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ การพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพแบบบูรณาการที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากโรงพยาบาลต้นทางไปยังโรงพยาบาลปลายทางได้โดยไม่ซ้ำซ้อน และสามารถเข้าถึงข้อมูลทางคลินิกแบบเรียลไทม์ตลอดกระบวนการส่งต่อ และผู้ให้ข้อมูล มีความต้องการให้พัฒนาระบบการสื่อสารทางไกลผ่านระบบ Ambulance Telemedicine เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในระหว่างการส่งต่อจากโรงพยาบาลต้นทางไปยังโรงพยาบาลปลายทาง การเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลในระหว่างการส่งต่อ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ยังมีความล่าช้าและขาดความเป็นเอกภาพในบางช่วงของการดูแล เช่น ขั้นตอน การตัดสินใจส่งต่อ การเตรียมข้อมูลทางคลินิก และการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและปลายทาง ซึ่งอาจส่งผลต่อระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ สถาบันโรคทรวงอก[21] ที่พบว่า ความล่าช้าในกระบวนการส่งต่อเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจ ทั้งนี้ การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกันในเครือข่าย จะช่วยลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่ม ความมั่นใจในการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก[22] ยังเน้นย้ำว่า ระบบสารสนเทศสุขภาพแบบบูรณาการเป็นหัวใจสำคัญ

ของการพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อและความปลอดภัยของผู้ป่วย มีความต้องการให้พัฒนาระบบการสื่อสารทางไกลผ่านระบบ Ambulance Telemedicine เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในระหว่างการส่งต่อจากโรงพยาบาลต้นทางไปยังโรงพยาบาลปลายทาง โดยเฉพาะการส่งคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) การประเมินอาการแบบเรียลไทม์ และการให้คำแนะนำจากแพทย์เฉพาะทาง สอดคล้องกับแนวทาง ของ Ibanez et al.[1] ที่แนะนำให้ใช้ระบบ telecardiology ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ในพื้นที่เครือข่าย

5. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี พบว่าในภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดชนิดเอสที ยกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนถึงการตอบสนอง ความคาดหวังของผู้รับบริการในด้านความปลอดภัย ความชัดเจนของการสื่อสาร และความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญกับการได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลต้นทางจนถึงปลายทาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ระบุว่า การสื่อสารที่ดีและการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนระหว่างบริการฉุกเฉินกับผู้ป่วย/ญาติ ส่งผลต่อความพึงพอใจโดยรวมของบริการด้านการดูแลฉุกเฉิน[23] สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร กระจายกลาง[24] ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการวิจัย พบว่า ผู้รับบริการมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการให้บริการภาพรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของโสน เรืองมันคง, ทองเปลว ชมจันทร์ และ, สัญญา โพธิ์งาม[25] ที่พบว่า ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบบริการช่องทางด่วนโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M=4.34, SD=0.58)

6. เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์คุณภาพการดูแลของการใช้แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังการใช้แนวทางฯ พบว่า หลังการใช้แนวทางฯ ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลส่วนใหญ่มีแนวโน้ม ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะตัวชี้วัด ด้านความรวดเร็วในการวินิจฉัยและการรักษา รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิกด้านการรอดชีวิต ขณะที่จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยไม่แตกต่างกันก่อนและหลังการใช้แนวทางฯ สามารถอธิบายได้ว่า ระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในเครือข่ายมีมาตรฐานสูงอยู่แล้วตั้งแต่ก่อนการใช้แนวทาง และแนวทางฯ มีบทบาทสำคัญ ในการ รักษามาตรฐานคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของศูนย์รับส่งต่อโรงพยาบาลอุดรธานี[5] ที่ระบุว่าโรงพยาบาลในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 8 มีการพัฒนาระบบ Fast Track สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง อย่างเป็นรูปธรรม อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงลดลงอย่างชัดเจนหลังการใช้แนวทางฯ แสดงให้เห็นว่า การจัดระบบการดูแลและส่งต่ออย่างเป็นมาตรฐาน ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมได้เร็วขึ้น ลดความล่าช้าในกระบวนการรักษาระยะวิกฤต สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร กระจายกลาง[25] ผลการวิจัยพบว่าผลลัพธ์ด้านการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดลดลง เนื่องจากมีการเพิ่มระบบช่องทางด่วนให้มีความรวดเร็วมากขึ้น ผลลัพธ์ของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดเพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งสะท้อนถึง ประสิทธิผลของแนวทางฯ ในการลดความแปรปรวนของการปฏิบัติงาน และเสริมสร้างความเข้าใจร่วมกันของบุคลากรทุกระดับในเครือข่าย ในประเด็นการเข้าถึงการรักษาด้วย

Primary PCI ภายใน 120 นาที พบว่ามีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบส่งต่อและการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลศักยภาพสูง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับข้อมูลจากศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[26] ซึ่งรายงานว่าการพัฒนาเครือข่าย STEMI Network ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึง Primary PCI และลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน การเพิ่มขึ้นของอัตรา Door to Needle Time ภายใน 30 นาที แสดงให้เห็นว่าแนวทางฯ ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือดได้อย่างถูกต้องและทันท่วงที ส่วนจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยไม่แตกต่างกันก่อนและหลังการใช้แนวทางฯ ซึ่งอาจสะท้อนว่า ระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนเป็นหลัก มากกว่ากระบวนการส่งต่อเพียงอย่าง

โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่า แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี มีประสิทธิผลในการยกระดับคุณภาพการดูแล ลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มการเข้าถึงการรักษาที่ได้มาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพไทย และสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ในพื้นที่อื่นได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โดยเฉพาะบุคลากร ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการให้การรักษาเบื้องต้น เช่น การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการให้ยาละลายลิ่มเลือดอย่างถูกต้องและปลอดภัย

2. ควรส่งเสริมการใช้ ระบบ Ambulance Telemedicine อย่างเป็นรูปธรรมในการดูแลผู้ป่วย STEMI ระหว่างการส่งต่อ เพื่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสามารถประเมินอาการ ให้คำแนะนำและเตรียมความพร้อมในการรักษาที่โรงพยาบาลปลายทางได้ล่วงหน้า ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาการรอคอยการรักษาและเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วย

3. ควรพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพแบบบูรณาการที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลปลายทางได้แบบเรียลไทม์ โดยเฉพาะข้อมูลสำคัญ เช่น คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลการประเมินทางคลินิก และเวลาที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดคุณภาพ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจรักษาอย่างรวดเร็วและลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ให้การสนับสนุน ทีมแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายในจังหวัดอุดรธานีทุกแห่งที่ให้ความร่วมมือทำให้การวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J. 2018;39(2):119–177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393

2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2022 [cited 2025 Aug 21]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)
3. Ahmed T, Shkullaku M. A rare ST-elevation myocardial infarction mimic or a true event? Cureus. 2020; 12(4): e7569. doi:10.7759/cureus.7569
4. Khan MTI, Hassan M, Bhowmick K, Naznen F, Alam MA. Percutaneous coronary intervention in ST-elevation myocardial infarction: Clinical profile and outcomes. ARC J Cardiol. 2024; 9(1): 16–22. doi:10.20431/2455-5991.0901004
5. ศูนย์รับส่งต่อ โรงพยาบาลอุดรธานี. ข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI เขตสุขภาพที่ 8. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี; 2565.
6. ศูนย์ส่งต่อ โรงพยาบาลอุดรธานี. สถิติการส่งต่อผู้ป่วยโรค STEMI โรงพยาบาลอุดรธานี ปี 2565–2567. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี; 2567.
7. Hou AC, Hou J, Zhou WN, Wei YJ, Ou ZH, Liu CF. Association of serum gamma- glutamyltransferase with in-hospital heart failure in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. 2025. [Epub ahead of print].
8. Gaur U, Gadkari C, Pundkar A. Navigating the risk landscape in ST-elevation myocardial infarction patients post percutaneous coronary intervention: A narrative review. J Clin Diagn Res. 2025; 19(1): OE01–OE06. doi:10.7860/JCDR/2025/76111.20528
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2554.
10. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
11. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1986.
12. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
13. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.
14. World Health Organization. WHO handbook for guideline development. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2016. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549950
15. ทิพวัลย์ ไชยวงศ์, นิตยา ขอนพิกุล, สัณหวัช ไชยวงศ์. ประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล ดอกคำใต้. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2564; 81(1): 57–74.
16. จรรฎา ยาฟ้า. การจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย.2565; 2(2): 169–175.
doi:10.14456/jemst.2022.16
17. อมรรัตน์ ปานะโปย, บุหลัน เปลี่ยนไธสง. การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน STEMI โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2561; 33(2): 154–163.
18. นิยดา อกนิษฐ์, สุชาตา วิภวกานต์, สุภาณี สิทธิสาร. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โรงพยาบาลกระบี่. วารสารกองการพยาบาล. 2558; 40(3): 70–84.
19. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care. Geneva: World Health Organization; 2022.
20. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. Lancet Glob Health. 2018;6(11):e1196–e1252. doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3
21. สถาบันโรคทรวงอก. รายงานผลการพัฒนาระบบการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง (STEMI) ในโรงพยาบาลชุมชน. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.

22. World Health Organization. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States. Geneva: World Health Organization; 2022.
23. Johnson M, Sanchez P, Zheng C. Interprofessional communication and patient safety in emergency care: A systematic review. J Nurs Manag. 2020; 28(4): 786–798. doi:10.1111/jonm.12996
24. โสน เรืองมันคง, ทองเปลว ชมจันทร์, สัญญา โพธิ์งาม. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย.
วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562; 12(3): 240–250.
25. ศศิธร กระจายกลาง. ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2563; 35(3): 619–633.
26. ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. อุบัติการณ์ผู้ป่วย STEMI และการเข้าถึง primary PCI ประจำปี [รายงานข้อมูล]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2566 [cited 2025 Apr 22]. Available from: https://heart.kku.ac.th/

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
VOL.10 NO.4 October - December 2025

Part V

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

ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วม ทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

The Results of Developing a Case Management Model to Reduce Recurrent Violence in Addicted Patients with Co-occurring Mental Disorders and High Risk of Violence.

(Received: December 23,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

นิภาวัล บุญทับถม[1] วิมลพรรณ โชติแสงทอง[1] สุกุมา แสงเดือนฉาย[1]
Nipawan Boontabthom[1] Wimonphan Chotsaengtong[1] Sukuma Saengduenchai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีของพาวเวลล์ มีองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ 1) พยาบาลผู้จัดการ (Nurse Case Manager) 2) การประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ (Interdisciplinary Collaboration) และ 3) แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) แบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมี ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ 30 คนและกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ 30 คน 2) ญาติผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับสนทนากลุ่ม (2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์ผู้บริหาร (3) แบบสอบถามความพึงพอใจและการยอมรับของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบฯ (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบฯ และ (5) แบบบันทึกการก่อความรุนแรง ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนกันยายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของจำนวนวันนอนด้วยสถิติ T-test Independence วิเคราะห์ข้อมูลอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ (1) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (2) การประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ (3) แผนการดูแลผู้ป่วยผลของการใช้รูปแบบฯ พบว่า ความพึงพอใจและการยอมรับของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.48, SD = 0.18 และ M = 4.25, SD = 0.20) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.71, SD = 0.31 และ M = 4.51,SD= 0.38) ตามลำดับ ด้านคุณภาพของรูปแบบฯ พบว่า อัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วยและอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือนของกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นต่ำกว่ากลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (U=300, Z=-2.66, p=0.008,r=0.343) และ (U=255, Z=-3.49, p<0.001, r=0.45) ส่วนผลการเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในระยะบำบัดยา พบว่ากลุ่มที่ได้รับ การดูแลก่อนใช้รูปแบบฯมีจำนวนวันนอนในระยะบำบัดยาเฉลี่ย 32.10 วัน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นมีจำนวนวันนอนในระยะบำบัดยาเฉลี่ย 27.50 วัน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.136, p < 0.001)

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการรายกรณี, ผู้ป่วยเสพติด, โรคร่วมทางจิตเวช, ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง, การก่อความรุนแรงซ้ำ

Abstract

This Research and Development (R&D) design study aimed to develop and examine the effectiveness of a specialized Case Management Model based on Powell's Case Management framework (comprising 1) Nurse Case Manager, 2) Interdisciplinary Collaboration, and 3) Clinical Pathway) to mitigate the recidivism of violence in patients with Substance Use Disorders (SUD) and co-occurring psychiatric conditions who present a high risk of violence.

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จังหวัดปทุมธานี

The research was conducted in four phases. Participants were selected via purposive sampling from the dual-diagnosis, high-risk addiction wards at the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. The sample included 60 high-risk patients (divided into n=30 pre-implementation and n=30 post - implementation groups) and 30 family members of patients. Data collection occurred between October 2024 and September 2025.

Research instruments included: (1) Semi-structured focus group interview guide; (2) Semi-structured interview form for administrators; (3) Nurse satisfaction/acceptance questionnaire (4) Patient/family satisfaction questionnaire and (5) Violence incident record form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, the independent t - test (for length of hospital stay), and the Mann–Whitney U Test (for repeat violence rates). Qualitative data utilized content analysis The developed model successfully integrated the three core components. Implementation outcomes indicated a very high level of nurse satisfaction (M = 4.48, SD = 0.18) and acceptance (M = 4.25, SD = 0.20). Patient and family satisfaction with nursing care was rated at the highest level ($M_{patient}$ = 4.71, SD = 0.31; M_{family} = 4.51, SD = 0.38). Effectiveness analysis demonstrated that rates of repeat violence in the post-implementation group were significantly lower compared to the pre-implementation group, both in the inpatient unit (U = 300, Z = -2.66, p = 0.008, r = 0.343) and within one month after discharge (U = 255, Z = -3.49, p < 0.001, r = 0.45). Furthermore, the average length of hospital stay was significantly reduced from 32.10 days (pre-implementation) to 27.50 days (post-implementation) (t = 4.136, p < 0.001). The findings support the developed case management model's effectiveness in reducing violent recidivism and shortening hospital stay for this high-risk population.

Keywords: case management model, Patient with substance use disorder, co-occurring psychiatric disorder, high risk for violence, repeat violence.

บทนำ

ปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ในปี 2566 มีจำนวนประชากรกว่า 296 ล้านคนจากทั่วโลก มีการใช้ยาเสพติด[1] คิดเป็น 23 % เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา ส่วนในประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของยาเสพติด อย่างรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับสถิติของผู้ป่วยเสพติดที่เพิ่มมากขึ้นเป็น 1.9 ล้านคน แต่เข้ารับการบำบัดรักษาเพียง 127,425 คนเท่านั้น[2] ปัญหาดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ เศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตของประชากร เกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง รัฐบาลให้ความสำคัญต่อการปราบปราม กวาดล้าง และการบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ติดยา เสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามี ส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและยังมุ่งเน้นการดูแลผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา โดยถือว่า“ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคม[3] ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาเพื่อลด ละ เลิกยาเสพติดร่วมกับการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) การติดยาเสพติดเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ ตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยตรง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปลอดภัย และไม่ส่งผลกระทบต่อสังคม ในปีงบประมาณ 2563-2565 มีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู จำนวน 43,388 ราย 47,905 ราย และ 53,420 รายตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 20.42, 25.91, และ 26.99 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาจิตเวชที่พบร่วมกับปัญหาการติดยา

เสพติด ได้แก่ ความผิดปกติทางอารมณ์ โรควิตกกังวล โรคจิตเภท โรคซึมเศร้าจากการใช้สารกระตุ้น [4,5] สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับบำบัดในกรมสุขภาพจิตสะสมตั้งแต่ปี 2559 -2565 จำนวน 27,518 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 7,773 ราย และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ซึ่งพบใน 4 อันดับโรค ได้แก่ โรคจิตเภท โรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรคจิตเวชยาเสพติดและโรคจิตเวชอื่นๆ ส่งผลให้การบำบัดรักษามีความยากและซับซ้อนมากขึ้น ใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาระยะบำบัดยา 30-35 วัน ฟื้นฟูได้ล่าช้า เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทะเลาะวิวาท ก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 17.01[6] และยังพบว่าการใช้ยาเสพติดทำให้เกิดอาการหลงผิดหวาดระแวง ก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น ชุมชนและทำลายทรัพย์สิน[7] นอกจากนี้ การเสพยาเสพติดในกลุ่มแอมเฟตามีนจะยิ่งทำให้อาการทางจิตเพิ่มขึ้น เพิ่มความก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น ควบคุมตัวเองไม่ได้ เพิ่มความวิตกกังวล ซึมเศร้าและมีความเสี่ยง ทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตาย[8] ซึ่งปัจจัยที่ทำให้อัตราการ ก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ ขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่รับรู้ความเจ็บป่วยและปัญหาการใช้ยาเสพติด[10] ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล เนื่องจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงยังไม่ชัดเจน ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน รวมทั้งญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด ยังไม่มั่นใจและมีความกังวลในการเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงซ้ำ จึงมีความจำเป็น อย่างยิ่งที่จะต้องมีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมและมีความต่อเนื่อง ตอบสนองตามความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อลดหรือป้องกันความเสี่ยงการเสพติดซ้ำ การก่อความรุนแรงซ้ำ และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดปัญหาและผลกระทบดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ควบคุม กำกับ ติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นการจัดบริการสุขภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรง ผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ให้มีคุณภาพและมีผลดีต่อการฟื้นฟูทางคลินิก มุ่งผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ที่กำหนด ภายใต้ความร่วมมือของทีมสุขภาพตามแผน การดูแล (Clinical pathway) โดยมีพยาบาลทำหน้าที่ เป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Nurse Case manager) มีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ส่วนพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย จะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย[10,11] และที่สำคัญคือรูปแบบ การดูแลรายกรณียังมีแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) เป็นเครื่องมือสำคัญที่กำหนดเป้าหมาย กิจกรรม การดูแล ผลลัพธ์ที่คาดหวังให้เกิดขึ้นไว้อย่างชัดเจน ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เสพติด[12] ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิต ลดวันนอนในโรงพยาบาล ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำและส่งเสริมให้หยุดใช้ยาเสพติด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2.1 ด้านพยาบาล ได้แก่ การยอมรับและความ พึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพ

ติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2.2 ด้านผู้ป่วย และญาติ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2.3 ด้านคุณภาพ ได้แก่ ลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วย ลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน และลดจำนวน วันนอนในโรงพยาบาลระยะบำบัดยา

วิธีการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (R&D) แบ่งเป็น 4 ระยะ คือระยะ ที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการ (R1) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอน ระยะที่ 3 ทดลองและปรับปรุงรูปแบบเป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบ และระยะที่ 4 ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบ ฯ โดยระยะที่ 1-2 เป็นกระบวนการ พัฒนารูปแบบฯ ระยะที่3-4 เป็นการประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือน กันยายน 2568

กระบวนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วยระยะที่ 1-2 ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการ ประกอบด้วย 1) ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งที่เผยแพร่แบบสื่อสิ่งพิมพ์และในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 2) การศึกษาสถานการณ์ บริบทและแนวโน้มการให้บริการผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับบริการ ผลกระทบ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของพยาบาล จากเวชระเบียนของผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและ มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวนทั้งสิ้น 1,470 คน 3) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบฯ โดยสนทนากลุ่มกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรงใน สบยช. จำนวน 12 คน ใช้เวลาในการสนทนา 60 นาที และสัมภาษณ์ผู้บริหารทางการพยาบาล ที่มีประสบการณ์บริหารการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 8 คน โดยขออนุญาตบันทึกเทปการสนทนา จากนั้นทำการถอดเทปสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ทุกคำพูดนำมาวิเคราะห์เนื้อหาเชิงธีม (Thematic Content Analysis: TCA) 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำความเข้าใจข้อมูล การสร้างรหัสเบื้องต้น การจัดกลุ่มรหัส การกำหนดธีม การตรวจสอบและกำหนดชื่อธีม มีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ มี 3 ขั้นตอนย่อย

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยร่างรูปแบบเบื้องต้น ซึ่งเป็นร่างรูปแบบที่ 1 โดยนำข้อมูล ผลการศึกษาจากการวิจัยระยะ ที่ 1 มาจัดทำร่างองค์ประกอบและรายละเอียดของรูปแบบ จากนั้นนำร่างรูปแบบเบื้องต้นที่พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช 2 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบ (Model Evaluation) ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผลการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฯ พบว่ามีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence Index: IOC) เท่ากับ 1.00 ภายหลังการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขร่างรูปแบบที่ 1 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจนได้ร่างรูปแบบฯ ที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทดลองใช้ร่างรูปแบบ ฯ ที่ 2 กับกลุ่มเป้าหมาย (pilot study) ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยเพชร 1 สบยช. จำนวน 10 ราย และพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 5 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ความเหมาะสมและคุณภาพเบื้องต้นของรูปแบบ ฯ ซึ่งมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิด้วย

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขร่างรูปแบบฯที่ 2 หลังทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย จนได้ร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล โดยดำเนินการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ลักษณะเชิงเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นจำนวน 30 คน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นจำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในหอผู้ป่วย เพชร 1 สบยช. จำนวน 12 คน เป็นผู้ใช้รูปแบบดังกล่าวเก็บข้อมูลโดยคณะผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ

ระยะที่ 4 ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบ ฯ มีการดำเนินการ ดังนี้ (1) ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นไปใช้ 3 ด้าน คือ 1.1) ด้านพยาบาล ได้แก่ การยอมรับและความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น 1.2) ด้านผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลรูปแบบฯ 1.3) ด้านคุณภาพ ได้แก่ ลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วย ลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระยะบำบัดยา (2) การนำผลการวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาสังเคราะห์ร่วมกัน (Triangulation) โดยการจัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติม และยืนยันความเหมาะสมของรูปแบบฯ (3) ปรับปรุง แก้ไขรูปแบบฯ และจัดทำคู่มือการใช้รูปแบบฯฉบับสมบูรณ์ จนได้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีความเหมาะสม กับบริบทของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และสามารถขยายผลการนำรูปแบบฯไปใช้ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค 6 แห่งได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและ มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่นอนพักรักษาตัวใน หอผู้ป่วยเพชร 1 สบยช. และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ณ หอผู้ป่วยเพชร 1

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและ มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่นอนพักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยเพชร 1 สบยช. แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น (retrospective group) จำนวน 30 คน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น (prospective group) จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน ซึ่งผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power version 3.1 มีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.6 ความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบประเภทที่หนึ่ง α เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95 (1-β) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sample) เป็นผู้ป่วยเสพติดเพศชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป และมีญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดที่สามารถเข้าร่วมการวิจัย จนครบทุกระยะ แพทย์ให้การวินิจฉัย substance use disorders with SMI-V (4) สมัครใจเข้าร่วมการ

ศึกษาวิจัย และกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดของผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เป็นกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น จำนวน 30 คน อายุ 18 ปีขึ้นไป สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบ

1.1 แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับสนทนากลุ่ม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการพัฒนาจำนวน 9 ข้อ

1.2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้บริหารทางการพยาบาล ใช้สำหรับสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แบบบันทึกการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามความพึงพอใจในคุณภาพการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ[13] ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำ ในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำจำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบ ครอบคลุม 2 ด้าน คือ ด้านการพยาบาลตามรูปแบบ ฯ และด้านการยอมรับรูปแบบ ฯ รวม 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1- 5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลางมาก และมากที่สุด

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำจำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบฯ รวม 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1- 5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบ ฯที่พัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำจำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบฯ รวม 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1- 5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด

2.4 แบบบันทึกการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการราย
กรณี จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ 1.1 , 1.2 และ 2.4 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และเครื่องมือวิจัยที่ 2.1,2.2 และ 2.3 มีความเที่ยงโดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75 , 0.74 และ 0.74 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ และพยาบาลต่อรูปแบบฯ การยอมของพยาบาลต่อรูปแบบฯ ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ระยะบำบัดยาของกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ t-test Independence เนื่องจากเป็นการเปรียบเทียบวันนอนในโรงพยาบาล ระยะบำบัดยาระหว่างก่อนใช้รูปแบบฯ และกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ

3. วิเคราะห์ข้อมูลอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากเป็นการเปรียบเทียบ ความแตกต่างอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำของกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ และกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่ได้เป็นการแจกแจงแบบปกติ (non-parametric test)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันบำบัด รักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราช ชนนี รหัสโครงการวิจัยที่ 67015 เอกสารใบรับรองเลขที่ 003/2568 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2567

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการรายกรณีเพื่อลด การก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามบริบท ของ สบยช. ได้แก่ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจากแนวคิดสู่การปฏิบัติของจินตนา ยูนิพันธ์และอัญชัญ ไพบูลย์ Case management: a practice guide to success in managed care ของPowell, SK. แนวทางการดูแลผู้ป่วย จิตเวชสุรา ยา สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของกรมสุขภาพจิต ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยา เสพติดของ สบยช. แนวคิด ทฤษฎีการพัฒนานวัตกรรม Borg Model และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ร่วมกับการศึกษาสถานการณ์บริบท และแนวโน้มการให้บริการผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความ เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษา แบบผู้ป่วยใน สบยช. โดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยจำนวน 1,470 คน พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ก่อความรุนแรง มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต ร้อยละ 1.2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือ ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัวสะเทือนขวัญในชุมชน ร้อยละ 17.71 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น เอะอะอาละวาดทำร้ายบิดามารดา หวาดระแวงกลัวถูกทำร้าย พกพาอาวุธ ตะโกนส่งเสียงดัง ด่าคำหยาบคาย ร้อยละ 80.86 และเคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง เช่น ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง ร้อยละ 0.23 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบฯโดยสนทนากลุ่ม พบประเด็นต่างๆ ได้แก่ (1) ความรุนแรงที่เปลี่ยนแปลงและผลกระทบในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช มีลักษณะพฤติกรรมที่ซับซ้อนและท้าทายระบบบริการสุขภาพ การดูแลมีข้อจำกัดขาดการเชื่อมโยงระหว่างบริการบำบัดยาเสพติดและบริการจิตเวช และยังไม่มีแนวทางการจัดการที่เป็นมาตรฐานที่ชัดเจน (2) กลยุทธ์การดูแลแบบองค์รวมและการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนทั้งด้านพฤติกรรม มีปัญหาจิตเวชและการใช้ยาเสพติดยังไม่สามารถประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลแบบทั่วไป หรือการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (3) อุปสรรคและความ ท้าทายในการดูแล ยังขาดการบูรณาการร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและเครือข่ายชุมชน (4) เส้นทางแห่งการเสริมสร้างทักษะและความเข้มแข็งส่วนบุคคลของ

ผู้ป่วย พบปัญหาการขาดความมั่นใจในตนเองและการรับรู้ศักยภาพของตนเองในเชิงบวก และ (5) ปัจจัยเกื้อหนุนต่อคุณภาพการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด ยังไม่ครอบคลุมปัจจัยสนับสนุนที่หลากหลายและความเข้าใจ ที่สอดคล้องระหว่างทีมดูแล ครอบครัวและตัวผู้ป่วย
นอกจากนี้ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพมีความเห็นในทิศทางเดียวกันว่า ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเสพติด ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ของ สบยช.เอง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ผู้วิจัยได้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (nurse case manager) ซึ่งทำหน้าที่ตามกระบวนการจัดการรายกรณี 6 ขั้นตอน ตามแนวคิดของพาวเวลล์ ได้แก่ 1. การคัดเลือกผู้ป่วย 2. การประเมินสภาพและวิเคราะห์ปัญหา 3. การวางแผนและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ 4. การปฏิบัติและการกำกับการปฏิบัติตามแผนการดูแล (Clinical pathway) 5. การประเมินผลและการติดตามผล และ 6. การสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

องค์ประกอบที่ 2 การประสานความร่วมมือของทีม สหสาขาวิชาชีพ (collaboration practice) โดยกำหนดทีม ที่ต้องรับผิดชอบในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกันเพื่อวางแผนการดูแล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัว และชุมชน

องค์ประกอบที่ 3 แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ซึ่งประกอบด้วยประเด็นหลักของการดูแลรักษาผู้ป่วยยา เสพติดในแต่ละช่วงเวลาของสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์ ซึ่งคาดหวังว่าจะเกิดขึ้น การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและแนวทางการแก้ไขที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ โดยมีประเด็นการดูแลที่สำคัญ 8 ประเด็น คือ 1) การประเมิน 2) การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) ยาและการบำบัดรักษา 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) อาหาร 6) กิจกรรมผู้ป่วย 7) การส่งปรึกษา และ 8) แผนการจำหน่าย

ระยะที่ 3 การตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติด ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

3.1 ด้านผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จากกลุ่มตัวอย่าง 60 คน พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 33.9 ปี (SD=8.50) ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 93.3 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 60 มีสถานะทางการเงินพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 53.3

3.1.1 เปรียบเทียบอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (U=300, Z=-2.66, p=0.008, r=0.343) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (n=60) ด้วย Mann-Whitney U test

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	จำนวนอุบัติการณ์	ร้อยละ	$\bar{x}$	S.D.	Min	Max	U	Z	p-value	Effect Size (r)
ก่อนใช้รูปแบบ	30	24	80.00	0.800	0.407	0	1				
หลังใช้รูปแบบ	30	14	46.67	0.467	0.507	0	1	300	-2.66	.008	0.343
ความแตกต่าง	-	10	33.33	0.333	-	-	-				

3.1.2 เปรียบเทียบอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (U=255, Z=-3.49, p<0.001, r=0.45) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (n=60) ด้วย Mann-Whitney U test

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	จำนวนอุบัติการณ์	ร้อยละ	$\bar{x}$	S.D.	Min	Max	U	Z	p-value	Effect Size (r)
ก่อนใช้รูปแบบ	30	17	56.67	0.567	0.504	0	1		-		
หลังใช้รูปแบบ	30	4	13.33	0.133	0.346	0	1	255	3.49	<.001	0.45
ความแตกต่าง	-	13	43.34	0.434	-	-	-				

3.1.3 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในระยะบำบัดยา ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น พบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยในระยะบำบัดยาของกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 32.10 วัน ส่วนจำนวนวันนอนเฉลี่ยในระยะบำบัดยาของกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เท่ากับ 27.50 วัน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.136$, $p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในระยะบำบัดยา ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (n=60) ด้วย T-test Independence

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	$\bar{x}$	S.D.	SE	Min	Max	t	df	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	30	32.10	4.53	0.83	21	42	4.14	58	< .001
หลังใช้รูปแบบ	30	27.50	4.07	0.74	20	36			

3.1.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.71, SD = 0.31)

3.2 ด้านญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดของผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 อายุเฉลี่ย 55.6 ปี (SD= 10.29) ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 90 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.3 และมีสถานะทางการเงินพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46.7

3.2.1 ความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบฯอยู่ในระดับ มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.51 คะแนน (SD 0.38)

3.3 ด้านพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 12 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.66 อายุเฉลี่ย 38.9 ปี (SD=8.8) ส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และระดับปริญญาโท จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นระดับปฏิบัติการและชำนาญการพิเศษ ระดับละ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 58.3 ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเฉลี่ย 9.17 ปี (SD= 4.1) มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.48, SD = 0.18) และมีค่าเฉลี่ยการยอมรับต่อรูปแบบฯอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน (M = 4.25, SD = 0.20)

ระยะที่ 4 ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

การประเมินผลหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่า รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน ผลการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติด ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะบำบัดยาได้ ผลจากการจัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีเพียงการปรับปรุงแก้ไขความ

ถูกต้องของการใช้ภาษาเท่านั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ ตามคำแนะนำจนได้รูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ รวมทั้งจัดทำคู่มือการใช้รูปแบบฯ และวางแผนขยายผลการการนำรูปแบบฯไปใช้ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค 6 แห่ง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการรายกรณีของ พาวเวลล์ มีองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ และแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) โดยมีการดำเนินการพัฒนารูปแบบอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่องภายใต้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการ กระบวนการพัฒนารูปแบบฯ ทดลอง ปรับปรุงรูปแบบฯ และกระบวนการประเมินผล ผู้วิจัยกำหนดการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำรูปแบบฯ ไปใช้ 3 ด้าน คือ 1) ด้านพยาบาล ได้แก่ การยอมรับและความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบฯ 2) ด้านผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบฯ 3) ด้านคุณภาพ ได้แก่ ลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วย ลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระยะบำบัดยา ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการจัดการรายกรณี ที่เป็นแนวทางการจัดบริการเชิงจัดการ (Managed care) ในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายในระยะเวลา ที่กำหนด ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพการบริการที่ได้รับ ผู้ให้บริการพึงพอใจในงาน สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาณัฐ บุญ-หลง[15] ได้ศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และความพึงพอใจในบริการพยาบาล

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า มีการดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา เริ่มตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ การพัฒนาร่างรูปแบบ ทดลอง ปรับปรุงและประเมินผล ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบจากการเสพสารเสพติดประเภทยาบ้า มีภาวะเสี่ยงต่อการ ก่อความรุนแรง (SMI V) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาส โพธิ์หล่ำ [16] ได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบจากการเสพสารเสพติดประเภทยาบ้า/กัญชา และมีภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย คือ ประวัติการใช้สุราและสารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับวุฒิชัย ชวนชนก[17] ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงส่วนใหญ่เป็นการทำร้ายผู้อื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงด้านคำพูด สอดคล้องกับผกามาศ สุฐิติวนิช และสันติภาพ คงนาวัง[18] ซึ่งทำการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะทีมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงโรงพยาบาลชัยภูมิ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/ สารเสพติดของกรมสุขภาพจิต ที่กล่าวว่าการใช้สารเสพติด ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและสุขภาพจิตของผู้เสพและเป็นสาเหตุนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง การทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่นได้ ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พบประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้แก่ ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรสอดคล้องกับปรียานุช ชื่นตา[19] ได้ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลนครปฐม

ญาติหรือผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะการดูแล สอดคล้องกับพิณณรัฐ ศรีหารักษา[20] ซึ่งได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน การกินยาที่ไม่ต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลยังไม่เข้าใจในการดูแล ระบบการติดตามยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของสินิทธิ์ อนันทวัฒน์ [21] ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันการกำเริบซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง นอกจากนี้พบว่ารูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการรายกรณี ประกอบด้วยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ และแผนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์ขรินทร์ นรสารและวิไลวรรณ วัฒนานนท์ , อุไร ดวงแก้ว และอภิญญา จำปามูล, นุษณี เอี่ยมสะอาด, ปพิชญา ทวีเศษ และพรเลิศ ชุ่มชัย [22,23,24] พยาบาลผู้จัดการรายกรณี : บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อระยะวันนอน ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลและความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ และศึกษาผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง

หลังใช้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วยและอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือนต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ จำนวนวันนอนในระยะบำบัดยาน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด และมีค่าเฉลี่ยการยอมรับรูปแบบฯ อยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรง มีความเหมาะสม ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ลดการก่อความรุนแรงซ้ำทั้งในโรงพยาบาลและ ในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับปัทมาพร ชนะมาร และทศพร ทองย้อยและ คณะ [25,26] ซึ่งทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ควรมีนโยบายกำหนดให้รูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นแนวทางหลักที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในระยะบำบัดยา โดยกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดให้ชัดเจนสอดคล้องกับนโยบายการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข จัดทำระบบการติดตามเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาว และควรมีการขยายผลโดยการนำรูปแบบไปใช้ในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยเสพติดโดยเฉพาะในกลุ่มธัญญารักษ์ 6+1

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาต่อยอดการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยในเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์สรายุทธ์ บุญชัย-พานิชวัฒนา ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและ

ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ได้ให้โอกาสและสนับสนุนในการดำเนินการศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการกองทุนสนับสนุน งานวิชาการ กรมการแพทย์ ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนวิจัย ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยเสพติดทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการอันประโยชน์ และขอขอบคุณบุคลากรและผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ให้การสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime.(2020). World Drug Report 2020. Vienna: UNODC; 2020 [cited 2023 Aug 26]. Available from: https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1.pdf
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2566). ฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง [Internet]. 2566 [cited 2023 Aug 26]. Available from: https://catalog.dmh.go.th/dataset/smi-v-1-2558-28-2563
3. พระราชบัญญัติยาเสพติด พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนที่ 73 ก; 8 พ.ย. 2564 [cited 2023 Aug 27]. Available from: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/073/T_0001.PDF
4. นิตยา ตากวิริยะนันท์.(2558). การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
5. รัศมน กัลยาศิริ.(2561). การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. สถาบันธัญญารักษ์.(2561). รายงานประจำปี 2560. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์.
7. พรทิพย์ วชิรดิลก, ธีระ ศิริสมุด, และอนุรัตน์ สมตน.(2561). ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;32(2):69–83.
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2561). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. 3rd ed. กรุงเทพฯ: บริษัทบียอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด; 2561.
9. สุภาพร จันทร์สาม.(2563). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อเขตบริการจังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;31(Suppl 1).
10. นุษณี เอี่ยมสอาด, ปพิชญา ทวีเศษ, และ พรเลิศ ชุ่มชัย.(2563). ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2563;14(1):9–22.
11. ปัฐยาวัชร ปรากฎผล.(2560). พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2560;28(1):12–21.
12. Wason K.(2021). Boston Medical Center, Boston. In: Alford A, et al. Arch Intern Med. 2021;171:425–431.
13. ศรญา ยังเจริญ และ วาสินี วิเศษฤทธิ์.(2558). ผลของรูปแบบการพยาบาลหลักต่อคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของญาติ ผู้ป่วยวิกฤตและความพึงพอใจของพยาบาล. วารสารพยาบาลหัวใจและทรวงอกไทย. 2558;26(2) [cited 2023 Aug 26]. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view.
14. Braun V, Clarke V.(2006). Using thematic analysis in psychology. 2006 [cited 2025 Aug 26]. Available from: https://scholar.google.com/citations?user=otoYzF8AAAAJ&hl=en
15. กัญญาณัฐ บุญ-หลง. ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและความพึงพอใจในบริการพยาบาล [thesis]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; n.d.
16. จุฑามาส โพธิ์หล่ำ.(2024). การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบจากการเสพสารเสพติดประเภทยาบ้า/กัญชาและมีภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) [Internet]. [cited 2024 Jan 13]. Available from: https://nayok.moph.go.th/web/wp-content/uploads/2024/01.2567
17. วุฒิชัย ชวนชนก.(2024). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน [Internet]. 2565 [cited 2024 Jul 7]. Available from: http://cmuir.cmu.ac.th/
18. ผกามาศ สุจิติวนิช และ สันติภาพ คงนาวัง.(2565). การพัฒนาสมรรถนะทีมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โรงพยาบาลชัยภูมิ [Internet]. 2565 [cited 2024 Jan 13]. Available from: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/23

19. ปรียานุช ชื่นตา.(2565). ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลนครปฐม [Internet]. 2565 [cited 2024 Jan 13]. Available from: https://nkpthospital.moph.go.th/login/promotion/images/20220921093259.pdf
20. พิณณรัฐ ศรีหารักษา.พิณณรัฐ ศรีหารักษา.(2566). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขมิ้น [Internet]. 2566 [cited 2023 Oct 6]. Available from: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/262848
21. สินิทธิ์ อนันทวัฒน์.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันการกำเริบซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่รับบริการในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย [Internet]. 2565 [cited 2023 Oct 6]. Available from: https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/0000001411.pdf
22. ศักดิ์ขรินทร์ นรสาร และวิไลวรรณ วัฒนานนท์.(2560). พยาบาลผู้จัดการรายกรณี: บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน [Internet]. วารสารวิทยาศาสตร์และสุขภาพการพยาบาล. 2560;40(2) [cited 2023 Oct 6]. Available from: https://search.tci-thailand.org/article.html?b3BlbkFydGljbGUmaWQ9ODU3MjQ3
23. อุไร ดวงแก้ว และ อภิญญา จำปามูล.(2561). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อระยะวันนอน ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ [Internet]. 2561 [cited 2023 Oct 6]. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/150582
24. นุษณี เอี่ยมสะอาด, ปพิชญา ทวีเศษ และ พรเลิศ ชุ่มชัย.(2563). ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชสมเด็จเจ้าพระยา. 2563;14(1):9–22.
25. ปัทมาพร ชนะมาร .(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2566;7(14):เมษายน–กันยายน 2566.
26. ทศพร ทองย้อย, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, และ กิตติภูมิ ภิญโย.(2563). การจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(3):กรกฎาคม–กันยายน.
27. จินตนา ยูนิพันธ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์.(2546). การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
28. สถาบันธัญญารักษ์ กระทรวงสาธารณสุข.(2544). ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. ปทุมธานี: บริษัทวัชระอินเตอร์ปริ้นติ้ง จำกัด.
29. Borg Model of Innovation Development [Internet]. [cited 2024 Oct 6]. Available from: https://www.gotoknow.org/posts/558911
30. Powell SK.(2000). Case management: a practice guide to success in managed care. 2nd ed. Maryland: J.B..

โอกาสให้ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติ ติดตาม และสะท้อนผล การออกแบบรูปแบบโดยใช้ WS-PAOR CCM ช่วยยกระดับคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้อย่างชัดเจนใน 3 มิติสำคัญ ได้แก่ มิติแนวคิด (Conceptual level) จากเดิมที่ไม่มีกรอบแนวคิดชัดเจน ไปสู่การใช้ CCM ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับว่าช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ฐดา วัฒนพงศ์สถิตและคณะ[16] ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติเชิงบวกในด้านร่างกาย เศรษฐกิจ สังคม จิตใจ และสิ่งแวดล้อม เป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบกับการใช้ PAOR ทำให้รูปแบบมีความยืดหยุ่นและเกิดการเรียนรู้ร่วมกันเป็นวงจรเกลียว (spiral cycle) สามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง มิติกระบวนการ (Process level) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของวงจร PAOR ส่งผลให้กระบวนการดำเนินงานมีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานสูง เนื่องจากอาศัยโครงสร้างที่มีอยู่เดิม เช่น พชอ. รพ.สต. และเครือข่าย อสม. ทำให้ไม่ต้องสร้างกลไกใหม่ที่ซ้ำซ้อน มิติบทบาทภาคีและชุมชน (Participation & governance) จากบทบาทเดิมของชุมชนที่เป็นเพียงผู้ช่วยเหลือเฉพาะกิจถูกยกระดับให้เป็นหุ้นส่วนที่ร่วมวางแผน ดำเนินงาน ติดตาม และประเมินผล พร้อมมีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลกลุ่มเปราะบางระหว่างหน่วยบริการ–ชุมชน–พชอ. เพื่อใช้ในการวางแผนเชิงรุกซึ่งแนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์[14] ที่ใช้ R&D ร่วมกับ CIPP model ในการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่าการสร้างบทบาทนำของ พชอ. และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ในมิติของกลุ่มเปราะบางและสวัสดิการสังคม รูปแบบนี้ยังสะท้อนแนวคิดเดียวกับงานของ อุดมลักษณ์ เวชชพิทักษ์ และประกาศ เปล่งพานิชย์[15] ที่เสนอให้ใช้กองทุนและคณะกรรมการระดับพื้นที่เป็นกลไกเพื่อบูรณาการสวัสดิการ การเยี่ยมบ้านและการระดมทรัพยากรเพื่อกลุ่มเปราะบางทางสังคมแต่รูปแบบ WS-PAOR CCM Model ของการศึกษานี้ได้ขยายบทบาทจากการช่วยเหลือเชิงสังคมไปสู่การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ โดยผสานการดูแลทางคลินิก การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมพลังครอบครัวและชุมชน ทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุมกว่าและตอบโจทย์บริบทของกลุ่มเปราะบางที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ดียิ่งขึ้น

3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผลการวิจัยด้านประสิทธิผลของรูปแบบ WS-PAOR CCM Model พบการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งในด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยง ผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ และความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้ (1) การรับรู้ภาวะเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการใช้รูปแบบ พบว่าสัดส่วนกลุ่มเปราะบางที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในระดับ “ดี” เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.9 เป็นร้อยละ 96.8 ขณะที่สัดส่วนระดับ “พอใช้” ลดลงอย่างมาก แสดงให้เห็นว่า การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และ พชอ. ร่วมกับกิจกรรมให้ความรู้ การพูดคุยแบบ case

conference และการเยี่ยมบ้านเชิงรุก สามารถเสริมสร้างการรับรู้โรคและภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นฐานสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ผลนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Chronic Care Model ที่เน้นบทบาท “Informed, activated patient” และทีมสุขภาพที่ทำงานเชิงรุก โดยการมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกและยังสอดคล้องกับงานวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานที่พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพและระบบบริการสุขภาพที่สนับสนุนอย่างเป็นระบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ (2) ผลลัพธ์ทางคลินิก: ระดับ HbA1c ผลการติดตาม HbA1c พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ กลุ่มเปราะบางทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีระดับHbA1c มากกว่า 7 mg% แต่หลังการใช้รูปแบบ ร้อยละ 75.79 ของกลุ่มเป้าหมายสามารถควบคุมระดับ HbA1c ให้น้อยกว่า 7 mg% ได้ และค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงจาก 9.159 เป็น 6.782 ซึ่งสะท้อนประสิทธิผลของรูปแบบในด้านการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเปราะบางได้อย่างชัดเจน การเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวน meta-analysis การใช้ CCM ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่าการใช้โปรแกรมที่อิง CCM สามารถลดค่าเฉลี่ย HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติของสถานบริการระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของของนุจิฬาภรณ์ ศิริมัย และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์[17] ที่พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมและการจัดการตนเองเชิงระบบ พบว่าสามารถลดระดับ HbA1c และภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงอธิบายได้ว่า ความสำเร็จด้าน HbA1c ของรูปแบบ WS-PAOR CCM Model เกิดจากการผสานองค์ประกอบของ CCM (self-management support, delivery system design, decision support, clinical information system) เข้ากับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และการกำกับติดตามโดย พชอ. ทำให้เกิดระบบดูแลที่ต่อเนื่อง มีการติดตามใกล้ชิด และมีการปรับแผนการดูแลร่วมกันอย่างสอดคล้องกับบริบทชีวิตของกลุ่มเปราะบาง (3) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบางหลังการใช้รูปแบบ คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบางเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยประมาณ 2.70 คะแนน) เป็นระดับมาก (ค่าเฉลี่ยประมาณ 4.54 คะแนน) ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมิได้ให้ผลเฉพาะด้านตัวชี้วัดทางคลินิก แต่ยังช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญผลนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุดมลักษณ์ เวชชพิทักษ์ และประกาศ เปล่งพานิชย์[15] ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการให้ความช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางทางสังคมผ่านกลไกกองทุนประชารัฐเพื่อสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงและกลุ่มที่ถูกทอดทิ้งดีขึ้นหลังดำเนินโครงการ รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการจัดการรายกรณีที่ชี้ว่า การดูแลแบบองค์รวมที่ผสานด้านการแพทย์ จิตสังคม และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน มีความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (4) การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ. และความพึงพอใจภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่าระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง/มากปานกลาง ไปสู่ระดับมาก–มากที่สุดในทุกมิติ ทั้งด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วม

ดำเนินการ และร่วมประเมินผล สะท้อนว่ารูปแบบ WS-PAOR CCM Model สามารถเปลี่ยนบทบาทของคณะกรรมการจาก “ผู้สนับสนุน” ไปสู่ “เจ้าของร่วมของระบบดูแลกลุ่มเปราะบาง” ได้อย่างแท้จริงแนวโน้มนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์[14] ที่ใช้ R&D และ CIPP model ในการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อน พชอ. พบว่าการเพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมิน) มีส่วนสำคัญในการยกระดับทั้งประสิทธิผลของรูปแบบและความพึงพอใจของกลุ่มเปราะบาง ในด้านความพึงพอใจ พบว่าทั้งคณะกรรมการและกลุ่มเปราะบางมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก–มากที่สุดในทุกด้าน เช่น ความชัดเจนของบทบาท การเข้าถึงบริการเชิงรุก และการได้รับการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดว่ารูปแบบที่ออกแบบโดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม (participatory design) จะสร้าง “ความเป็นเจ้าของ” (ownership) และยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่งผลให้รูปแบบสามารถนำไปใช้ได้จริงและยั่งยืนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ผลักดันให้รูปแบบ WS-PAOR CCM Model เป็นกรอบนโยบายระดับจังหวัดและเขตสุขภาพหน่วยงานกำหนดนโยบาย เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เขตสุขภาพที่ 6 และหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นต้นแบบในการกำหนดกรอบแนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในระดับอำเภอ โดยกำหนดให้การใช้กระบวนการ PAOR ร่วมกับองค์ประกอบของ Chronic Care Model เป็น “แนวทางมาตรฐาน” ในการออกแบบระบบดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

1.2 ยกระดับบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกหลักในการดูแลกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ จากผลการวิจัยที่พบว่า พชอ. สามารถทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการบูรณาการแผนงานงบประมาณ และทรัพยากรเพื่อดูแลกลุ่มเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิผล จึงควรกำหนดในเชิงนโยบายให้ พชอ. มีบทบาทชัดเจนด้าน เช่น การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดเฉพาะด้านกลุ่มเปราะบาง การจัดทำแผนกลยุทธ์กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพระดับอำเภอ การติดตามกำกับผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการสุขภาพ

1.3 ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างอำเภอ/จังหวัดด้านการดูแลกลุ่มเปราะบางเสนอให้มีการจัดตั้งเครือข่ายอำเภอต้นแบบด้านการดูแลกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ โดยใช้บทเรียนจากอำเภอวังสมบูรณ์เป็นจุดเริ่มต้น และขยายเครือข่ายไปยังอำเภออื่นในจังหวัดสระแก้วและจังหวัดใกล้เคียง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์รูปแบบ ข้อจำกัด ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และแนวทางการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในพื้นที่

2.1 พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พชอ. พชต. คปสอ. และภาคีเครือข่ายในด้านการดูแลกลุ่มเปราะบาง

2.2 จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพระดับอำเภอวังสมบูรณ์อย่างเป็นทางการนำผลการวิจัยและ WS-PAOR CCM Model มาจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการระดับอำเภออย่างชัดเจน กำหนด

2.3 พัฒนาระบบข้อมูลและการติดตามเชิงรุกของกลุ่มเปราะบางในระดับอำเภอเสนอให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ร่วมกันจัดทำทะเบียนกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพที่เป็นปัจจุบัน เชื่อมโยง

ข้อมูลโรคเรื้อรัง (เช่น HbA1c, ภาวะแทรกซ้อน) กับข้อมูลครัวเรือน เศรษฐกิจ และสังคมรวมถึงการใช้ข้อมูลดังกล่าววิเคราะห์เป็น แผนที่กลุ่มเปราะบางเพื่อนำไปกำหนดพื้นที่เสี่ยงและจัดลำดับความสำคัญของการเยี่ยมบ้านและดูแลเชิงรุก

2.4 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรท้องถิ่นในการดูแลกลุ่มเปราะบางเสนอให้มีการจัดกิจกรรม เช่น เวทีชุมชนเพื่อระดมความคิดเห็นและวางแผนการดูแลกลุ่มเปราะบาง กิจกรรมสร้างเครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง การสนับสนุนกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (support group) ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณสำหรับการดูแลระยะยาว

3 ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัย

3.1 การศึกษาการประเมินประสิทธิผลรูปแบบในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกันควรมีการวิจัยเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบ WS-PAOR CCM Model ในอำเภอหรือจังหวัดอื่นที่มีบริบทด้านสังคม เศรษฐกิจ และระบบบริการแตกต่างจากอำเภอวังสมบูรณ์ เช่น พื้นที่เมือง พื้นที่อุตสาหกรรม หรือพื้นที่ชายแดน เพื่อทดสอบความยืดหยุ่นและศักยภาพการปรับใช้ของรูปแบบ

3.2 การวิจัยเชิงเปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ เสนอให้มีการศึกษาที่เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่ใช้รูปแบบ WS-PAOR CCM Model กับพื้นที่ที่ใช้รูปแบบการดำเนินงานเดิมหรือเปรียบเทียบกับรูปแบบอื่นที่ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม/CCM เพื่อให้ได้ข้อสรุปเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลเชิงเปรียบเทียบและปัจจัยเชิงบริบทที่ส่งเสริม/จำกัดความสำเร็จของแต่ละรูปแบบ

3.3 การศึกษาต้นทุน–ประสิทธิผล (Cost–effectiveness) และผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ แม้การวิจัยครั้งนี้จะชี้ให้เห็นผลด้านคุณภาพชีวิตและระบบการดูแลที่ดีขึ้น แต่ยังไม่มีการวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนเชิงเศรษฐศาสตร์อย่างเป็นระบบ จึงควรมีงานวิจัยเพิ่มเติมเพื่อศึกษาต้นทุน–ประสิทธิผลของการดำเนินรูปแบบในระยะกลางและระยะยาว ทั้งในมิติงบประมาณด้านสุขภาพ การลดภาวะแทรกซ้อน การลดการนอนโรงพยาบาล และภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือน

3.4 การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม/เทคโนโลยีสนับสนุนการดูแลกลุ่มเปราะบางในชุมชนจากบทเรียนที่พบว่าการติดตามข้อมูลสุขภาพและการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ–ครอบครัว–ชุมชนมีความสำคัญ ควรมีการพัฒนาวิจัยด้านนวัตกรรม เช่น ระบบติดตามสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน แพลตฟอร์มข้อมูลกลุ่มเปราะบางระดับอำเภอ หรือเครื่องมือคัดกรอง/ประเมินภาวะเปราะบางที่เหมาะสมกับบริบทชนบทไทย เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับรูปแบบ WS-PAOR CCM Model ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.(2565). ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
2. World Health Organization.(2022). Health equity and vulnerable populations. Geneva: WHO.
3. United Nations.(2023). The Sustainable Development Goals Report 2023. New York: United Nations.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2566). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

5. สำนักตรวจราชการ สำนักนายกรัฐมนตรี.(2565). รายงานสถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำจากระบบ TPMAP. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
6. สำนักนายกรัฐมนตรี.(2561). ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.(2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพประชาชนจังหวัดสระแก้ว พ.ศ. 2566. สระแก้ว: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.
8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์.(2567). รายงานสถานการณ์โรคเรื้อรัง อำเภอวังสมบูรณ์ พ.ศ. 2565–2567. สระแก้ว: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์.
9. อุดมลักษณ์ เวชชพิทักษ์, ประกาศ เปล่งพานิชย์.(2561). การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางโดยเครือข่ายชุมชน. วารสารสังคมศาสตร์และการพัฒนา. 2561;20(2):45–60.
10. Aryani MD, Kurniawan Y, Rosyid FN.(2016). Chronic care model implementation on quality of life among chronic disease patients. BMC Health Serv Res. 2016;16:1–8.
11. Kalav S, Bektas M, Ünal A.(2022). Effects of chronic care model on self-management and quality of life in patients with chronic illness. J Nurs Care Qual. 2022;37(3):210–6.
12. สุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ.(2562). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารโรคและภัยสุขภาพ. 2562;13(2):37-49.
13. Nanthamongkolchai S, Tojeen A, Munsawaengsub C, Yodmai K, Suksatan W.(2022). Quality of life of older adults with physical and mobility disabilities during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Thailand. Sustainability. 2022;14(14):8525. doi:10.3390/su14148525.
14. เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์. การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี. วารสารส่งเสริมสุขภาพและสุขอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย. 2024;47(1):40-53.
15. อุดมลักษณ์ เวชชพิทักษ์ และประกาศ เปล่งพานิชย์.(2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการให้ความช่วยเหลือประชาชนผู้อยู่ในภาวะยากลำบากและกลุ่มเปราะบางทางสังคมผ่านกลไกกองทุนประชารัฐเพื่อสังคมจังหวัดปทุมธานี. ศิลปศาสตร์และสังคมศาสตร์.
16. พิมพ์ฐดา วัฒนพงศ์สถิตและคณะ.(2568). ปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย.
17. นุจิฬาภรณ์ ศิริมัย, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์.(2021). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2021;14(3):57-70.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

ปัจจัยด้านองค์การที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

Organizational Factors Influencing the Work Performance of Personnel in Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) under the Provincial Administrative Organization in Mueang District, Maha Sarakham Province.

(Received: December 6,2025 ; Revised: December 15,2025 ; Accepted: December 16,2025)

ณฐาพัชร์ วรพงศ์พัชร์[1]
Ntapat Worapongpat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของวัฒนธรรมองค์กร แรงจูงใจในการทำงาน และการบริหารคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management: TQM) ที่มีต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ รพ.สต.บ้านหนองแวง รพ.สต.บ้านหนองจิก และรพ.สต.บ้านท่างาม การวิจัยเป็นแบบเชิงสำรวจ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขประจำ รพ.สต. ทั้งสามแห่ง จำนวน 385 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจในการทำงานมีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ขณะที่ วัฒนธรรมองค์กรและการบริหารคุณภาพโดยรวม (TQM) ไม่พบอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: วัฒนธรรมองค์กร, แรงจูงใจในการทำงาน, การบริหารคุณภาพโดยรวม, ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This study aimed to examine the effects of organizational culture, work motivation, and Total Quality Management (TQM) on the work performance of personnel in Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) located in Mueang District, Maha Sarakham Province, specifically Ban Nong Waeng SHPH, Ban Nong Jik SHPH, and Ban Tha Ngam SHPH. A survey research design was employed. The sample comprised personnel (insert actual number), and data were collected using a standardized questionnaire with high reliability. Descriptive statistics, including mean and standard deviation, and inferential statistics, specifically multiple regression analysis, were used for data analysis.

The results indicated that work motivation had a statistically significant positive effect on work performance at the 0.01 level. In contrast, organizational culture and TQM did not exert statistically significant effects on work performance at the 0.05 level.

Keywords: Organizational Culture, Work Motivation, Total Quality Management, Work Performance, Subdistrict Health Promoting Hospital

[1] Eastern Institute of Technology Suvarnabhumi (EIT) and Department of Social Administration and Development, Rajabhat Maha Sarakham University (RMU)
*Corresponding Author, e-mail:dr.thiwat@gmail.com

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างบริการสุขภาพระดับชุมชน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการด่านหน้า มีภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ[1] รพ.สต. ถือเป็นจุดเชื่อมระหว่างภาครัฐและประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ภูมิภาคที่กำลังเผชิญปัญหาสังคมผู้สูงอายุที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพที่ยังคงดำรงอยู่ และความต้องการบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชนที่เพิ่มสูงขึ้น[2]

ในจังหวัดมหาสารคาม รพ.สต.เป็นกลไกสำคัญในการจัดบริการสาธารณสุขภายใต้เขตเทศบาลและองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยรพ.สต.บ้านหนองแวง รพ.สต.บ้านหนองจิก และรพ.สต.บ้านท่านางาม เป็นหน่วยที่ต้องรองรับภาระงานจำนวนมาก ทั้งด้านการให้บริการปฐมภูมิ การติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดำเนินงานสุขภาพเชิงรุกตามนโยบายสาธารณสุขระดับชาติ รวมถึงการจัดทำเอกสารตามเกณฑ์รับรองคุณภาพต่าง ๆ[3] อย่างไรก็ตาม บุคลากรประจำรพ.สต.มักเผชิญความท้าทายอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ภาระงานที่มากและไม่สมดุลระหว่างงานบริการกับงานเอกสาร ตลอดจนข้อจำกัดด้านทรัพยากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์[4] ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลโดยตรงต่อผลการปฏิบัติงานและประสิทธิภาพการให้บริการของบุคลากร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านองค์การเป็นตัวกำหนดสำคัญต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากรและคุณภาพบริการสาธารณสุข[5] โดยมิติที่มีความสำคัญ ได้แก่ วัฒนธรรมองค์การ ซึ่งส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ความไว้วางใจ การประสานงาน และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อันช่วยให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น[3] แรงจูงใจในการทำงาน ทั้งแรงจูงใจภายใน เช่น ความพึงพอใจในงาน และแรงจูงใจภายนอก เช่น สวัสดิการ การยกย่องชมเชย และโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเหนื่อยล้าจากการทำงานและเพิ่มประสิทธิภาพบริการปฐมภูมิ [6] รวมถึงการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การ (TQM) ที่ช่วยพัฒนากระบวนการทำงาน มาตรฐานบริการ การมีส่วนร่วมของบุคลากร และการดูแลประชาชนแบบมุ่งผู้รับบริการ ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญของหน่วยบริการสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง[7]
แม้งานวิจัยที่ผ่านมาได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยองค์การและผลการปฏิบัติงานในบริบทของหน่วยงานภาครัฐหลากหลายรูปแบบ แต่ยังมีช่องว่างความรู้สำคัญเกี่ยวกับการทำงานของปัจจัยเหล่านี้ในบริบทของรพ.สต. โดยเฉพาะในจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมือง–กึ่งชนบทที่มีความหลากหลายของประชากรและความต้องการบริการสาธารณสุขที่ซับซ้อนมากขึ้น[8]

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยองค์การ ได้แก่ วัฒนธรรมองค์การ แรงจูงใจในการทำงาน และการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การ ที่มีต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในรพ.สต.ทั้งสามแห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งผลการวิจัยคาดว่าจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับผู้บริหารท้องถิ่นและหน่วยงานด้านสุขภาพปฐมภูมิในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เสริมสร้างคุณภาพบริการ และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาผลของวัฒนธรรมองค์การต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

2.เพื่อศึกษาผลของแรงจูงใจในการทำงานต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

3.เพื่อประเมินผลของระบบการบริหารจัดการคุณภาพบริการสาธารณสุขต่อผลการปฏิบัติงานของ

บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

สมมติฐานการวิจัย

1.วัฒนธรรมองค์การมีผลเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.แรงจูงใจในการทำงานมีผลเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3.ระบบการบริหารจัดการคุณภาพบริการสาธารณสุขมีผลเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านหนองแวง รพ.สต.บ้านหนองจิก และรพ.สต.บ้านท่านางาม

บุคลากรในหน่วยบริการดังกล่าวประกอบด้วยเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน พยาบาลเวชปฏิบัติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย และบุคลากรสนับสนุนอื่น ๆ โดยจำนวนบุคลากรคาดว่ามีประมาณ 25–45 คน (จำนวนที่แน่นอนจะระบุเมื่อรวบรวมข้อมูลแล้ว)

กลุ่มตัวอย่าง ด้วยจำนวนประชากรที่มีขนาดไม่มาก จึงใช้วิธีการเลือกแบบสำมะโน (Census Sampling) โดยรวมบุคลากรทั้งหมดจากรพ.สต.ทั้งสามแห่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความเชื่อมั่นของข้อมูลที่ได้

2. ตัวแปร

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ วัฒนธรรมองค์การ แรงจูงใจในการทำงาน การบริหารจัดการคุณภาพบริการสาธารณสุข (เช่น มาตรฐาน HA, PCS ระบบบริการปฐมภูมิ และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

ตัวแปรตาม ได้แก่ ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรรพ.สต. วัดจากการบรรลุผลลัพธ์ด้านสาธารณสุข คุณภาพงานบริกา ความถูกต้องและตรงต่อเวลาของการปฏิบัติงาน และการบรรลุตัวชี้วัดทางสุขภาพ

3. เครื่องมือวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามเชิงปริมาณแบบมีโครงสร้าง ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่:

ตอนที่ 1 วัฒนธรรมองค์การ ประเมินเรื่องบรรยากาศการทำงาน ค่านิยมร่วม ความสัมพันธ์ในทีม การสนับสนุนจากหัวหน้างานและการสื่อสารภายในองค์การ

ตอนที่ 2 แรงจูงใจในการทำงาน ครอบคลุมหัวข้อ ค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในอาชีพ ความมั่นคงในงาน ความท้าทายของงาน การยกย่องและความชื่นชม และความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมในการทำงาน

ตอนที่ 3 การบริหารจัดการคุณภาพบริการสาธารณสุข ได้แก่ คุณภาพการให้บริการ มาตรฐาน PCS/HA การบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ การจัดการภาระงาน การสนับสนุนจากอบจ./เทศบาลและการบูรณาการงานสุขภาพและบริการในชุมชน

ตอนที่ 4 ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรรพ.สต. ประเมินจาก การบรรลุตัวชี้วัดด้านสาธารณสุข

ความรับผิดชอบ ความตรงต่อเวลา การปฏิบัติงานบริการประชาชน ความสามารถในการทำงานร่วมกับชุมชน ประสิทธิผลของการออกเยี่ยมบ้านและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และระดับการระเมิน ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ได้แก่

5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4 = เห็นด้วย
3 = ปานกลาง
2 = ไม่เห็นด้วย
1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC) ข้อคำถามที่มีค่า IOC ≥ 0.50 ถือว่ายอมรับได้ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ประเมินด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เกณฑ์ยอมรับคือ $\alpha \geq 0.70$ ค่าจริงจะรายงานในผลการวิจัยหลังการเก็บข้อมูล

5. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 ขออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง หัวหน้ารพ.สต.ทั้งสามแห่ง

5.2 แจกแบบสอบถามแก่บุคลากรโดย แบบออนไลน์ (Google Forms) และแบบสอบถามกระดาษ ให้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 1–2 สัปดาห์

5.3 ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปและระดับความคิดเห็นของผู้ตอบ ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

6.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อตรวจสอบผลของวัฒนธรรมองค์การ แรงจูงใจในการทำงาน การบริหารจัดการคุณภาพบริการสาธารณสุขที่มีต่อ ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรรพ.สต. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ 0.01

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

1.1 วัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture) มีการรับรู้ด้านวัฒนธรรมองค์กรอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.52) สรุป: บุคลากรมีความเข้าใจพันธกิจองค์กรดี มีค่านิยมร่วมชัดเจน และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและความสามารถในการปรับตัว

1.2 แรงจูงใจในการทำงาน (Work Motivation) ระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.56) สรุป: บุคลากรมีแรงจูงใจสูง ทั้งจากความพึงพอใจในงานและการสนับสนุนจากองค์กร

1.3 การบริหารคุณภาพรวม (TQM) การรับรู้ด้าน TQM อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.60) สรุป: รพ.สต. ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรและการมุ่งเน้นผู้รับบริการ

1.4 ผลการปฏิบัติงาน (Work Performance) ระดับการรับรู้ผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.70) สรุป: บุคลากรมีประสิทธิภาพสูงทั้งด้านเวลา คุณภาพ ปริมาณงาน และต้นทุน

2. ผลการวิเคราะห์เชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

2.1 การทดสอบสมมติฐานภาพรวม (Multiple Regression Analysis)

Table 1: ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงองค์การกับผลการปฏิบัติงาน

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	VIF
Constant	2.803	0.107	–	22.902	0.000	–
X1 วัฒนธรรมองค์กร	0.072	0.038	0.158	1.672	0.083	5.766
X2 แรงจูงใจในการทำงาน	0.224	0.044	0.414	4.245	0.000	5.706
X3 TQM	0.086	0.046	0.152	1.676	0.082	5.354

สถิติรุ่นจำลอง:$R = 0.729$, $R^2 = 0.532$, Adjusted $R^2 = 0.526$, $F = 101.756$, $p < 0.01$

สรุป แรงจูงใจ (X2) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญมากที่สุด

2.2 การวิเคราะห์รายมิติ: วัฒนธรรมองค์กร

Table 2: การถดถอยรายมิติของวัฒนธรรมองค์กร

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	VIF
Constant	2.835	0.103	–	24.875	0.000	–
X1.1 การมีส่วนร่วม	0.026	0.027	0.076	0.974	0.314	4.317
X1.2 ความสอดคล้อง/ค่านิยมร่วม	0.175	0.040	0.378	3.613	0.000	6.363
X1.3 ความสามารถในการปรับตัว	-0.035	0.027	-0.103	-1.212	0.211	4.777
X1.4 พันธกิจ	0.203	0.048	0.358	3.444	0.001	6.304

สรุปตัวแปรที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญคือ ความสอดคล้องและค่านิยมร่วม พันธกิจองค์กร

2.3 การวิเคราะห์รายมิติ: แรงจูงใจ

Table 3: การถดถอยรายมิติของแรงจูงใจ

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	VIF
Constant	2.882	0.107	–	25.782	0.000	–
X2.1 ปัจจัยจูงใจ	0.207	0.037	0.381	4.372	0.000	4.388
X2.2 ปัจจัยสนับสนุน	0.177	0.037	0.338	3.911	0.000	4.388

สรุปทั้งสองมิติมีผลต่อผลการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 การวิเคราะห์รายมิติ: TQM

Table 4: การถดถอยรายมิติของ TQM

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	VIF
Constant	2.731	0.120	–	20.826	0.000	–
X3.1 การมุ่งเน้นผู้รับบริการ	0.152	0.030	0.303	3.930	0.000	3.243
X3.2 การปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง	0.048	0.030	0.111	1.461	0.132	3.400
X3.3 การมีส่วนร่วมของบุคลากร	0.202	0.030	0.315	5.072	0.000	2.102

สรุป ตัวแปรที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญคือ การมุ่งเน้นผู้รับบริการ การมีส่วนร่วมของบุคลากร

3. การตีความผลการวิจัยเชิงบริบท 1) แรงจูงใจเป็นตัวกำหนดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญที่สุดของบุคลากร รพ.สต. ในอำเภอเมืองมหาสารคาม 2) วัฒนธรรมองค์กรและการบริหารคุณภาพรวม แม้มีทิศทางเชิงบวก แต่ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญ 3) มิติสำคัญที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงาน ได้แก่ 3.1) วัฒนธรรมองค์กร ความชัดเจนของพันธกิจ และค่านิยมร่วม 3.2) แรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์กร 3.3) TQM การมุ่งเน้นผู้รับบริการ และการมีส่วนร่วม

ข้อเสนอเชิงนโยบาย ควรมุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจ เช่น ระบบยกย่องชมเชย การสนับสนุน

ทรัพยากร และเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ขับเคลื่อนตามพันธกิจ

สรุปและอภิปรายผล

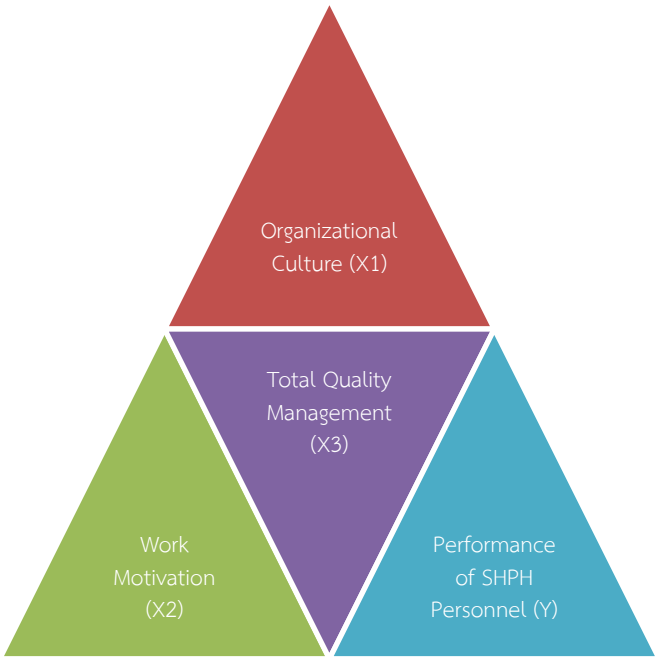
วัตถุประสงค์ที่ 1 ผลของวัฒนธรรมองค์กรต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)ผลการวิจัยพบว่า วัฒนธรรมองค์กรส่งผลเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากร รพ.สต. โดยเฉพาะในมิติ “พันธกิจองค์กร” และ “ความสอดคล้องของค่านิยมร่วม” ซึ่งมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สาเหตุอาจมาจากการที่บุคลากรมีความเข้าใจอย่างชัดเจนและยอมรับพันธกิจขององค์กร ทำให้สามารถนำค่านิยมและแนวปฏิบัติขององค์กรไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผลการปฏิบัติงานดีขึ้น ทั้งด้านความตรงต่อเวลา คุณภาพการบริการ และการบริหารจัดการงานผลการวิจัยสอดคล้องกับงานของ Abrori et al.[9] ที่ระบุว่าวัฒนธรรมองค์กรที่ชัดเจนและสอดคล้องกันช่วยเสริมสร้างความผูกพันของพนักงานและทำให้ประสิทธิภาพการทำงานเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานของ Worapongpat et al.[3] ที่พบว่าวัฒนธรรมองค์กรมความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับประสิทธิผลขององค์กรและผลลัพธ์ด้านบุคลากร

วัตถุประสงค์ที่ 2 ผลของแรงจูงใจในการทำงานต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากร รพ.สต. ผลการวิจัยแสดงว่า แรงจูงใจในการทำงานมีผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อผลการปฏิบัติงาน ($p < 0.01$) ทั้งในด้านแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) และแรงจูงใจภายนอกหรือปัจจัยค้ำจุน (extrinsic/hygiene factors) ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ ทั้งในด้านความตรงต่อเวลา คุณภาพของการดูแลรักษา และการจัดการปริมาณงานสาเหตุอาจมาจากการที่บุคลากรได้รับแรงเสริมในรูปของความพึงพอใจในงานและการสนับสนุนจากองค์การ ส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นและความผูกพันในการทำงานมากขึ้น ซึ่งช่วยยกระดับผลการปฏิบัติงานผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัยของ Jing et al.[10] ซึ่งอธิบายว่าแรงจูงใจทั้งปัจจัยภายในและภายนอกมีบทบาทสำคัญต่อประสิทธิภาพการทำงาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-Determination Theory) ของ Worapongpat et al.[3] ที่เสนอว่าการมีแรงจูงใจเชิงบวกช่วยเพิ่มความพึงพอใจและประสิทธิผลในการทำงานของบุคลากร

วัตถุประสงค์ที่ 3 ผลของการบริหารคุณภาพรวม (TQM) ต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากร รพ.สต.ผลการศึกษาแสดงว่า การดำเนินงานตามแนวคิดการบริหารคุณภาพรวมมีผลเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยเฉพาะในมิติ “การมุ่งเน้นผู้รับบริการ” และ “การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ” ซึ่งมีผลอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) อย่างไรก็ตาม มิติ “การปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง” ไม่พบผลอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) สาเหตุที่เป็นไปได้คือ บุคลากร รพ.สต. ให้ความสำคัญกับการให้บริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและการทำงานเป็นทีม แต่มีข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมพัฒนางานอย่างต่อเนื่องได้อย่างสม่ำเสมอ[11] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ Masinde et al.[12] ที่พบว่าการบริหารคุณภาพรวมจะเกิดผลสำเร็จได้เมื่อมีการมีส่วนร่วมของบุคลากรและการมุ่งเน้นผู้รับบริการ ซึ่งเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญที่นำไปสู่ประสิทธิภาพและคุณภาพของการบริการ

องค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษา (NEW KNOWLEDGE CONTRIBUTED BY THE STUDY)

การศึกษาครั้งนี้มุ่งสำรวจปัจจัยด้านองค์การที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้แก่ รพ.สต.บ้านหนองแวง บ้านหนองจิก และบ้านท่าน้ำงาม ซึ่งตั้งอยู่ในเขตเทศบาลและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยองค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้:



แผนภาพแนวคิด วัฒนธรรมองค์การ (X1)วัฒนธรรมองค์การส่งผลเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยเฉพาะด้านการมุ่งเน้นพันธกิจขององค์การและความสอดคล้องของค่านิยมซึ่งช่วยเสริมความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับทิศทางขององค์การ และสนับสนุนการนำบรรทัดฐานองค์การไปใช้ในการให้บริการสาธารณสุขแรงจูงใจในการทำงาน (X2)แรงจูงใจทั้งภายในและภายนอกมีอิทธิพลเชิงบวกอย่างมากต่อผลการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรมีความตั้งใจ ความผูกพัน และประสิทธิภาพในการให้บริการเพิ่มขึ้นการจัดการคุณภาพโดยรวม (TQM) (X3)TQM ส่งผลเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในด้านการมุ่งเน้นผู้รับบริการและการมีส่วนร่วมของทีม อย่างไรก็ตาม ด้านการพัฒนาต่อเนื่องยังไม่แสดงอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร

ผลการปฏิบัติงานของบุคลากร รพ.สต. (Y)ผลการปฏิบัติงานประกอบด้วยตัวชี้วัด เช่น ความตรงต่อเวลา คุณภาพบริการ การจัดการภาระงาน และประสิทธิภาพด้านต้นทุนการดำเนินงาน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแรงจูงใจในการทำงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมาคือวัฒนธรรมองค์การและ TQM

การตีความตามบริบทแผนภาพนี้ชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร รพ.สต. จำเป็นต้องอาศัยวัฒนธรรมองค์การที่เข้มแข็ง ระบบแรงจูงใจที่มีประสิทธิผล และการจัดการคุณภาพที่รอบด้าน ซึ่งทั้งหมดนี้ช่วยยกระดับการให้บริการสาธารณสุขในระดับชุมชน

สรุปผลโดยรวม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์การ แรงจูงใจ และการจัดการคุณภาพโดยรวม ส่งอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากร รพ.สต. โดยแรงจูงใจในการทำงานมีอิทธิพลสูงที่สุด รองลงมาคือวัฒนธรรมองค์การและ TQM ขณะที่องค์ประกอบบางด้าน เช่น การพัฒนาต่อเนื่อง ไม่พบอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการมีส่วนร่วมที่ไม่สม่ำเสมอของบุคลากรผลลัพธ์ที่ได้สะท้อนความสำคัญของการสร้างวัฒนธรรมองค์การที่แข็งแรง พัฒนาโครงสร้างแรงจูงใจ และนำระบบการจัดการคุณภาพแบบองค์รวมมาใช้เพื่อยกระดับผลการปฏิบัติงานของ รพ.สต. ซึ่งสอดคล้องกับองค์ความรู้ร่วมสมัยด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์และพฤติกรรมองค์การในบริบทบริการสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1.1 วัฒนธรรมองค์การเนื่องจากพันธกิจขององค์การและความสอดคล้องของค่านิยมมีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควร: เสริมสร้างการสื่อสารเกี่ยวกับค่านิยมร่วมของบุคลากรจัดอบรมหรือเวิร์กชอปเพื่อเสริมความเข้าใจในพันธกิจของ รพ.สต.สร้างกลไกการมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับร่วมตัดสินใจ

1.2 แรงจูงใจในการทำงานในเมื่อแรงจูงใจทั้งภายในและภายนอกช่วยเพิ่มผลการปฏิบัติงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควร:จัดระบบรางวัลและการยกย่องสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีผลงานดีพัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่สนับสนุนความพึงพอใจและความผูกพันจัดโอกาสในการพัฒนาทักษะและความก้าวหน้าในอาชีพ

1.3 การจัดการคุณภาพโดยรวม (TQM)เนื่องจากการมุ่งเน้นผู้รับบริการและการมีส่วนร่วมของทีมช่วยเพิ่มผลการปฏิบัติงาน หน่วยงานควร: พัฒนากลไกการประเมินและติดตามคุณภาพบริการสาธารณสุขส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรอย่างเต็มที่ในการปรับปรุงกระบวนการบริการจัดการฝึกอบรมที่เน้นความต้องการของผู้รับบริการและการให้บริการที่ตอบสนองได้ดี

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

การวิจัยในอนาคตสามารถศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้:การพัฒนาวิชาชีพต่อเนื่องและผลต่อประสิทธิภาพของ รพ.สต.ผลกระทบของเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบสุขภาพดิจิทัลต่อการปฏิบัติงานการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานของ รพ.สต. ที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนจังหวัดกับเทศบาล หรือรูปแบบการบริหารอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Mas'ud, M., Alam, R., Hamid, S., & Saleh, M. (2024). Performance and service optimization: The role of organizational culture, leadership and motivation. Zhongguo Kuangye Daxue Xuebao, 29(3), 400–408.
2. Nugraha, B. A. (2024). The significance of work motivation: The impact of organizational culture and work environment on employee performance. MANAZHIM: Jurnal Manajemen dan Ilmu Pendidikan, 6(1), 265–289.
3. Worapongpat, N. (2023). Study on employee satisfaction towards welfare of Global Consumer Public Company Limited. Journal of Social Sciences and Humanities, Kasetsart University, 49(1), 103–114. https://so04.tci-thaijo.org/index.php/socku/article/view/258412
4. Purwaningsari, R. T., Juniarti, A. T., Affandi, A., & Sunarsi, D. (2022). Strategy for strengthening work culture in an effort to improve the quality of health services (Case study at Community Health Center in Tasikmalaya City). Jurnal Ilmiah Ilmu Administrasi Publik, 12(2), 613–613.
5. Qi, T., Wongkumchai, T., & Worapongpat, N. (2024). Factors affecting customers' purchase intentions towards organic food products in Chengdu. Art and Science Great Mekong Subregion Research Journal (OAS Journal), 31(2), 70–85. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/oasjournal/article/view/261549
6. Qoyimah, D. L., & Yuhelmis, Y. (2024). The effect of work discipline, work motivation and organizational culture on employee performance improvement strategies at Bogor City Hospital in 2024. International Journal of Social and Management Studies, 5(6), 14–23.
7. Raharjo, R., Pasinringi, S. A., Rivai, F., & Sari, N. (2024). The influence of leadership and organizational culture on employee performance through work motivation of Beriman Balikpapan Regional Hospital. Frontiers in Health Informatics, 13(8).
8. Rumengan, J., Suhardis, A., & Gunawan, D. (2021, January). The influence of job promotion, work culture, work facilities, work satisfaction on employee performance in the Hj Bunda Halimah Hospital Batam. In IAIC International Conference Series (Vol. 3, No. 2, pp. 8–15).

9. Abrori, I., Rizki, V. L., & Muttaqien, F. (2024, January). Human resource management in improving employee performance through work motivation, quality of work life, and work discipline. In Conference on SDGs Transformation through the Creative Economy: Encouraging Innovation and Sustainability (TCEEIS 2023) (pp. 178–183). Atlantis Press.
10. Jing, G., Worapongpat, N., & Wongkumchai, T. (2024). Developing a competitive strategy for an alternative energy power company: A case study of Taizhou Sanxin Co., Ltd. Journal of Administration Management and Sustainable Development, 2(1), 231–246. https://so15.tci-thaijo.org/index.php/jamsd/article/view/522
11. Worapongpat, N. (2024). The impact of production management on the competitiveness of full-service supplement and beauty product manufacturing businesses: A case study of SCG Grand Co., Ltd. Journal of Public and Private Issues, 1(3), 159–171. https://so17.tci-thaijo.org/index.php/jppi/article/view/577
12. Masinde, C. A., Manyasi, J., Otsyula, J. O., & Onyango, R. O. (2023). Moderating effect of organizational culture on the relationship between quality of work life and organizational commitment amongst nurses in public hospitals in Bungoma County. African Journal of Empirical Research, 4(2), 745–753.

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และภาวะหมดไฟในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง

The Relationship between Stress, Mental Health Literacy, and Academic Burnout among Nursing Students at a Public University.

(Received: December 7,2025 ; Revised: December 17,2025 ; Accepted: December 19,2025)

บูคอรี ดาเล็ง[1] พยาม การดี[2] และคณะ
Bukhori Daleng[1] Phayam Kandee[2] and others

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียด แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับมาก (Mean = 48.36) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (Mean =3.79) และภาวะหมดไฟในการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean =3.09) ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการเรียนอย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.001, r = 0.66) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะหมดไฟในการเรียน

คำสำคัญ : ความเครียด ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ภาวะหมดไฟในการเรียน นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This suevey research aimed to examine the relationships among these variables in nursing students. The sample consisted of 235 nursing students. Data were collected using questionnaires on demographic characteristics, stress scale, mental health literacy, and academic burnout. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The findings revealed that the participants had a high level of stress (Mean = 48.36), a high level of mental health literacy (Mean = 3.79), and a moderate level of academic burnout (Mean = 3.09). Stress was significantly correlated with academic burnout (r = 0.66, p < 0.001), whereas mental health literacy showed no significant correlation with academic burnout.

Keywords: Stress, Mental health literacy, Academic burnout, Nursing students

บทนำ

ภาวะหมดไฟ (burnout) คือ กลุ่มอาการทางจิตใจที่เป็นผลมาจากความเครียดเรื้อรังในบริบทของการทำงานที่บุคคลนั้นต้องรับผิดชอบ[1] และสำหรับช่วงวัยรุ่นซึ่งอยู่ในวัยเรียนนั้น ภาวะหมดไฟที่เกิดขึ้นจึงมีความเกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบทางด้านการเรียนโดยตรง ซึ่งภาวะนี้พบข้อมูลในนักศึกษามหาวิทยาลัย[2,3] โดยเฉพาะกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ[4,5,6] สำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่า เกิดภาวะหมดไฟในการเรียนเช่นกัน[7,8,9]

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นหลักสูตรปริญญาตรีทางวิชาชีพที่มุ่งเน้นการพัฒนาบัณฑิตให้มีความรู้ในศาสตร์พยาบาลและการผดุง

[1] นิสิตพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา Corresponding author: Phayam Kandee; E-mail: Phayamk@gmail.com

ครรภ์ พร้อมกับทักษะด้านการวิจัยและนวัตกรรม เพื่อแก้ปัญหาทางสุขภาพ หลักสูตรนี้มีโครงสร้างที่ครอบคลุมวิชาพื้นฐาน วิชาเฉพาะทาง และการฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์หลากหลาย ซึ่งรวมถึงการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลในกระบวนการพยาบาลและใช้เวลาศึกษาตลอดหลักสูตร 4 ปี และสถาบันการศึกษาต้องผ่านการรับรองจากมีองค์กรวิชาชีพคือ สภาการพยาบาล[10] ลักษณะการเรียนในหลักสูตรพยาบาลมีความแตกต่างจากคณะอื่น ๆ อย่างชัดเจน เนื่องจากต้องมีการฝึกปฏิบัติจริงในสถานพยาบาล และการเรียนการสอนที่เน้นกระบวนการคิดเชิงวิเคราะห์ การจัดการภาวะฉุกเฉิน และการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพที่เคร่งครัด แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลเผชิญกับความเครียดจากหลายปัจจัย ทั้งเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ ความกดดันจากการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง งานดูแลผู้ป่วย ภาระงานที่หนัก และความคาดหวังที่สูงจากทั้งตนเองและสังคม อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียน

จากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นักศึกษาพยาบาลในอินโดนีเซีย มีภาวะหมดไฟในการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง[9] ในประเทศไทย ภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า ด้านการขาดการมีส่วนร่วมในการเรียน และความเหนื่อยล้าทางจิตใจ อยู่ในระดับสูง ถึงร้อยละ 78.54 และ 79.58 ตามลำดับ[7] สอดคล้องกับภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี พบว่า มีภาวะหมดไฟในการเรียนอยู่ในระดับปานกลางทั้งรายด้านและภาพรวม[8] ซึ่งเมื่อเกิดภาวะหมดไฟในการเรียน จะส่งผลกระทบตามมามากมาย

ภาวะหมดไฟในการเรียนระยะแรกจะเกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อการทำงาน บุคคลจะจัดการกับปัญหาด้วยการแยกตัวเองออกจากผู้อื่น รู้สึกแง่ลบต่อผู้อื่น และงานที่รับผิดชอบรู้สึกตัวเองมีคุณค่าน้อยลง ประสิทธิภาพในการเรียนลดลง ด้านจิตใจและอารมณ์ มีความรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ เหนื่อยล้าในการเรียน อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ[11] และนำไปสู่ปัญหา ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการลาออกกลางคัน[12] ปัญหาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ[13] ดังนั้น การศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการเรียนจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ ที่จะนำไปสู่ความเข้าใจถึงสาเหตุที่สัมพันธ์กับภาวะดังกล่าวและนำไปสู่การป้องกันได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ความเครียด ถือเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญ ซึ่งความเครียดเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นผลมาจากการที่บุคคลประเมินเหตุการณ์ในขณะนั้นว่าเกินขีดความสามารถหรือทรัพยากรที่มีอยู่ที่ตนเองจะใช้ต่อต้าน แก้ปัญหา และรู้สึกว่าถูกคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อความเป็นสุข[14] เมื่อพิจารณาในบริบทของนักศึกษาพยาบาล นักศึกษาต้องจัดการภาระการเรียนที่หนัก ทั้งการเรียนภาคทฤษฎี การทำงานกลุ่ม และการฝึกภาคปฏิบัติ อาจทำให้เกิดความกดดันที่มากกว่านักศึกษาคณะอื่น ๆ เมื่อนักศึกษามีความเครียดในการเรียนเป็นช่วงเวลานานอาจนำไปสู่ ภาวะหมดไฟในการเรียนได้[15] ซึ่งเกิดจากภาวะอารมณ์ที่เหนื่อยล้าด้านการเรียนร่วมกับภาระงานที่ได้รับมอบหมายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบว่าบุคคลที่มีความเครียดด้านการเรียนสูงอาจทำให้มีภาวะหมดไฟในการเรียนสูงตามไปด้วย

นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีความรู้เรื่องสุขภาพ ที่สามารถดูแลสุขภาพจิตตนเองได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการมีสุขภาพจิตที่ดี รวมถึงปัจจัยเสี่ยงอาการของโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา ที่ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักและยอมรับต่อความเจ็บป่วยทางจิต สามารถจัดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และขอรับความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับสามารถสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหา

ทางด้านสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม[16] ในสังคมปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางอินเตอร์เน็ตมีอิทธิพลต่อนักศึกษาในมหาวิทยาลัยอย่างมาก ทำให้นักศึกษาสามารถรับข่าวสารต่างๆมากมาย นักศึกษาที่มีความรอบรู้สุขภาพจิตที่เหมาะสมจะสามารถดูแลสุขภาพจิตตนเองและคนรอบข้างได้ดีและครบทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต 2) ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต 3) ด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งขอรับความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตเบื้องต้น 4) ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม[17] สำหรับบุคคลที่มีข้อจำกัดด้านความรอบรู้สุขภาพจิตอาจจะไม่สามารถเข้าใจความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต สัญญาณของความตึงเครียดของตนเองและคนรอบข้าง ซึ่งอาจไปขัดขวางกระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือความผิดปกติทางจิตใจ นอกจากนี้การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตทั่วไปและความผิดปกติทางจิตใจนี้ ยังเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การไม่เข้าใจ และอาจสร้างความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้ที่ประสบปัญหาทางสุขภาพจิตได้[18] จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการเรียน

การศึกษาทางด้านพยาบาลเป็นการเรียนในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตของมนุษย์ การศึกษาจึงต้องการความละเอียดรอบคอบ ความเข้าใจในทฤษฎี หลักการ และการประยุกต์ใช้ความรู้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียดในระหว่างการเรียน และอาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการเรียน ในขณะที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต น่าจะมีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการเรียน อย่างไรก็ตาม การศึกษาความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัด คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องดังกล่าว เพื่อให้ทราบข้อมูลที่สำคัญ นำไปสู่การสร้างความตระหนักและใช้เป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความเครียดของจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นผลมาจากการที่บุคคลประเมินเหตุการณ์ในขณะนั้นว่าเกินขีดความสามารถหรือทรัพยากรที่มีอยู่ที่ตนเองจะใช้ต่อต้าน แก้ปัญหาและรู้สึกว่าถูกคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อความเป็นสุข[14]และกรมสุขภาพจิต แบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง และรุนแรง และแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) ของโจร์ม[19] ร่วมกับกรมสุขภาพจิต[16]และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ที่กล่าวว่า ความรู้ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการมีสุขภาพจิตที่ดี รวมถึงปัจจัยเสี่ยงอาการของโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา ที่ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักและยอมรับต่อความเจ็บป่วยทางจิต สามารถจัดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และขอรับความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับสามารถสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต 2) ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต 3) ด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งขอรับความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต

เบื้องต้น 4) ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องสำคัญในการส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ตามแนวคิดของ Schaufeli และ คณะ[20] และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ด้าน ด้านความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ การเมินเฉยต่อการเรียน และ การรับรู้ว่าตนเองไร้ความสามารถ โดยเมื่อเกิดความเครียดมากขึ้น ทำให้มีแนวโน้มที่นำไปสู่ภาวะหมดไฟในการเรียนสูงขึ้น ร่วมกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลและสังคมในการเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิต ทำให้บุคคล ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิต สามารถนำข้อมูลข่าวสารมาใช้ในการตัดสินใจ จัดการ เพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม แต่ถ้าบุคคลพร่องความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจะไม่สามารถเข้าใจความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต สัญญาณของความตึงเครียดของตนเอง และคนรอบข้าง ซึ่งอาจไปขัดขวางกระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือความผิดปกติทางจิตใจ อาจมีแนวโน้มที่นำไปสู่ภาวะหมดไฟในการเรียนสูงขึ้น ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และภาวะหมดไฟในการเรียนในนักศึกษาพยาบาล จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจและนำไปสู่การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัฐแห่งหนึ่ง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2568 ชั้นปีที่ 1-4 รวมทั้งหมด 477 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (simple size) โดยใช้สูตรของ เครซี่และมอร์แกน[21] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 213 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 235 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง จากนั้นสุ่มแบบโควตา (quota sampling) โดยคำนวณตามสัดส่วนในแต่ละชั้นปี จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 235 คน นักศึกษาที่ถูกเลือกได้มาจากการรับสมัครนักศึกษาที่สนใจเป็นอาสาสมัคร (volunteer) ในการให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้ โดยประชาสัมพันธ์ตามช่องทางต่างๆ เช่น บอร์ดประชาสัมพันธ์ กิจกรรมต่างๆของคณะ หรือการบอกต่อของกลุ่มนักศึกษา จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มอาสาสมัครแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุระหว่าง 18 - 25 ปี 2) กำลังศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2568 และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) นักศึกษาที่พักการเรียน หรือพ้นสภาพการเป็นนักศึกษา 2) มีประวัติการป่วยทางจิต 3) ได้รับการรักษาด้วยอาการป่วยทางจิต จนกระทั่งครบตามสัดส่วนของจำนวนนักศึกษาแต่ละชั้นปีที่กำหนดไว้
ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 – เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) ข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีศาสนา เกรดเฉลี่ยสะสม สถานะของครอบครัว การอยู่ในช่วงฝึกปฏิบัติงาน ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาหรือโรคประจำตัว ความพึงพอใจในการนอนหลับ ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ทัศนคติต่อการเรียนพยาบาล การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยทีมผู้วิจัยสร้างเอง

2) แบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียน School Burnout Inventory (SBI) โดย สุชาดา เรืองศรี และหยกฟ้า อิศรานนท์[22] พัฒนาและเพิ่มข้อคำถาม

ซึ่งมีข้อคำถามทั้งสิ้น 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ด้านการเมินเฉยต่อการเรียน และด้านการรับรู้ว่าตนเองไร้ความสามารถ มีมาตรวัดประเมินค่าแบบลิเคิร์ทสเกล แบ่งเป็น 7 ระดับ โดย 1 หมายถึง ตรงน้อยที่สุด และ 7 หมายถึง ตรงมากที่สุด ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ แบ่งระดับโดยคำนวณจากค่าเฉลี่ย ดังนี้ค่าเฉลี่ย 1.00 – 3.00 แปลผลระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 3.01 – 5.00 แปลผลระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 5.02–7.00 แปลผลระดับสูง

3) แบบวัดความเครียด (SPST-20) ของกรมสุขภาพจิต[23] ซึ่งใช้ประเมินความเครียดในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา มีทั้งหมด 20 ข้อ มีมาตรวัดประเมินค่าแบบลิเคิร์ทสเกล แบ่งเป็น 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด และ 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ คะแนน 0-23 มีความเครียดในระดับต่ำ คะแนน 24-41 มีความเครียดในระดับปานกลาง คะแนน 42-61 มีความเครียดในระดับสูง คะแนน 62 ขึ้นไป มีความเครียดในระดับรุนแรง

4) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (The Mental Health Literacy Questionnaire – short versionadult: MHLq_SVa) พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทย โดย ณัฏฐภัณฑ์สัณฑ์ ศรีวิชัย และคณะ[24] มีจำนวน 16 ข้อ มาตรวัดประเมินค่าแบบลิเคิร์ทสเกล แบ่งเป็น 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งแบบสอบถามทั้งฉบับมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16 – 80 คะแนน ซึ่งงานวิจัยครั้งแบ่งระดับโดยคำนวณจากค่าเฉลี่ย ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 แปลผล อยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.34–3.66 แปลผล อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.67–5.00 แปลผล อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยยืมเครื่องมือมาใช้ โดยไม่ได้มีการดัดแปลง จึงไม่มีการหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reality) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ได้แก่ แบบวัดความเครียด แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียน โดยการนำแบบสอบถามทุกชุด ไปทำการทดสอบกับนักศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 ราย เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นจากความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยจะใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ต้อง ≥ 0.80 (Burns & Grove, 2009) โดยการศึกษานี้ทั้ง 3 ชุด ได้เท่ากับ 0.91, 0.94, 0.80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. เมื่อได้รับการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากได้รับอนุญาตจากคณบดีคณะที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทีมวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงอธิบายเกี่ยวกับการให้ความยินยอม ตอบข้อซักถาม และกำหนดเวลาและสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ ตามสัดส่วนจนครบในแต่ชั้นปี โดยจะมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา แจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมก่อนตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามและกล่าวขอบคุณ

4. คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปคำนวณคะแนนและวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังต่อไปนี้

ข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยความแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ข้อมูลคะแนน ความเครียด ความรอบรู้สุขภาพจิต และภาวะหมดไฟวิเคราะห์โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนาในการหาร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ทำการทดสอบชุดข้อมูลโดยการใช้ one sample Kolmogorov-Sminov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายตามโค้งปกติ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด ความรอบรู้สุขภาพจิต และภาวะหมดไฟในการเรียน โดย ใช้สถิติการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ HREC-UP-HSST 1.2/098/68 และได้ปฏิบัติตามการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่ปิดบังข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่าง เก็บรักษาข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการศึกษา

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยรัฐแห่งหนึ่ง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะหมดไฟ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (r=.655, p<.001) อธิบายได้ว่า ภาวะหมดไฟในการเรียน

ผลการวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.2 อายุเฉลี่ยคือ 20 ปี เกรดเฉลี่ยที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 3.51-4.00 ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.3 อยู่ในช่วงเรียนภาคทฤษฎีมากที่สุด ร้อยละ 75.3 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.8 การนอนหลับเพียงพอ ร้อยละ 63.8 ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการเรียนพยาบาลแบบเป็นกลาง ร้อยละ 63.4 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 98.7 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 71.9

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 48.3, SD = 13.76) โดยรู้สึกเครียดปานกลาง เครียดมาก และรู้สึกเครียดมากที่สุด ร้อยละ 36.2, 46.4, และ 17.4 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับสูง (Mean = 3.79, SD = 0.31) โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับปานกลางร้อยละ 37.4 และมีระดับสูงร้อยละ 62.6 สำหรับภาวะหมดไฟในการเรียนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.09, SD = 0.88) โดยแยกเป็นระดับระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ร้อยละ 57, 40.4 และ 2.6 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ระหว่างความเครียด ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และภาวะหมดไฟในการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ด้านบวกระดับปานกลางกับภาวะหมดไฟในการเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r=.655, p<.001) ในขณะที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะหมดไฟในการเรียน

ส่วนใหญ่จะเกิดกับนักศึกษาในระดับปริญญาตรี โดยเฉพาะสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งการเรียนทางด้านนี้มีความเครียดและอยู่ภายใต้ความกดดัน เนื่องจากการเรียนพยาบาลมุ่งเน้นศึกษาโดยตรงต่อชีวิตมนุษย์[5] บุคคลที่มีความเครียดด้านการเรียนสูงสามารถทำให้มีภาวะหมดไฟในการเรียนสูงตามไปด้วยและพบว่าความเครียดด้านการเรียนกับภาวะหมดไฟในการเรียนมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน[25] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะหมดไฟของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และจำแนกตามชั้นปีพบว่า ชั้นปีที่ 2-4 มีภาวะหมดไฟในการเรียนในภาพรวมไม่แตกต่างกัน และมีความสัมพันธ์กับความเครียด[8] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีมีความเครียดที่ไม่แตกต่างกัน ในชั้นปีที่อยู่ในช่วงปฏิบัติอาจมีความเครียด ความกดดัน เกี่ยวกับการขึ้นฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาล แต่นักศึกษาที่ไม่ได้อยู่ในช่วงฝึกจะมีความเครียดเรื่องการเรียนในภาคทฤษฎี นอกจากนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง[26] ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟทางการเรียนในระดับปานกลาง ($r = 0.41$, $p<0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับรู้ความเครียดเกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษา การเพิ่มขึ้นของการรับรู้ความเครียดย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟทางการเรียนด้วยเช่นกัน และยังพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความเครียด ภาวะหมดไฟ และความผูกพันกับการเรียน[27] ซึ่งพบว่านักศึกษาร้อยละ 73.2 มีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง และร้อยละ 28.2 มีอาการหมดไฟในการเรียนในอย่างน้อยหนึ่งมิติ และพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับทุกมิติของภาวะหมดไฟ ($r = 0.40–0.58$, $p < 0.001$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความเครียดมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมในสภาพแวดล้อมการเรียน เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะหมดไฟที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่พบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง[28] ที่ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมของภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์อยู่ในระดับน้อย ($M=2.08$, $S.D.=0.66$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเรียนระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยรามคำแหง ซึ่งเป็นระบบเปิดและการจัดการเรียนการสอนหลักผ่านอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ นักศึกษาสามารถเทียบโอนหน่วยกิตที่เคยเรียนสะสมไว้นำมาเทียบโอนกลับมาเรียนต่อให้จบได้ ดังนั้นระบบการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างกัน จึงส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการเรียนที่แตกต่างกันได้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และภาวะหมดไฟใน การเรียนของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยรัฐแห่งหนึ่ง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะหมดไฟในการเรียน อธิบายได้ว่า อธิบายได้ว่าแม้นักศึกษาพยาบาลจะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูง แต่ไม่มีความสัมพันธ์ที่นัยสำคัญทางสถิติกับภาวะหมดไฟในการเรียน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบงานวิจัยที่สนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ แต่พบการศึกษาที่ไม่สอดคล้อง ซึ่งศึกษาเรื่อง ความเหนื่อยหน่ายทางวิชาการและการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเหนื่อยหน่ายทางวิชาการ ($r = -0.25$, $p < 0.01$)[9] ในขณะเดียวกัน ยังพบผลการศึกษาว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิตไม่มีนัยสำคัญโดยตรงต่อกัน แต่เกิดผ่านตัวแปรส่งผ่าน

คือ ภาวะหมดไฟและการมีส่วนร่วมในการทำงาน[29] ซึ่งสะท้อนได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างเดียวไม่สามารถลดภาวะหมดไฟได้ แต่จะสามารถช่วยลดหรือป้องกันภาวะหมดไฟได้ก็ต่อเมื่อมีการเสริมด้วยปัจจัยเชิงระบบหรือการทำงานที่ได้รับการสนับสนุน นอกจากนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการเรียนร่วมด้วย ได้แก่ ปัญหาด้านการเงินซึ่งสร้างความกังวลและเพิ่มความเครียดในการเรียน ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ร่วมกับแบบแผนการนอนหลับที่ไม่เพียงพออาจนำไปสู่การมีสมาธิและความใส่ใจในการเรียนลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟในการเรียนเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันเกรดเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง แม้สะท้อนถึงความสามารถด้านการเรียน แต่ไม่ได้แสดงความสัมพันธ์ชัดเจนกับภาวะหมดไฟในการเรียน เนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่มีผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง อย่างไรก็ตามในบางกรณีการรักษาผลการเรียนให้อยู่ในเกณฑ์สูง อาจเป็นแรงกดดันเสริมที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการเรียนร่วมด้วย ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูงก็อาจไม่เพียงพอต่อการลดหรือป้องกันภาวะหมดไฟอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงและภาวะหมดไฟในการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้งานกิจการนักศึกษา กรรมการหลักสูตร และอาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อออกแบบโปรแกรมการเผชิญปัญหาหรือโปรแกรมทักษะการจัดการความเครียดเพื่อลดปัญหาภาวะเครียดที่จะนำไปสู่การป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการเรียนสำหรับนักศึกษาพยาบาล

2) จากผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ซึ่งสามารถนำข้อมูลนี้ไปออกแบบโปรแกรมเพื่อสร้างกลยุทธ์ให้นำสู่การปฏิบัติในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยในการช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

1) จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรสองตัวคือภาวะเครียดและภาวะหมดไฟในการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p>0.001$ จึงควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายโดยใช้ตัวแปรความเครียดร่วมกับตัวแปรอื่นๆที่เกี่ยวข้องต่อภาวะหมดไฟในการเรียนในนักศึกษาพยาบาล

2) ควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างในนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น คณะแพทย์ศาสตร์, คณะทันตแพทยศาสตร์, คณะเภสัชศาสตร์, คณะเทคนิคการแพทย์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ บุคลากรทางด้านสุขภาพและบุคลากรด้านการศึกษา ที่พบว่ามีความชุกเกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟทั้งการศึกษาแบบเชิงสำรวจและความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลในการป้องกันภาวะหมดไฟและส่งเสริมการเรียนที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2019). Burn-out an occupational phenomenon: International classification of diseases. 2019. [cited 2025 January 16]. Available from: https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases
2. ชัยพร พงษ์พิสันต์รัตน์.(2565). การศึกษาความเหนื่อยหน่ายในการเรียนของนิสิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 27 ก.พ. 68]; 41(5): 50-61. 92. เข้าถึงจาก: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/humsujournal/article/view/256694

3. Jagodics B, & Szabo E.(2025). Student Burnout in Higher Education: A Demand-Resource Model Approach. Trends in Psychology [Internet] 2023; 31(1): 757-776. [cited 2025 June 2]. Available from: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s43076-021-00137-4.pdf
4. ศรีอาภา อัจฉยะสวัสดิ์, สุชัญญา ปาริชาต เปรี่ยมนอง, ธนพร ประเคน, นันทิกานต์ ฤทธิ์เดช,ภัทรพร ยิ่งสนองชาติ และ ภาณุพงศ์ อุษณีย์งามเจริญ.(2565). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน ของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 27 ก.พ. 68]; 67(1): 101-112. เข้าถึงจาก: https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/67-1/09_Sriarpa.pdf
5. ศราวุธ สุทธิรัตน์ และคณะ.(2566). ภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาเทคนิคการแพทย์ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสารเทคนิคการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 27 ก.พ. 68]; 51(2): 8615-8626. เข้าถึงจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmt-amtt/article/view/262237/179326
6. Nteveros A, Kyprianou M, Artemiadis A, Charalampous A, Christoforaki K, Cheilidis S, ... & Zis P.(2020). Burnout among medical students in Cyprus: A cross-sectional study. PloS one [Internet] 2020; 15(11), e0241335. [cited 2025 June 2]. Available from: https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0241335&type=printable
7. อัจฉรา คามะทิตย์ และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ.(2565). อิทธิพลด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล สถาบันพระบรมราชชนก ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2565; 14(2): 56-71.
8. กรกนก อุดนอก และคณะ.(2567). ภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี. วารสารวิจัยนวัตกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางสุขภาพ. 2567; 2(2): 1-11.
9. Sumarni T, Mediawati AS, & Yulianita, H. (2021). Academic burnout among undergraduates nursing students. Journal of Nursing Care, 4(3).
10. มหาวิทยาลัยพะเยา.(2565). หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง 65 [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 27 ก.พ. 68]. เข้าถึงจาก: https://www.up.ac.th/Upload/หลักสูตรปริญญาตรี/หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต%20ปป.65.pdf
11. เอกพล สุดาชม, ปิยธิดา สุนิรันดร์, นภัสเกตน์ ธีระวัฒนานนท์.(2019). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวช ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2566; 17(2): 15-33.
12. Bumbacco C, & Scharfe E.(2023). Why attachment matters: first-year post-secondary students' experience of burnout, disengagement, and drop-out. Journal of College Student Retention: Research, Theory & Practice. 2023; 24(4): 988-1001. DOI: 10.1177/1521025120961012
13. Madigan DJ, & Curran T.(2021). Does burnout affect academic achievement? A meta-analysis of over 100,000 students. Educational Psychology Review [Internet] 2021; 33, 387-405. [cited 2025 June 2]. Available from: https://doi.org/10.1007/s10648-020-09533-1
14. Lazarus RS, & Folkman S.(1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
15. ธนวัฒน์ มณี และอารยา ผลธัญญา.(2565). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2565; 24(2): 136-147.
16. กรมสุขภาพจิต.(2567). คู่มือแนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต. กรงเทพ: บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด; 2567.
17 ณัฏฐภัณฑ์สัณฑ์ ศรีวิชัย และ มัจฉรีย์ คู่วิวัฒน์ชัย.(2564). นักเรียนนักศึกษาและความรอบรู้สุขภาพจิต. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และการบริหารสังคม. 2564; 29(2): 37–65.
18. Mental Health Foundation. (2019). Mental Health Literacy. 2019. [cited 2025 January 16]. Available from: https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/m/mental-health-literacy.
19. Jorm AF.(2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. The British Journal of Psychiatry. 2000; 177: 396-401.

20. Schaufeli WB, Martinez I, Pinto AM, Salanova M, & Bakker A.(2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. Journal of Cross-Cultural Psychology. 2002;33: 464–481.
21. Krejcie RV, & Morgan DW.(1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607-610.
22. สุชาดา เรืองศรี และ หยกฟ้า อิศรานนท์.(2566). การพัฒนาแบบวัดภาวะหมดไฟในการเรียนฉบับภาษาไทย. วารสารสุขศึกษา. 2566; 46(1): 38-49.
23. กรมสุขภาพจิต.(2567). แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง (stress test). กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [สืบค้นเมื่อ 27 พ.ค. 68]. เข้าถึงจาก: https://dmhpd.dmh.go.th/wp-content/uploads/2024/10/แบบประเมินความเครียดST-20.pdf
24. Campos L, Dias P, Costa M, Rabin L, Miles R, Lestari S, ... & Yu L.(2022). Mental health literacy questionnaire-short version for adults (MHLq-SVa): validation study in China, India, Indonesia, Portugal, Thailand, and the United States. BMC psychiatry. 2022; 22(1): 713.
25. กนกวรรณ ศรีสองเมือง.(2559). อิทธิพลของความเครียดในการเรียนที่มีต่อภาวะหมดไฟในการเรียนของ นักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: บทบาทการเป็นตัวแปรปรับของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2559.
26. รพีกรณ์ เปี่ยมพีช.(2566). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟทางการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยรามคำแหงภายใต้การดำเนินชีวิตในยุควิถีใหม่. วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย. 2566; 54(3): 13-24.
27. Olson N, Oberhoffer-Fritz1 R, Reiner B, & Schulz T.(2025). Stress, student burnout and study engagement – A cross-sectional comparison of university students of different academic subjects. BMC Psychology [Internet] 2025; 13:293. [cited 2025 June 2]. Available from: https://doi.org/10.1186/s40359-025-02602-6
28. ดารุณี ทิพยกุลไพโรจน์.(2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง. Interdisciplinary Academic and Research Journal [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [สืบค้นเมื่อ 5 พ.ค. 68]; 4(6): 3-6. เข้าถึงจาก https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/article/view/278503/185820
29. Yang C, Chen Y, Wang X, Xu P, Song J, Yang L, et al.(2024). A network approach to understanding occupational psychological distress: linking depression, anxiety, and burnout among Chinese healthcare professionals. Frontiers in Psychology. 2024; 15: 1474523.

ผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

Effect of the Development discharge planning Model of palliative Care and End -of - Life Patients, Dokkhamtai Hospital Phayao Province.

(Received: December 7,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 21,2025)

อรุณี แสงศรีจันทร์[1]
Arunee Sangsrichan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและเสริมสร้างความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ดำเนินการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา 4 ระยะ ประกอบด้วย 1) การทบทวนแผนการจำหน่ายและเวชระเบียนเพื่อวิเคราะห์ช่องว่างของระบบ 2) การพัฒนาเครื่องมือวิจัย 3) การทดลองใช้รูปแบบการวางแผนการจำหน่าย และ 4) การประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน จำนวน 26 คน และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 34 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ และแบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลหลัก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานแบบ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 8.76 เป็น 9.34 คะแนน (คิดเป็นร้อยละ 87.6 และ 93.4 ตามลำดับ) และคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 7.96 เป็น 8.76 คะแนน (คิดเป็นร้อยละ 79.6 และ 87.6 ตามลำดับ) แม้ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่ยังคงอยู่ในระดับสูง สะท้อนการพัฒนาคุณภาพกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลักมีคะแนนการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 7.97 เป็น 9.06 คะแนน (คิดเป็นร้อยละ 79.7 และ 90.6 ตามลำดับ) ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: การวางแผนการจำหน่าย; ผู้ป่วยระยะสุดท้าย; การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

This research and development aimed to develop and evaluate a discharge planning model for end-of-life palliative care patients in inpatient wards at Dokkhamtai Hospital, Phayao Province. The study was conducted to improve the quality of care and enhance the readiness of patients, families, and healthcare teams in managing end-of-life care at home. A research and development design was employed with four phases: 1) review of existing discharge plans and medical records, 2) development of research instruments, 3) implementation of the discharge planning model, and 4) evaluation of outcomes. The sample consisted of 26 professional nurses working in inpatient wards and 34 primary caregivers of end-of-life patients. Research instruments included knowledge and practice assessment forms for professional nurses and a practice assessment form for primary caregivers. All instruments were validated for content validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics using a paired t-test.

The results showed that professional nurses' knowledge increased from 8.76 to 9.34 points (87.6% to 93.4%) and their practice increased from 7.96 to 8.76 points (79.6% to 87.6%), although the differences were

[1] โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

not statistically significant ($p > 0.05$). However, scores remained at high levels, reflecting quality improvement in care processes. Primary caregivers' practice in discharge planning increased significantly from 7.97 to 9.06 points (79.7% to 90.6%) ($p < 0.001$).

Keywords: discharge planning; end-of-life patients; palliative care

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การดูแลที่มุ่งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคคุกคามชีวิต โดยป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ รูปแบบการดูแลนี้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การวินิจฉัยโรคจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มุ่งหวังให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้จากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี[1]

ปัจจุบันผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองทั่วโลกมีมากกว่า 56.8 ล้านคนต่อปี แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการดังกล่าว โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 78 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง สาเหตุหลักเกิดจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 39) โรคมะเร็ง (ร้อยละ 34) และโรคปอดเรื้อรัง (ร้อยละ 10) คาดการณ์ว่าความต้องการจะเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าภายในปี ค.ศ. 2060 ตามจำนวนประชากรสูงอายุและโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้น[2,3]

ประเทศไทยเผชิญสถานการณ์ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยมะเร็งและโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.96 ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จาก 102,330 คน เป็น 113,548 คน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการทรุดลงอย่างต่อเนื่อง ประสบความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลที่เน้นเพียงการรักษาโรคทางกายในโรงพยาบาลจึงไม่เพียงพอ จำเป็นต้องครอบคลุมมิติจิตสังคมด้วย[4]

ระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลต้องมีคุณภาพตามมาตรฐาน ครอบคลุมการประเมินองค์รวมทุกมิติ การวางแผนดูแลที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อวางแผนดูแลล่วงหน้า และการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ สิ่งสำคัญคือ ต้องมีการวางแผนจำหน่ายที่ดีและการส่งต่อข้อมูลให้ทีมชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเสียชีวิต[5] การศึกษาพบว่า แม้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายส่วนใหญ่ต้องการใช้ชีวิตที่เหลือที่บ้าน แต่กลับเสียชีวิตในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 57.14[6] การวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจึงมีความสำคัญยิ่ง ทั้งการจัดการอาการรบกวน การสื่อสารเรื่องการพยากรณ์โรค แนวทางการรักษา และการวางแผนดูแลล่วงหน้า ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตในสถานที่และลักษณะที่ต้องการ ถือเป็นมาตรการสำคัญของ "การตายที่ดี"[6,7]

โรงพยาบาลดอกคำใต้มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2565–2567 มีจำนวน 104, 187 และ 156 ราย ตามลำดับ โรคหลักคือ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง และภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง เป็นเพียงการรักษาตามอาการและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลกและแนวทางของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย

มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเสียชีวิตอย่างสงบตามความประสงค์

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหา ระยะพัฒนารูปแบบ ระยะปฏิบัติการ และระยะวิเคราะห์และสรุปผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอกคำใต้ ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 26 คน
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Z 51.5) หรือญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอกคำใต้ ระหว่างเดือนมกราคม – กรกฎาคม 2568

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอกคำใต้ ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 26 คน เนื่องจากประชากรมีจำนวนน้อย จึงศึกษาในประชากรทั้งหมด
2. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Z 51.5) หรือญาติผู้ดูแลหลักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอกคำใต้ ระหว่างเดือนมกราคม – กรกฎาคม 2568 จำนวน 34 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 ด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของ Cochran กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.95 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอกคำใต้ ระหว่างเดือนมกราคม – กรกฎาคม 2568
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Z 51.5) หรือญาติผู้ดูแลหลักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอกคำใต้ ระหว่างเดือนมกราคม – กรกฎาคม 2568 อายุ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (ฟัง พูด อ่าน หรือเขียน) หรือมีญาติที่สามารถสื่อสารแทนได้
4. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก

1. พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในระหว่างระยะเวลาการศึกษา
2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือญาติผู้ดูแลหลักที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในระหว่างระยะเวลาการศึกษา
3. ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และไม่มีญาติที่สามารถสื่อสารแทนได้
4. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. รูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลดอกคำใต้ที่พัฒนาขึ้น

2. แบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา อายุการปฏิบัติงาน และประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ลักษณะคำถามเป็นแบบ Check list

2.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบถูก-ผิด โดยคำตอบที่ถูกให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Bloom[8] ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80–100 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60–79 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 0–59 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

2.3 แบบประเมินการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบ Likert Scale 5 ระดับ ได้แก่ 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อยมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อยมาก 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย คือ คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับต่ำ[9]

3. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ดูแลหลัก เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบถูก-ผิด โดยคำตอบที่ถูกให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนร้อยละ 80–100 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60–79 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 0–59 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ[8]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การทดสอบความเที่ยงตรง (Validity)

1.1 รูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจพิจารณาความตรงตามวัตถุประสงค์ ความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสม โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence; IOC) กำหนดค่าที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

1.2 แบบสอบถาม ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence; IOC) กำหนดค่าที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน โดย

2.1 แบบทดสอบความรู้ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร Kuder-Richardson-20 (KR-20) ยอมรับค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ยอมรับค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหา

ทบทวนสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอกคำใต้ โดยการประชุมกลุ่ม (Focus Group) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 26 คน ดังนี้

1. ทบทวนแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเดิมของโรงพยาบาล

2. วิเคราะห์ปัญหาจากแผนการจำหน่ายที่มีอยู่เดิม วิเคราะห์ปัญหาการรีแอดมิทและอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. วิเคราะห์ความต้องการและปัญหาของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงรายละเอียดของกระบวนการที่เกิดปัญหาและแนวทางแก้ไข

4. สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากปีงบประมาณ 2567 จำนวน 10 ราย เพื่อวิเคราะห์ความต้องการและปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ

1. นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มากำหนดและพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ

2. ร่างแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จัดทำเป็นคู่มือและแบบฟอร์มบันทึกผล

3. กำหนดแผนการพัฒนา ประกอบด้วย

3.1 การส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติแก่พยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การใช้เครื่องมือ วิธีการประเมินและการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมการปฏิบัติและสาธิตการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย และการนิเทศติดตามด้วยการประชุมกลุ่ม (Focus Group) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3.2 การส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติแก่ผู้ดูแลหลัก โดยให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางของโรงพยาบาล พร้อมทั้งสาธิตการดูแลและบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย

ระยะที่ 3 การปฏิบัติและติดตามผล

นำรูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไปปฏิบัติและติดตามผลโดยใช้เครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for adult Suandok; PPS) แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ และแบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแลหลัก ทำการประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ระยะที่ 4 การวิเคราะห์และสรุปผล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้วิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปและสรุปผลการวิจัย

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา กระทรวงสาธารณสุข เลขที่อนุมัติ 006/2568 ลงวันที่ 15 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

1.1 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ

1.1.1 ผลการทบทวนแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายเดิม จากการทบทวนแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอกคำใต้ พบว่า โรงพยาบาลมีระเบียบปฏิบัติการจำหน่ายผู้ป่วยเรื้อรัง (โรคทั่วไป) แต่ยังไม่มีแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ชัดเจน การวางแผนจำหน่ายที่มีอยู่เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสมหลังจำหน่าย อย่างไรก็ตาม ยังขาดการดูแลครบถ้วนตามมาตรฐาน Palliative Care โดยเฉพาะในประเด็นด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan)

1.1.2 ผลการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) ผลการทบทวนเวชระเบียน (Case Review) ปี 2567 จำนวน 10 ราย โดยใช้กรอบ

แนวคิด Donabedian's Quality of Care Model ซึ่งประกอบด้วย โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) พบว่า โรงพยาบาลดอกคำใต้มีการดำเนินการได้ดีในด้านการจัดการอาการทางกาย โดยมีการบันทึกคะแนนความปวดและอาการรบกวนจนถึงวันจำหน่าย (ร้อยละ 100) ด้านการตัดสินใจทางการแพทย์พื้นฐาน ได้แก่ การบันทึก PPS, DNR/ACP มีอัตราสูง (ร้อยละ 90) อัตราการกลับมารับไว้ในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 90 ไม่กลับมารับซ้ำ)

อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่าง (Gaps) ในการประเมินเชิงองค์รวม ได้แก่ การประเมินความเครียดและความพร้อมของผู้ดูแล (Caregiver Readiness) มีการบันทึกเพียงร้อยละ 30 การประเมินปัญหาจิตวิญญาณมีการบันทึกเพียงร้อยละ 40 ซึ่งยืนยันว่าการดูแลมิติทางจิตวิญญาณที่ถือเป็นหัวใจของ Palliative Care ยังไม่เป็นส่วนหนึ่งของ Routine Care

1.1.3 การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการจากผู้ให้บริการ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งรวบรวมแบบสอบถามจากพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน จำนวน 26 คน โดยใช้กรอบแนวคิด Donabedian's Quality of Care Model ผลการวิเคราะห์พบปัญหาและความต้องการ 3 ด้าน ดังนี้

1) ปัญหาด้านโครงสร้าง (Structure Gaps) ความเพียงพอของบุคลากรเฉพาะทาง Palliative Care มี Gap Score สูง (2.57) การขาดบุคลากรเฉพาะทางเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ทำให้การวางแผนและการนำ ACP ไปใช้ไม่ครอบคลุม ไม่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะรายของผู้ป่วย และคุณภาพการดูแลไม่เท่าที่ควรจากการขาดองค์ความรู้เฉพาะด้าน

2) ปัญหาด้านกระบวนการ (Process Gaps) ประสิทธิภาพการสื่อสาร ACP/DNR มี Gap Score 2.32 และความราบรื่นในการส่งต่อข้อมูล (Handoff) มี Gap Score 2.25 การวางแผนดูแลยังไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อที่บ้านโดยเฉพาะในมิติที่นอกเหนือจากร่างกาย เช่น เรื่องศรัทธาและความเชื่อทางศาสนา ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมครอบคลุมทุกมิติและขาดการดูแลที่ตรงกับความต้องการเฉพาะราย

3) ปัญหาด้านผลลัพธ์ (Outcome Gaps) ระบบดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย (Bereavement Support) มี Gap Score สูงที่สุด (2.63) และมีค่าปัญหาต่ำที่สุด (1.75) ยังไม่มีการดูแลให้คำปรึกษากับครอบครัวที่สูญเสียที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลหลังการสูญเสีย และขาดการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายผู้ป่วย

1.1.4 การสังเคราะห์สภาพปัญหา การสังเคราะห์ข้อมูลภายใต้กรอบแนวคิด Donabedian Model ทำให้ผู้วิจัยระบุช่องว่างวิกฤตที่แท้จริง (True Critical Gaps) ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลดอกคำใต้ได้อย่างชัดเจน ช่องว่างที่รุนแรงที่สุดคือขาดการดูแลในมิติที่ไม่ใช่ทางกายภาพ ซึ่งเชื่อมโยงกับมิติโครงสร้างและผลลัพธ์โดยตรง

ดังนั้น รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่จะพัฒนาขึ้นจึงต้องมุ่งเน้นการสร้างมาตรฐานเชิงคุณภาพในกระบวนการปฏิบัติงานและการสร้างโครงสร้างสนับสนุน เพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมมิติทางจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง

2. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น

2.1 องค์ประกอบของรูปแบบ ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการจากระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยมุ่งเน้นการสร้างมาตรฐานเชิงคุณภาพของการปฏิบัติ

(Process Quality) และการดูแลเชิงองค์รวม (Holistic Care) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

2.1.1 การคัดกรองและใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (PPS) และ CPG แนวทางการปฏิบัติและรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง

2.1.2 การวางแผนและการประสานทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ Palliative Care พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนากร

2.1.3 Advance Care Planning (ACP) เชิงคุณภาพกับผู้ป่วย ญาติ แพทย์ พยาบาล และทีมต่างๆ โดยใช้แบบฟอร์มการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai Advance Care Planning Form) สำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนน PPS ≤ 60%

2.1.4 การจำหน่าย (Discharge Checklist) และการส่งต่อ (COC) พร้อมติดตามเยี่ยมบ้าน

2.1.5 การกำกับและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร

2.2 คู่มือการปฏิบัติงานและแบบฟอร์ม ผู้วิจัยร่างแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและจัดทำเป็นคู่มือปฏิบัติงาน (SOP) และแบบฟอร์มบันทึกผล

2.3 กระบวนการพัฒนาบุคลากร ผู้วิจัยกำหนดแผนการพัฒนาบุคลากรประกอบด้วย

2.3.1 การส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติแก่พยาบาลวิชาชีพ 1) ให้ความรู้เรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การใช้เครื่องมือ วิธีการประเมิน และการดูแลผู้ป่วย 2) ส่งเสริมการปฏิบัติและสาธิตการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย 3) นิเทศติดตามการจำหน่ายผู้ป่วยด้วยการประชุมกลุ่ม (Focus Group) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2.3.2 การส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติแก่ผู้ดูแลหลัก 1) ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางของโรงพยาบาล 2) สาธิตการดูแลและบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย

3. **ผลการเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการทดลอง**

3.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 26 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) มีอายุไม่เกิน 30 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 30.77) อายุ 31–40 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 23.08) อายุ 41–50 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 26.92) และอายุ 51–60 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 19.23) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 24 คน (ร้อยละ 92.31) และสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 7.69) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการมากที่สุด จำนวน 14 คน (ร้อยละ 53.85) รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 30.77) และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 15.38) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน 1–10 ปี และมากกว่า 10 ปี อย่างละ 10 คน (ร้อยละ 38.46) และน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 23.08)

3.2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า ก่อนการทดลอง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในระดับสูง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 92.31) ระดับปานกลาง 1 คน และระดับต่ำ 1 คน หลังการทดลอง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในระดับสูง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 92.31) และระดับปานกลาง 2 คน โดยไม่มีพยาบาลที่มีความรู้ระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการพบว่า ก่อนการทดลอง พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย 8.76 คะแนน (ร้อยละ 87.60) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 9.34 คะแนน (ร้อยละ 93.40) ระดับความรู้ก่อนและหลัง

การทดลองไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.07) (ตารางที่ 1)

3.3 ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติก่อนและหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า ก่อนการทดลอง พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.96 คะแนน (ร้อยละ 79.6) หลังการทดลอง พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 8.76 คะแนน (ร้อยละ 87.6) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ระดับการปฏิบัติก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.177) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการทดลอง (n=26)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง Mean (SD)	หลังการทดลอง Mean (SD)	df	t	P-value
ความรู้	8.76 (1.27)	9.34 (1.13)	25	1.893	0.070
การปฏิบัติ	7.96 (SD)	8.76 (SD)	25	1.388	0.177

4. ผลการประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองก่อนและหลังการทดลอง

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 34 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.59) มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 35.29) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 50.00) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.06) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 50.00) และประกอบอาชีพค้าขาย/เจ้าของกิจการ (ร้อยละ 35.29)

4.2 ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังการทดลอง ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแลหลัก พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ดูแลหลักมีการปฏิบัติในระดับต่ำ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.94) ระดับปานกลาง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 35.29) และระดับสูง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 61.76) หลังการทดลอง ผู้ดูแลหลักมีการปฏิบัติในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน (ร้อยละ 11.76) และระดับสูง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 88.24)

เมื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3 ด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ดูแลหลักมีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ย 7.97 คะแนน (ร้อยละ 79.7) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 9.06 คะแนน (ร้อยละ 90.6) ผู้ดูแลหลักมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังการทดลอง (n = 34)

การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้าย	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	7.97	1.38	33	4.008	<0.001*
หลังทดลอง	9.06	1.09			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการทบทวนแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลดอกคำใต้และ

การทบทวนเวชระเบียน พบว่า การพัฒนาระบบจำเป็นต้องมุ่งเน้นการสร้างมาตรฐานเชิงคุณภาพในกระบวนการปฏิบัติงานและการจัดโครงสร้างสนับสนุน เพื่อให้การดูแลครอบคลุมมิติทางกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการพัฒนาแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาลเลยที่ระบุว่าการวางระบบการประสานงานและการประเมินอาการอย่างเป็นขั้นตอนส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพมากขึ้น[6] ผลการทดลองในครั้งนี้ชี้ว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 8.76 เป็น 9.34 แม้ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.07) แต่ยังคงอยู่ในระดับสูง เหตุผลสำคัญคือ พยาบาลมีพื้นฐานความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองมาก่อนแล้ว ทำให้ผลของโปรแกรมส่งผลในเชิง “ยกระดับคุณภาพและความเป็นระบบ” มากกว่า “เพิ่มความรู้ใหม่” ซึ่งสอดคล้องกับงานของแสงวรรณ ตั้งแสงสกุลและคณะ[1] ที่พบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมาก่อนจะมีระดับความรู้และการรับรู้สมรรถนะสูง และจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม ขณะที่คะแนนการปฏิบัติของพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 7.96 เป็น 8.76 แม้ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (P = 0.177) แต่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพของกระบวนการดูแล เหตุผลคือการปฏิบัติด้านการวางแผนจำหน่ายจำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์การนิเทศติดตาม และการทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่อง จึงต้องใช้เวลามากกว่าการพัฒนาเฉพาะความรู้เพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับผลวิจัยของโรงพยาบาลเลยที่พบว่าการจัดระบบสหสาขาและการติดตามหลังจำหน่ายเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้คุณภาพการดูแลเพิ่มขึ้น[6] ส่วนผู้ดูแลหลักมีคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 7.97 เป็น 9.06 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.000) โดยมีเหตุผลจากการที่ผู้ดูแลได้รับการให้ความรู้แบบเข้าใจง่าย การสาธิตขั้นตอนการดูแล และมีแบบติดตามหลังจำหน่าย ทำให้เกิดผลเชิงพฤติกรรมที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องอย่างมากกับงานวิจัยของทัศนีย์ บุญอริยเทพ และธภัคนันท์ อินทราวุธ[4] ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลที่บ้านช่วยลดอาการรบกวนของผู้ป่วยและลดภาวะเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลได้รับความมั่นใจและทักษะมากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัย “ผู้ป่วยระยะท้าย: ความจริงกับความหวัง” ที่พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการดูแลที่บ้านและต้องการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอุปกรณ์จากทีมสุขภาพ[6]

ข้อเสนอแนะ

1. เป็นแนวทางสำหรับทีมบุคลากรทางสุขภาพ ในการนำรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมาดูแลผู้ป่วย

2. ควรมีการนำรูปแบบมาใช้อย่างสม่ำเสมอและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง พร้อมส่งเสริมเพิ่มทักษะ ความรู้ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแนวทางพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมต่อไป

3. ควรมีการศึกษาของผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองกับกลุ่มตัวอย่างพื้นที่อื่น ๆ เพื่อขยายผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล, ปริญญา สัมพันธรัตน์, จุลจราพร สินสิริ.(2561). ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561;38(1):77-89.

2. ยอดลักษ์ สัยลังกา, บุญมา สุนทราวิรัตน์, รัตติกรณ์ มูลเครือคำ, จีระนันท์ สาวิยะ.(2564). ผู้ป่วยระยะสุดท้าย “ความจริงกับความหวัง” มุมมองผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชนอีสานตอนบน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(2):99-117.
3. Bunnag N.(2021). “การดูแลแบบประคับประคอง ถือเป็นสิทธิมนุษยชน” แต่มีผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ใน 10 คนเท่านั้นที่ได้รับบริการนี้. 2021. เข้าถึงได้จาก: https://www.sdgmove.com/2021/10/06/only-1-in-10-people-who-need-palliative-care-receive-it/
4. ทัศนีย์ บุญอริยเทพ, ธภัคนันท์ อินทราวุธ.(2566). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2566;31(1):99-113.
5. ศูนย์การุณรักษ์.(2564). คู่มือมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
6. เสริมสุข ธัญญะวัน, อุดมศักดิ์ บุญส่งทรัพย์, ปวีณา ใจชัย.(2566). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเลย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566;20(3):163-176.
7. Tan YY, Blackford J.(2020). The role of discharge planning in home-based palliative care: A qualitative study. BMC Palliat Care. 2020;19(1):1-10.
8. Anderson LW, Krathwohl DR, editors.(2001). A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom’s taxonomy of educational objectives. New York: Longman; 2001.
9. Best JW, Kahn JV.(2006). Research in education. 10th ed. Boston: Pearson Education.

ผลของการใช้แสงเลเซอร์กำลังต่ำต่อระดับอาการปวด มุมข้อเข่า และสมรรถภาพการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Effectiveness of low power laser on pain level, knee angle and physical performance among patients with total knee arthroplasty.

(Received: December 22,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ปุณยนุช ศรศิลป์[1]
Phunyanuch Sonsin[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แสงเลเซอร์กำลังต่อต่อระดับอาการปวด มุมข้อเข่า และสมรรถภาพการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่รอผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อายุ 50-70 ปี จำนวน 10 คน ที่มารับบริการกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี คัดเลือกแบบเจาะจง ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการบำบัดด้วยแสงเลเซอร์กำลังต่ำ (ความยาวคลื่น 804 นาโนเมตร กำลัง 500 มิลลิวัตต์ พลังงาน 10 จูลต่อครั้ง) ร่วมกับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐาน เครื่องมือประเมินผล ได้แก่ มาตรวัดอาการปวดแบบตัวเลข (NRS) โกนิโอมิเตอร์ และแบบทดสอบการเดินไปและกลับ 3 เมตร (TUG) โดยทำการประเมินก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดในวันที่ 1, 14 และ 30 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ repeated measures ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า ระดับอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในวันที่ 14 (2.4±1.65, $p<0.05$) และวันที่ 30 (0.8±1.32, $p<0.001$) เมื่อเทียบกับก่อนผ่าตัด (6.0±2.05) มุมงอเข่าในวันที่ 14 (108.70±13.38 องศา) และวันที่ 30 (113.0±12.04 องศา) กลับมาใกล้เคียงกับก่อนผ่าตัด (112.30±9.35 องศา, $p>0.05$) ค่า TUG ในวันที่ 30 (35.80±9.32 วินาที) ใกล้เคียงกับก่อนผ่าตัด (29.10±8.03 วินาที, $p=0.20$)

คำสำคัญ: แสงเลเซอร์กำลังต่ำ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อาการปวด มุมข้อเข่า สมรรถภาพการเคลื่อนไหว

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of low-level laser therapy on pain levels, knee range of motion, and functional mobility in patients following total knee arthroplasty. The sample consisted of 10 patients with knee osteoarthritis aged 50-70 years awaiting total knee replacement surgery at the Orthopedic Surgery Department, Wichian Buri Hospital, selected through purposive sampling. Participants received low-level laser therapy (wavelength 804 nm, power 500 mW, energy 10 joules per session) combined with a standard rehabilitation program. Outcome measures included the Numerical Rating Scale (NRS) for pain, a goniometer for knee flexion angle measurement, and the 3-meter Timed Up and Go test (TUG), assessed preoperatively and on postoperative days 1, 14, and 30. Data were analyzed using repeated measures ANOVA.

Results showed statistically significant pain reduction on day 14 (2.4±1.65, $p<0.05$) and day 30 (0.8±1.32, $p<0.001$) compared to preoperative levels (6.0±2.05). Knee flexion angles on day 14 (108.70±13.38 degrees) and day 30 (113.0±12.04 degrees) returned to near-preoperative values (112.30±9.35 degrees, $p>0.05$). TUG scores on day 30 (35.80±9.32 seconds) approached preoperative values (29.10±8.03 seconds, $p=0.20$).

Keywords: low-level laser therapy, total knee arthroplasty, pain, knee range of motion, functional mobility

[1] กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลวิเชียรบุรี

บทนำ

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ถือเป็นการรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมระยะสุดท้ายที่มีประสิทธิผลมากที่สุด การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการปวด ฟื้นฟูการเคลื่อนไหว และปรับปรุงคุณภาพชีวิต[1] แม้จะมีการพัฒนาการออกแบบอุปกรณ์ข้อเข่าเทียม และเทคนิคการผ่าตัดมากขึ้น แต่ผู้ป่วยร้อยละ 20 ยังคงประสบปัญหาการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อเข่า กล้ามเนื้อฝ่อลีบ และเจ็บปวดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งส่งผลกระทบเชิงลบต่อกิจกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน[2,3] ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจะมีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวและกล้ามเนื้อเหยียดเข่าอ่อนแรงหลังการผ่าตัด ซึ่งอาจนำไปสู่การจำกัดการเคลื่อนไหวในระยะยาวหลังการผ่าตัด[4] ในสหรัฐอเมริกาการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าคาดว่าจะเพิ่มขึ้น 85% หรือ 1.26 ล้านภายในปี 2573[5] สำหรับประเทศไทย ปี 2560 มีจำนวนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 9,559 คน ปี 2561 มีจำนวนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 10,434 คน ปี 2562 มีจำนวนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 10,864 คน และมีแนวโน้มมากขึ้นตามอายุเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของประชากร[6] ภาวะข้อเข่ายึดติดมักพบได้ร้อยละ 8-60 ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม[7] จากสถิติของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในปี 2564 จำนวน 37 ราย ในปี 2565 จำนวน 39 ราย และในปี 2566 จำนวน 74 ราย และพบอัตราการเกิดอาการปวดและการจำกัดการเคลื่อนไหวข้อเข่าหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม คิดเป็น ร้อยละ 20

อาการปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเป็นความปวดระดับรุนแรงเนื่องจากมีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกบริเวณที่มีความทนต่อความปวดได้ต่ำ คือ ชั้นผิวหนัง พังผืด เอ็น ข้อ และเยื่อหุ้มกระดูก หากได้รับการจัดการความปวดที่ขาดประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วย นอนอยู่นิ่งๆ ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย เพราะกลัวว่าจะเกิดความเจ็บปวด ทำให้เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหวของมุมข้อเข่า มีความยากลำบากต่อการทำกิจวัตรประจำวัน[8] ช่วงการเคลื่อนไหวของข้อเข่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ข้อเข่าควรงออย่างน้อย 100 ถึง 110 องศาสำหรับกิจกรรมประจำวันทั่วไป ในทางตรงกันข้ามการเหยียดเข่าที่จำกัดส่งผลให้การลงน้ำหนักไม่สมดุล ความเร็วในการเดินลดลง และรูปแบบการเดินที่ผิดปกติ[9,10,11,12] หากผู้ป่วยที่มีมุมข้อเข่าจำกัด หรือมีปัญหาในการทำกิจกรรมหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จะส่งต่อระดับความเชื่อมั่นในการเคลื่อนไหวลดลง และระดับคุณภาพชีวิตลดลง เมื่อเทียบกับก่อนการผ่าตัด[13] ดังนั้นการลดอาการปวด การปรับปรุงช่วงการเคลื่อนไหวข้อเข่าหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจึงมีความสำคัญทางคลินิกเนื่องจากช่วยให้ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าประสบความสำเร็จ

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้รับการยอมรับแล้วว่ามีประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีประโยชน์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนข้อเข่าเทียม[14] สำหรับแนวทางการรักษาตามมาตรฐานของ American Physical Therapy Association (APTA) และ American Academy of Orthopedic Surgeon (AAOS) สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ได้แก่ การควบคุมอาการปวดและบวมด้วยความเย็น การกระตุ้นลุกเดินเร็ว การออกกำลังกายเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรง การฝึกการทำงานของกล้ามเนื้อ[14]แนวทางการรักษาสำหรับการลดปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแนะนำให้ใช้การบำบัดด้วยเลเซอร์กำลังต่ำเพื่อช่วยลดอาการบวมและความเจ็บปวด และรักษาอาการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อนเฉียบพลัน โดยปรับกระบวนการอักเสบ การบำบัดด้วยเลเซอร์กำลังต่ำช่วยเร่งการรักษาเนื้อเยื่อได้อย่างมีนัยสำคัญโดยเพิ่มการผลิตคอลลาเจน กระตุ้นกระบวนการเผาผลาญ ควบคุมการสังเคราะห์ DNA และเพิ่มประสิทธิภาพการ

ทำงานของเส้นประสาท นอกจากนี้ยังสามารถลดอาการปวดเข่าเรื้อรังและเฉียบพลัน เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของข้อเข่า และเพิ่มการทรงตัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้แสงเลเซอร์กำลังต่ำต่อระดับอาการปวด มุมข้อเข่า และสมรรถภาพการเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อนำมากำหนดวางแผน การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

วัตถุประสงค์

ศึกษาผลของการใช้แสงเลเซอร์กำลังต่ำต่อระดับอาการปวด มุมข้อเข่า และสมรรถภาพการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยประเภท One-group pretest-posttest design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม และรอการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Primary and unilateral TKA) อายุ 50-70 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม และรอการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Primary and unilateral TKA) อายุ 50-70ปี สามารถเข้าใจหรือสื่อสารและทำตามคำสั่งได้ คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการใช้โปรแกรม G*power ด้วยการทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (One-way repeated measure) ขนาดของผลกระทบของตัวแปร มุมงอเข่า ในของ Bahrami และคณะ ในปี 2023 (Bahrami et al., 2023) คือ 1.03 แสดงในรูปที่ กำหนดให้ One-tailed, an alpha level and power 0.05 and 0.80 ตามลำดับ ขนาดตัวอย่างทั้งหมดที่คำนวณได้จากจากตัวแปร มุมงอเข่า จำนวน 8 คน อนุญาตให้ออกกลางคัน 20% ได้ผู้เข้าร่วมวิจัยสำหรับโครงการวิจัยนี้ จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบประเมินระดับความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale: NRS), อุปกรณ์วัดมุมข้อเข่า goniometer, และอุปกรณ์การทดสอบการเดินไปและกลับ 3 เมตร (TUG) ได้แก่ เก้าอี้มีพนักพิง กรวยจราจร นาฬิกาจับเวลา

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นเตรียมตัว

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทบทวนแนวทางประเมินระดับความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale: NRS) การวัดช่วงการเคลื่อนไหวของข้อเข่าโดยใช้ goniometer, และการทดสอบการเดินไปและกลับ 3เมตร (TUG) ทั้งวิธีการทดสอบและการให้คำสั่งในการทดสอบรวมถึงการฝึกฝนการทดสอบกับอาสาสมัครสุขภาพดี จำนวน 10 คน จนเกิดความคล่องแคล่วในการทดสอบ จากนั้นประเมินความน่าถือเชื่อถือภายในตัวผู้วัดของผู้ประเมินในโครงการวิจัยนี้

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทบทวนแนวทางการซักประวัติ เกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในกรณีเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

3. การเตรียมอุปกรณ์สำหรับทดสอบ ได้แก่ แบบประเมินระดับความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale: NRS), goniometer, เก้าอี้มีพนักพิง, กรวยจราจร, นาฬิกาจับเวลา ให้อยู่สภาพดีพร้อมใช้งาน รวมถึงการฝึกฝนการใช้งานอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้คล่องแคล่วเพื่อบันทึกข้อมูลอย่างราบรื่น

ขั้นดำเนินการ

1. จัดทำประชาสัมพันธ์ร่วมกับกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ดูแลกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมและวางแผนที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยส่งเอกสารขอความร่วมมือไปยังหัวหน้าส่วนที่ดูแลกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาล

วิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ในการขออาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัย โดยมีการแจ้งถึงคุณสมบัติเบื้องต้นของอาสาสมัครที่ต้องการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ และทำการนัดวันเพื่อให้ผู้ที่สนใจเข้าร่วมงานวิจัยเข้ารับฟังรายละเอียดของโครงการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ที่มาและความสำคัญของโครงการวิจัยในครั้งนี้ สิ่งที่จะต้องปฏิบัติ และประโยชน์ที่จะได้รับ

2. สำหรับผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและได้ทราบรายละเอียดทั้งหมดแล้วนั้น ผู้วิจัยจะประเมินคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมและเกณฑ์การคัดออก และจะขอให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นชื่อเพื่อเป็นการยืนยันในเอกสารขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการงานวิจัยด้วยตนเอง (consent form) ทั้งนี้ผู้วิจัยจำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะโดยทั่วไปและข้อมูลทางการแพทย์เบื้องต้น ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว

3. ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับโปรแกรมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ดังนี้

3.1 การบำบัดด้วยแสงเลเซอร์ความถี่ต่ำในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เริ่มตั้งแต่วันที่ 1-3 หลังการผ่าตัด วันละ 1 ครั้ง, สัปดาห์ที่ 2- 3 บำบัดด้วยแสงเลเซอร์ความถี่ต่ำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และสัปดาห์ที่4 บำบัดด้วยแสงเลเซอร์ความถี่ต่ำ 1 ครั้ง โดยการบำบัดด้วยแสงเลเซอร์ความถี่ต่ำบริเวณแนวแผลผ่าตัดข้อเข่า (Incision line) โดยใช้พลังงาน 804 นาโนเมตร ความหนาแน่นพลังงาน 500 มิลลิวัตต์ ปริมาณ 10 จูลต่อsession จำนวน 2 จุด (5 จูลต่อจุด) เป็นเวลา 10 วินาที (Bahrami et al., 2023)

3.2 โปรแกรมการฟื้นฟูมาตรฐานหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ประกอบด้วยการควบคุมความเจ็บปวดและอาการบวมโดยใช้การประคบเย็น การออกกำลังกายกระดกข้อเท้า การออกกำลังกายงอ-เหยียดเข่า การออกกำลังกายสไลด์ข้อเท้า การออกกำลังกายเกร็งกล้ามเนื้อเหยียดเข่า การออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะโพก การฝึกเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง การฝึกลุกนั่ง การฝึกยืน (ถ้าสามารถทำได้) การออกกำลังกายงอ-เหยียดเข่าในท่านั่ง การออกกำลังกายยกขาตรงในท่านอนหงาย (straight leg raises: SLR) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อกางสะโพก การออกกำลังกายเหยียดเข่าช่วงสุดท้ายในท่านอนหงาย การฝึกการเคลื่อนไหว เช่น การลุกนั่ง การเดินโดยใช้ walker

4. การประเมินระดับความเจ็บปวด โดยใช้ประเมินระดับความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale: NRS) โดยผู้วิจัยจะสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยในวันก่อนเข้ารับการผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 1, วันที่ 14 และวันที่ 30

5. สำหรับการประเมินช่วงการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ผู้ช่วยวิจัยจะใช้ อุปกรณ์วัดมุมข้อเข่า (goniometer) ผู้ช่วยวิจัยจัดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในท่านอนหงายและสั่งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยควบคุมการเคลื่อนไหวข้อเข่าขณะงอและเหยียดเข่าให้อยู่ในระนาบแนวดิ่ง โดยผู้วิจัยออกคำสั่งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยงอเข่าและเหยียดเข่าจนกระทั่งรู้สึกตึง จากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยถูกบันทึกประเมินช่วงการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ในวันก่อนเข้ารับการผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 1, วันที่ 14 และวันที่ 30

6. หลังจากประเมินช่วงการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพักเป็นระยะเวลา 10 นาที จากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยถูกบันทึกการทดสอบ TUG ในวันก่อนเข้ารับการผ่าตัด, วันที่ 14 และวันที่ 30

7. ผู้วิจัยจะเป็นผู้ทำการทดสอบสมรรถภาพในการเคลื่อนไหวโดยใช้ TUG ซึ่งมีอุปกรณ์ที่ใช้และรายละเอียด ดังต่อไปนี้

7.1 อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบประกอบด้วย เก้าอี้แบบมีพนักพิงสูง 43-50 เซนติเมตร ไม่มีที่วางแขน กรวยจราจร นาฬิกาจับเวลา และตลับเมตร

7.2 วิธีการทดสอบ

1) จัดวางเก้าอี้มีพนักพิง ไม่มีที่วางแขนไว้จุดเริ่มต้น จากนั้นวางกรวยเพื่อกำหนดจุดวกกลับ

ทางด้านหน้าของเก้าอี้ ห่างจากเก้าอี้ระยะทาง 3 เมตร ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แสดงการจัดเตรียมพื้นที่เพื่อใช้ทดสอบการเคลื่อนไหวโดยใช้ TUG

2) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนั่งบนเก้าอี้ที่จุดเริ่มต้นในท่านั่งหลังตรง มือวางบริเวณที่จับ walker และถอดรองเท้า

3) ผู้วิจัยอธิบายและสาธิตวิธีการทดสอบแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการทดสอบ 1 ครั้ง

4) เริ่มการทดสอบและจับเวลา เมื่อผู้วิจัยพูดว่า “ไป” ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลุกยืนและเดินโดยใช้ walker ด้วยความเร็วปกติ เป็นระยะทาง 3 เมตร อ้อมกรวยและเดินกลับมานั่งเก้าอี้ และหยุดเวลาเมื่อสังเกตุเห็นผู้เข้าร่วมวิจัยนั่งบนเก้าอี้ สะโพกสัมผัสเก้าอี้อย่างสมบูรณ์

8. ผู้เข้าร่วมวิจัยพักหลังได้รับการทดสอบเสร็จ เพื่อประเมินอาการหลังการทดสอบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. บันทึกข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทางการแพทย์เบื้องต้น

2. บันทึกข้อมูลระดับความเจ็บปวด โดยใช้ประเมินระดับความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale : NRS) จำนวน 4 ช่วงเวลา ได้แก่ วันก่อนเข้ารับการผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 1, วันที่ 14 และวันที่ 30

3. บันทึกข้อมูลที่ได้จากการวัดช่วงการเคลื่อนไหวของข้อเข่า จำนวน 4 ช่วงเวลา ได้แก่ วันก่อนเข้ารับการผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 1, วันที่ 14 และวันที่ 30

4. บันทึกข้อมูลการเคลื่อนไหวจากการทดสอบ TUG จำนวน 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า, หลังผ่าตัดวันที่ 14 และวันที่ 30

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงเป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 95% confidence interval

2. ทดสอบการกระจายตัวของตัวแปรทั้งหมด โดยใช้การทดสอบ Shapiro-Wilk

3. หากการกระจายตัวของตัวแปรปกติ ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความปวด, ค่าเฉลี่ยมุมการเคลื่อนไหวของการงอและเหยียดข้อเข่าระหว่างก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมวันที่ 1, วันที่ 14 และวันที่ 30 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการทดสอบ TUG ระหว่างก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมวันที่ 14 และวันที่ 30

และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ (post hoc test) โดยใช้สถิติ Bonferroni และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 90 มีอายุเฉลี่ย 63 ปี มีน้ำหนักเฉลี่ย 62.2 กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย 153.5 เซนติเมตร มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.45 กก./ม^2 และมีโรคประจำตัว 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ผลของการใช้แสงเลเซอร์กำลังต่ำต่อระดับอาการปวด มุมข้อเข่า และสมรรถภาพการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Variables	Intervention group (n=10)		
	Mean±SD (95%CI)	Mean Change Scores (95%CI)	p - value
Pain (cm.)			
pre-op	6±2.05 (4.53,7.47)		
Post-op day 1	4±1.94 (2.61,5.39)	2.0 (-1.47,5.48)	0.509
Post-op day 14	2.4±1.65 (1.22,3.58)	3.60 (0.34,6.86)	0.029*
Post-op day 30	0.8±1.32 (-0.14,1.74)	5.20 (2.75,7.65)	0.000**
Knee flexion angle (degrees)			
pre-op	112.30±9.35 (105.61,118.99)		
Post-op day 1	92.10±10.85 (84.34,99.86)	20.20 (4.74,35.66)	0.010*
Post-op day 14	108.70±13.38 (99.13,118.27)	3.60 (-18.17,25.37)	1.000
Post-op day 30	113.0±12.04 (104.39,121.61)	-0.700 (-21.22,19.82)	1.000
Knee extension angle (degrees)			
pre-op	0.50±1.58 (-0.63,1.63)		
Post-op day 1	-3.0±4.83 (-6.46,0.046)	3.50 (-2.14,9.14)	0.40
Post-op day 14	0.00±0.0 (0.0,0.0)	0.500 (-1.18,2.18)	1.00
Post-op day 30	0.00±0.0 (0.0,0.0)	0.500 (-1.18,2.18)	1.00
TUG (seconds)			
pre-op	29.10±8.03 (23.35,34.85)		
Post-op day 14	54.70±12.73 (45.60,63.81)	-25.60 (-37.94, -13.26)	0.001**
Post-op day 30	35.80±9.32 (29.13,42.47)	-6.70 (-16.16, 2.76)	0.20

* p<0.05

**p<0.001

จากตารางที่ 1 ภายหลังการใช้แสงเลเซอร์กำลังต่ำ พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับอาการปวด ในวันก่อนผ่าตัด, หลังผ่าตัดวันที่ 14 และหลังผ่าตัดวันที่ 30 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.05, p<0.001 ตามลำดับ) โดยพบว่า หลังผ่าตัดวันที่ 14 และหลังผ่าตัดวันที่ 30 มีระดับอาการปวดน้อยกว่าในวันก่อนผ่าตัด (หลังผ่าตัดวันที่ 14 = 2.4±1.65 cm., (p< 0.05) หลังผ่าตัดวันที่ 30 = 0.8±1.32 cm., (p< 0.001) และก่อนผ่าตัด 6±2.05 cm.)

ค่าเฉลี่ยของมุมงอเข่าในวันก่อนผ่าตัด, หลังผ่าตัดวันที่ 1 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยมุมงอเข่าหลังผ่าตัดวันที่ 1 มีมุมงอเข่าน้อยกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (หลังผ่าตัดวันที่ 1= 92.10±10.85 องศา, (p<0.05) และก่อนผ่าตัด = 112.30±9.35 องศา) ขณะที่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของมุมงอเข่าระหว่างหลังผ่าตัดวันที่ 14 และหลังผ่าตัดวันที่ 30 กับมุมงอเข่าก่อนผ่าตัด (หลังผ่าตัดวันที่ 14 = 108.70±13.38 องศา, (p=1.00) หลังผ่าตัดวันที่ 30 = 113.0±12.04 องศา, (p=1.00) และก่อนผ่าตัด 112.30±9.35 องศา) กล่าวคือ หลังผ่าตัดวันที่ 14 และ30 มีมุมงอเข่าใกล้เคียงกับมุมงอเข่าในวันก่อนผ่าตัด

ค่าเฉลี่ยของมุมเหยียดเข่าในวันก่อนผ่าตัด, หลังผ่าตัดวันที่ 1, หลังผ่าตัดวันที่ 14 และหลังผ่าตัดวันที่ 30 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) โดยพบว่า หลังผ่าตัดวันที่ 1, หลังผ่าตัดวันที่ 14 และหลังผ่าตัดวันที่ 30 มีมุมเหยียดเข่าใกล้เคียงกับวันก่อนผ่าตัด (หลังผ่าตัดวันที่ 1= -3.0±4.83 องศา, (p=0.40) หลังผ่าตัดวันที่ 14 = 0.00±0.0 องศา, (p=1.00) หลังผ่าตัดวันที่ 30 = 0.00±0.0 องศา, (p=1.00) และก่อนผ่าตัด 0.50±1.58 องศา)

ค่าเฉลี่ยของเวลาในการทดสอบTUG ในวันก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดวันที่ 14 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยของเวลาในการทดสอบTUG ในหลังผ่าตัดวันที่ 14 ใช้เวลาน้อยกว่าก่อนผ่าตัด (หลังผ่าตัดวันที่ 14= 54.70±12.73 วินาที , (p<0.001) และก่อนผ่าตัด = 29.10±8.03 วินาที) ขณะที่ค่าเฉลี่ยของเวลาในการทดสอบTUG ในหลังผ่าตัดวันที่ 30 ใช้เวลาใกล้เคียงกับก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 30 = 35.80±9.32 วินาที , (p<0.001) และก่อนผ่าตัด = 29.10±8.03 วินาที)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยแสงเลเซอร์กำลังต่ำมีระดับอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถลดค่าความปวดเฉลี่ยตามมาตราส่วนการให้คะแนนความปวด (Numeric rating scale : NRS) ได้มากกว่าในช่วงระยะ 2–4 สัปดาห์หลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ[15] ที่รายงานว่า การบำบัดด้วยแสงเลเซอร์กำลังต่ำหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมช่วยลดอาการปวดและบวมได้อย่างมีนัยสำคัญในช่วงระยะเฉียบพลัน ทั้งนี้เนื่องจากพลังงานแสงเลเซอร์ในช่วงความยาวคลื่น 808–940 นาโนเมตร สามารถกระตุ้นการทำงานของไมโตคอนเดรีย เพิ่มการสังเคราะห์ ATP และลดกระบวนการอักเสบผ่านการยับยั้งการสร้างโปรสตาแกลนดิน (Prostaglandin E2) และไซโตไคน์ (Cytokine) ที่เกี่ยวข้องกับการปวด[16] นอกจากนี้ การลดอาการปวดอาจส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูข้อเข่าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Alghamdi และคณะ[17] ที่ระบุว่า การบำบัดด้วยแสงเลเซอร์กำลังต่ำร่วมกับการทำกายภาพบำบัดช่วยลดการใช้ยาแก้ปวดและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยในกระบวนการฟื้นฟู

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยแสงเลเซอร์กำลังต่ำ มีมุมการงอเข่า (Knee Flexion) เพิ่มขึ้นใกล้เคียงกับค่าก่อนการรักษา ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานของ Alghamdi และคณะ[17] ซึ่งรายงานว่าการบำบัดด้วยแสงเลเซอร์กำลังต่ำร่วมกับโปรแกรมกายภาพบำบัดหลังผ่าตัด

เปลี่ยนข้อเข่าเทียม ส่งผลให้การงอเข่าเพิ่มขึ้นในช่วง 4–6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตาม Fan และคณะ[18] พบว่าผลของการบำบัดด้วยแสงเลเซอร์กำลังต่ำ ต่อการเพิ่ม ROM ยังไม่คงที่ โดยอาจขึ้นกับพารามิเตอร์ของแสง เช่น ความยาวคลื่น ปริมาณพลังงาน (J/cm²) และความถี่ในการรักษา ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา

กล่าวโดยสรุป การบำบัดด้วยแสงเลเซอร์กำลังต่ำ มีแนวโน้มช่วยลดอาการบวมและการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบข้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อเข่าได้มากขึ้น แต่ประสิทธิผลอาจขึ้นกับการตั้งค่าพารามิเตอร์ที่เหมาะสมและการผสานกับการออกกำลังกายฟื้นฟูข้อเข่าอย่างต่อเนื่อง

จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนการทดสอบ Timed Up and Go (TUG) หลังการรักษามีค่าลดลง ซึ่งแสดงถึงการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ได้รับ การบำบัดด้วยแสงเลเซอร์กำลังต่ำ ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Cureus[19] ที่รายงานว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ที่ได้รับการบำบัดด้วยแสงเลเซอร์กำลังต่ำ สามารถลุก เดิน และทรงตัวได้ดีขึ้นภายใน 6 สัปดาห์หลังการผ่าตัด ซึ่งสัมพันธ์กับการลดอาการปวดและการเพิ่ม ROM การเพิ่มสมรรถภาพการเคลื่อนไหวในช่วงระยะแรกอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น กล้ามเนื้อลีบหรือพังผืดในข้อ และยังช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้น ซึ่งมีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

ในงานวิจัยนี้ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากการบำบัดด้วยแสงเลเซอร์กำลังต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Bahrami และคณะ[15] (2022) ที่ระบุว่าการบำบัดเลเซอร์กำลังต่ำเป็นวิธีที่ปลอดภัยและไม่ก่อให้เกิดความร้อนสะสมหรือการไหม้ของผิวหนัง อย่างไรก็ตาม ควรระมัดระวังในการใช้ในผู้ป่วยที่มีแผลเปิด การติดเชื้อ หรือมีโรคมะเร็ง เนื่องจากแสงเลเซอร์อาจกระตุ้นการแบ่งตัวของเซลล์ได้

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อย และระยะเวลาการติดตามผลสั้น ซึ่งอาจมีผลต่อความแตกต่างของผลลัพธ์เมื่อเทียบกับงานวิจัยอื่น ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อเนื่องที่มีการควบคุมตัวแปรอย่างเข้มงวดและติดตามผลในระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลของการบำบัดด้วยแสงเลเซอร์กำลังต่ำต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในบริบทของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อประเมินผลในระยะยาว และศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย นอกจากนี้อาจนำการบำบัดด้วยแสงเลเซอร์กำลังต่ำร่วมกับการออกกำลังกายข้อเข่าไปศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอ็นไขว้ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Varacallo M, Luo TD, & NA, J. (2022). Total Knee Arthroplasty Techniques. In. StatPearls Publishing LLC.
2. Leijtens, B., Kremers van de Hei, K., Jansen, J., & Koëter, S. (2014). High complication rate after total knee and hip replacement due to perioperative bridging of anticoagulant therapy based on the 2012 ACCP guideline. Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery, 134(9), 1335-1341. https://doi.org/10.1007/s00402-014-2034-4
3. Sheth, N. P., Husain, A., & Nelson, C. L. (2017). Surgical Techniques for Total Knee Arthroplasty: Measured Resection, Gap Balancing, and Hybrid. JAAOS - Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 25(7). https://journals.lww.com/jaaos/fulltext/2017/07000/surgical_techniques_for_total_knee_arthroplasty_.4.aspx

4. McClelland, J., Zeni, J., Haley, R. M., & Snyder-Mackler, L. (2012). Functional and Biomechanical Outcomes in a Patient After Total Knee Arthroplasty: Biofeedback for Retraining Symmetrical Movement Patterns. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 42(2), 135-144. https://doi.org/10.2519/jospt.2012.3773
5. Sloan, M., Premkumar, A., & Sheth, N. P. (2018). Projected Volume of Primary Total Joint Arthroplasty in the U.S., 2014 to 2030. J Bone Joint Surg Am, 100(17), 1455-1460. https://doi.org/10.2106/jbjs.17.01617
6. National Health Security Office (NHSO) NEWS. (2023). Retrieved cited 2023 Mar 19 from Available from: https://www.nhso.go.th/news/3864
7. Fitzsimmons, S. E., Vazquez, E. A., & Bronson, M. J. (2010). How to Treat the Stiff Total Knee Arthroplasty?: A Systematic Review. Clinical Orthopaedics and Related Research®, 468(4), 1096-1106. https://doi.org/10.1007/s11999-010-1230-y
8. de Ladoucette, A. (2023). Management of perioperative pain after TKA. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research, 109(1, Supplement), 103443. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.otsr.2022.103443
9. Harato, K., Nagura, T., Matsumoto, H., Otani, T., Toyama, Y., & Suda, Y. (2010). Extension limitation in standing affects weight-bearing asymmetry after unilateral total knee arthroplasty. J Arthroplasty, 25(2), 225-229. https://doi.org/10.1016/j.arth.2009.02.003
10. Kubota, M., Kokubo, Y., Miyazaki, T., Matsuo, H., Naruse, H., Shouji, K., Shimada, S., & Matsumine, A. (2022). Effects of knee extension exercise starting within 4 h after total knee arthroplasty. Eur J Orthop Surg Traumatol, 32(5), 803-809. https://doi.org/10.1007/s00590-021-03042-9
11. Saari, T., Tranberg, R., Zügner, R., Uvehammer, J., & Kärrholm, J. (2005). Changed gait pattern in patients with total knee arthroplasty but minimal influence of tibial insert design: gait analysis during level walking in 39 TKR patients and 18 healthy controls. Acta orthopaedica, 76(2), 253-260. https://doi.org/10.1080/00016470510030661
12. Yoshida, Y., Ikuno, K., & Shomoto, K. (2017). Comparison of the Effect of Sensory-Level and Conventional Motor-Level Neuromuscular Electrical Stimulations on Quadriceps Strength After Total Knee Arthroplasty: A Prospective Randomized Single-Blind Trial. Arch Phys Med Rehabil, 98(12), 2364-2370. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.05.005
13. Mutsuzaki, H., Takeuchi, R., Mataki, Y., & Wadano, Y. (2017). Target range of motion for rehabilitation after total knee arthroplasty. J Rural Med, 12(1), 33-37. https://doi.org/10.2185/jrm.2923
14. Jette, D. U., Hunter, S. J., Burkett, L., Langham, B., Logerstedt, D. S., Piuzzi, N. S., Poirier, N. M., Radach, L. J. L., Ritter, J. E., Scalzitti, D. A., Stevens-Lapsley, J. E., Tompkins, J., & Zeni, J., Jr. (2020). Physical Therapist Management of Total Knee Arthroplasty. Phys Ther, 100(9), 1603-1631. https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa099
15. Bahrami, H., Moharrami, A., Mirghaderi, P., & Mortazavi, S. M. J. (2023). Low-Level Laser and Light Therapy After Total Knee Arthroplasty Improves Postoperative Pain and Functional Outcomes: A Three-Arm Randomized Clinical Trial. Arthroplast Today, 19, 101066. https://doi.org/10.1016/j.artd.2022.10.016
16. Bjordal, J. M., Johnson, M. I., Iversen, V., Aimbire, F., & Lopes-Martins, R. A. (2006). Low-level laser therapy in acute pain: a systematic review of possible mechanisms of action and clinical effects in randomized placebo-controlled trials. Photomed Laser Surg, 24(2), 158-168. https://doi.org/10.1089/pho.2006.24.158

17. Alghadir, A. H., Anwer, S., Iqbal, A., & Iqbal, Z. A. (2018). Test-retest reliability, validity, and minimum detectable change of visual analog, numerical rating, and verbal rating scales for measurement of osteoarthritic knee pain. Journal of pain research, 11, 851-856. https://doi.org/10.2147/JPR.S158847
18. Fan, T., Wang, W., & Zhang, X. (2024). Effectiveness of low-level laser therapy for knee osteoarthritis and postoperative recovery: A systematic review and network meta-analysis. Frontiers in Physiology, 15(3), 1310–1322.
19. Cureus Editorial Board. (2023). Effect of low-level laser therapy on knee range of motion and functional abilities after total knee arthroplasty. Cureus, 15(12), e51290.

ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วม ทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

The Results of Developing a Case Management Model to Reduce Recurrent Violence in Addicted Patients with Co-occurring Mental Disorders and High Risk of Violence.

(Received: December 23,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

นิภาวัล บุญทับถม[1] วิมลพรรณ โชติแสงทอง[1] สุกุมา แสงเดือนฉาย[1]
Nipawan Boontabthom[1] Wimonphan Chotsaengtong[1] Sukuma Saengduenchai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีของพาวเวลล์ มีองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ 1) พยาบาลผู้จัดการ (Nurse Case Manager) 2) การประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ (Interdisciplinary Collaboration) และ 3) แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) แบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมี ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ 30 คนและกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ 30 คน 2) ญาติผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับสนทนากลุ่ม (2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์ผู้บริหาร (3) แบบสอบถามความพึงพอใจและการยอมรับของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบฯ (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบฯ และ (5) แบบบันทึกการก่อความรุนแรง ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนกันยายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของจำนวนวันนอนด้วยสถิติ T-test Independence วิเคราะห์ข้อมูลอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ (1) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (2) การประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ (3) แผนการดูแลผู้ป่วยผลของการใช้รูปแบบฯ พบว่า ความพึงพอใจและการยอมรับของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.48, SD = 0.18 และ M = 4.25, SD = 0.20) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.71, SD = 0.31 และ M = 4.51,SD= 0.38) ตามลำดับ ด้านคุณภาพของรูปแบบฯ พบว่า อัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วยและอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือน ของกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นต่ำกว่ากลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (U=300, Z=-2.66, p=0.008,r=0.343) และ (U=255, Z=-3.49, p<0.001, r=0.45) ส่วนผลการเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในระยะบำบัดยา พบว่า กลุ่มที่ได้รับ การดูแลก่อนใช้รูปแบบฯมีจำนวนวันนอนในระยะบำบัดยาเฉลี่ย 32.10 วัน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นมีจำนวนวันนอนในระยะบำบัดยาเฉลี่ย 27.50 วัน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.136, p < 0.001)

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการรายกรณี, ผู้ป่วยเสพติด, โรคร่วมทางจิตเวช, ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง, การก่อความรุนแรงซ้ำ

Abstract

This Research and Development (R&D) design study aimed to develop and examine the effectiveness of a specialized Case Management Model based on Powell's Case Management framework (comprising 1) Nurse Case Manager, 2) Interdisciplinary Collaboration, and 3) Clinical Pathway) to mitigate the recidivism of violence in patients with Substance Use Disorders (SUD) and co-occurring psychiatric conditions who present a high risk of violence.

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จังหวัดปทุมธานี

The research was conducted in four phases. Participants were selected via purposive sampling from the dual-diagnosis, high-risk addiction wards at the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. The sample included 60 high-risk patients (divided into n=30 pre-implementation and n=30 post - implementation groups) and 30 family members of patients. Data collection occurred between October 2024 and September 2025.

Research instruments included: (1) Semi-structured focus group interview guide; (2) Semi-structured interview form for administrators; (3) Nurse satisfaction/acceptance questionnaire (4) Patient/family satisfaction questionnaire and (5) Violence incident record form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, the independent t - test (for length of hospital stay), and the Mann–Whitney U Test (for repeat violence rates). Qualitative data utilized content analysis The developed model successfully integrated the three core components. Implementation outcomes indicated a very high level of nurse satisfaction (M = 4.48, SD = 0.18) and acceptance (M = 4.25, SD = 0.20). Patient and family satisfaction with nursing care was rated at the highest level ($M_{patient}$ = 4.71, SD = 0.31; M_{family} = 4.51, SD = 0.38). Effectiveness analysis demonstrated that rates of repeat violence in the post-implementation group were significantly lower compared to the pre-implementation group, both in the inpatient unit (U = 300, Z = -2.66, p = 0.008, r = 0.343) and within one month after discharge (U = 255, Z = -3.49, p < 0.001, r = 0.45). Furthermore, the average length of hospital stay was significantly reduced from 32.10 days (pre-implementation) to 27.50 days (post-implementation) (t = 4.136, p < 0.001). The findings support the developed case management model's effectiveness in reducing violent recidivism and shortening hospital stay for this high-risk population.

Keywords: case management model, Patient with substance use disorder, co-occurring psychiatric disorder, high risk for violence, repeat violence.

บทนำ

ปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ในปี 2566 มีจำนวนประชากรกว่า 296 ล้านคนจากทั่วโลก มีการใช้ยาเสพติด[1] คิดเป็น 23 % เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา ส่วนในประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของยาเสพติด อย่างรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับสถิติของผู้ป่วยเสพติดที่เพิ่มมากขึ้นเป็น 1.9 ล้านคน แต่เข้ารับการบำบัดรักษาเพียง 127,425 คนเท่านั้น[2] ปัญหาดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ เศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตของประชากร เกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง รัฐบาลให้ความสำคัญต่อการปราบปราม กวาดล้าง และการบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ติดยา เสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามี ส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและยังมุ่งเน้นการดูแลผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา โดยถือว่า“ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคม[3] ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาเพื่อลด ละ เลิกยาเสพติดร่วมกับการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) การติดยาเสพติดเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ ตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยตรง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปลอดภัย และไม่ส่งผลกระทบต่อสังคม ในปีงบประมาณ 2563-2565 มีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู จำนวน 43,388 ราย 47,905 ราย และ 53,420 รายตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 20.42, 25.91, และ 26.99 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาจิตเวชที่พบร่วมกับปัญหาการติดยา

เสพติด ได้แก่ ความผิดปกติทางอารมณ์ โรควิตกกังวล โรคจิตเภท โรคซึมเศร้าจากการใช้สารกระตุ้น [4,5] สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับบำบัดในกรมสุขภาพจิตสะสมตั้งแต่ปี 2559 -2565 จำนวน 27,518 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 7,773 ราย และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ซึ่งพบใน 4 อันดับโรค ได้แก่ โรคจิตเภท โรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรคจิตเวชยาเสพติดและโรคจิตเวชอื่นๆ ส่งผลให้การบำบัดรักษามีความยากและซับซ้อนมากขึ้น ใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาระยะบำบัดยา 30-35 วัน ฟื้นฟูได้ล่าช้า เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทะเลาะวิวาท ก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 17.01[6] และยังพบว่าการใช้ยาเสพติดทำให้เกิดอาการหลงผิดหวาดระแวง ก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น ชุมชนและทำลายทรัพย์สิน[7] นอกจากนี้ การเสพยาเสพติดในกลุ่มแอมเฟตามีนจะยิ่งทำให้อาการทางจิตเพิ่มขึ้น เพิ่มความก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น ควบคุมตัวเองไม่ได้ เพิ่มความวิตกกังวล ซึมเศร้าและมีความเสี่ยง ทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตาย[8] ซึ่งปัจจัยที่ทำให้อัตราการ ก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ ขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่รับรู้ความเจ็บป่วยและปัญหาการใช้ยาเสพติด[10] ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล เนื่องจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงยังไม่ชัดเจน ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน รวมทั้งญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด ยังไม่มั่นใจและมีความกังวลในการเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงซ้ำ จึงมีความจำเป็น อย่างยิ่งที่จะต้องมีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมและมีความต่อเนื่อง ตอบสนองตามความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อลดหรือป้องกันความเสี่ยงการเสพติดซ้ำ การก่อความรุนแรงซ้ำ และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดปัญหาและผลกระทบดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ควบคุม กำกับ ติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นการจัดบริการสุขภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรง ผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ให้มีคุณภาพและมีผลดีต่อการฟื้นฟูทางคลินิก มุ่งผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ที่กำหนด ภายใต้ความร่วมมือของทีมสุขภาพตามแผน การดูแล (Clinical pathway) โดยมีพยาบาลทำหน้าที่ เป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Nurse Case manager) มีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ส่วนพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย จะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย[10,11] และที่สำคัญคือรูปแบบ การดูแลรายกรณียังมีแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) เป็นเครื่องมือสำคัญที่กำหนดเป้าหมาย กิจกรรม การดูแล ผลลัพธ์ที่คาดหวังให้เกิดขึ้นไว้อย่างชัดเจน ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เสพติด[12] ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิต ลดวันนอนในโรงพยาบาล ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำและส่งเสริมให้หยุดใช้ยาเสพติด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2.1 ด้านพยาบาล ได้แก่ การยอมรับและความ พึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพ

ติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2.2 ด้านผู้ป่วย และญาติ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2.3 ด้านคุณภาพ ได้แก่ ลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วย ลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน และลดจำนวน วันนอนในโรงพยาบาลระยะบำบัดยา

วิธีการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (R&D) แบ่งเป็น 4 ระยะ คือระยะ ที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการ (R1) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอน ระยะที่ 3 ทดลองและปรับปรุงรูปแบบเป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบ และระยะที่ 4 ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบ ฯ โดยระยะที่ 1-2 เป็นกระบวนการ พัฒนารูปแบบฯ ระยะที่3-4 เป็นการประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือน กันยายน 2568

กระบวนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วยระยะที่ 1-2 ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการ ประกอบด้วย 1) ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งที่เผยแพร่แบบสื่อสิ่งพิมพ์และในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 2) การศึกษาสถานการณ์ บริบทและแนวโน้มการให้บริการผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับบริการ ผลกระทบ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของพยาบาล จากเวชระเบียนของผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและ มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวนทั้งสิ้น 1,470 คน 3) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบฯ โดยสนทนากลุ่มกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรงใน สบยช. จำนวน 12 คน ใช้เวลาในการสนทนา 60 นาที และสัมภาษณ์ผู้บริหารทางการพยาบาล ที่มีประสบการณ์บริหารการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 8 คน โดยขออนุญาตบันทึกเทปการสนทนา จากนั้นทำการถอดเทปสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ทุกคำพูดนำมาวิเคราะห์เนื้อหาเชิงธีม (Thematic Content Analysis: TCA) 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำความเข้าใจข้อมูล การสร้างรหัสเบื้องต้น การจัดกลุ่มรหัส การกำหนดธีม การตรวจสอบและกำหนดชื่อธีม มีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ มี 3 ขั้นตอนย่อย

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยร่างรูปแบบเบื้องต้น ซึ่งเป็นร่างรูปแบบที่ 1 โดยนำข้อมูล ผลการศึกษาจากการวิจัยระยะ ที่ 1 มาจัดทำร่างองค์ประกอบและรายละเอียดของรูปแบบ จากนั้นนำร่างรูปแบบเบื้องต้นที่พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช 2 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบ (Model Evaluation) ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผลการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฯ พบว่ามีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence Index: IOC) เท่ากับ 1.00 ภายหลังการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขร่างรูปแบบที่ 1 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจนได้ร่างรูปแบบฯ ที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทดลองใช้ร่างรูปแบบ ฯ ที่ 2 กับกลุ่มเป้าหมาย (pilot study) ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยเพชร 1 สบยช. จำนวน 10 ราย และพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 5 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ความเหมาะสมและคุณภาพเบื้องต้นของรูปแบบ ฯ ซึ่งมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิด้วย

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขร่างรูปแบบฯที่ 2 หลังทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย จนได้ร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล โดยดำเนินการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ลักษณะเชิงเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นจำนวน 30 คน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นจำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในหอผู้ป่วย เพชร 1 สบยช. จำนวน 12 คน เป็นผู้ใช้รูปแบบดังกล่าว เก็บข้อมูลโดยคณะผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ

ระยะที่ 4 ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบ ฯ มีการดำเนินการ ดังนี้ (1) ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นไปใช้ 3 ด้าน คือ 1.1) ด้านพยาบาล ได้แก่ การยอมรับและความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น 1.2) ด้านผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลรูปแบบฯ 1.3) ด้านคุณภาพ ได้แก่ ลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วย ลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระยะบำบัดยา (2) การนำผลการวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาสังเคราะห์ร่วมกัน (Triangulation) โดยการจัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติม และยืนยันความเหมาะสมของรูปแบบฯ (3) ปรับปรุง แก้ไขรูปแบบฯ และจัดทำคู่มือการใช้รูปแบบฯฉบับสมบูรณ์ จนได้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีความเหมาะสม กับบริบทของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และสามารถขยายผลการนำรูปแบบฯไปใช้ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค 6 แห่งได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและ มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่นอนพักรักษาตัวใน หอผู้ป่วยเพชร 1 สบยช. และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ณ หอผู้ป่วยเพชร 1

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและ มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่นอนพักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยเพชร 1 สบยช. แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น (retrospective group) จำนวน 30 คน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น (prospective group) จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน ซึ่งผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power version 3.1 มีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.6 ความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบประเภทที่หนึ่ง α เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95 (1-β) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sample) เป็นผู้ป่วยเสพติดเพศชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป และมีญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดที่สามารถเข้าร่วมการวิจัย จนครบทุกระยะ แพทย์ให้การวินิจฉัย substance use disorders with SMI-V (4) สมัครใจเข้าร่วมการ

ศึกษาวิจัย และกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดของผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เป็นกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น จำนวน 30 คน อายุ 18 ปีขึ้นไป สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบ

1.1 แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับสนทนากลุ่ม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการพัฒนาจำนวน 9 ข้อ

1.2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้บริหารทางการพยาบาล ใช้สำหรับสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แบบบันทึกการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามความพึงพอใจในคุณภาพการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ[13] ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำ ในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำจำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบ ครอบคลุม 2 ด้าน คือ ด้านการพยาบาลตามรูปแบบ ฯ และด้านการยอมรับรูปแบบ ฯ รวม 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1- 5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลางมาก และมากที่สุด

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำจำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบฯ รวม 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1- 5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบ ฯที่พัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำจำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบฯ รวม 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1- 5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด

2.4 แบบบันทึกการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการราย
กรณี จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ 1.1 , 1.2 และ 2.4 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และเครื่องมือวิจัยที่ 2.1,2.2 และ 2.3 มีความเที่ยงโดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75 , 0.74 และ 0.74 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ และพยาบาลต่อรูปแบบฯ การยอมของพยาบาลต่อรูปแบบฯ ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ระยะบำบัดยาของกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ t-test Independence เนื่องจากเป็นการเปรียบเทียบวันนอนในโรงพยาบาล ระยะบำบัดยาระหว่างก่อนใช้รูปแบบฯ และกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ

3. วิเคราะห์ข้อมูลอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากเป็นการเปรียบเทียบ ความแตกต่างอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำของกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ และกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่ได้เป็นการแจกแจงแบบปกติ (non-parametric test)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันบำบัด รักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราช ชนนี รหัสโครงการวิจัยที่ 67015 เอกสารใบรับรองเลขที่ 003/2568 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2567

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการรายกรณีเพื่อลด การก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามบริบท ของ สบยช. ได้แก่ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจากแนวคิดสู่การปฏิบัติของจินตนา ยูนิพันธ์และอัญชัญ ไพบูลย์ Case management: a practice guide to success in managed care ของPowell, SK. แนวทางการดูแลผู้ป่วย จิตเวชสุรา ยา สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของกรมสุขภาพจิต ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยา เสพติดของ สบยช. แนวคิด ทฤษฎีการพัฒนานวัตกรรม Borg Model และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ร่วมกับการศึกษาสถานการณ์บริบท และแนวโน้มการให้บริการผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความ เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษา แบบผู้ป่วยใน สบยช. โดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยจำนวน 1,470 คน พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ก่อความรุนแรง มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต ร้อยละ 1.2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือ ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัวสะเทือนขวัญในชุมชน ร้อยละ 17.71 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น เอะอะอาละวาดทำร้ายบิดามารดา หวาดระแวงกลัวถูกทำร้าย พกพาอาวุธ ตะโกนส่งเสียงดัง ด่าคำหยาบคาย ร้อยละ 80.86 และเคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง เช่น ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง ร้อยละ 0.23 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบฯโดยสนทนากลุ่ม พบประเด็นต่างๆ ได้แก่ (1) ความรุนแรงที่เปลี่ยนแปลงและผลกระทบในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช มีลักษณะพฤติกรรมที่ซับซ้อนและท้าทายระบบบริการสุขภาพ การดูแลมีข้อจำกัดขาดการเชื่อมโยงระหว่างบริการบำบัดยาเสพติดและบริการจิตเวช และยังไม่มีแนวทางการจัดการที่เป็นมาตรฐานที่ชัดเจน (2) กลยุทธ์การดูแลแบบองค์รวมและการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนทั้งด้านพฤติกรรม มีปัญหาจิตเวชและการใช้ยาเสพติดยังไม่สามารถประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลแบบทั่วไป หรือการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (3) อุปสรรคและความ ท้าทายในการดูแล ยังขาดการบูรณาการร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและเครือข่ายชุมชน (4) เส้นทางแห่งการเสริมสร้างทักษะและความเข้มแข็งส่วนบุคคลของ

ผู้ป่วย พบปัญหาการขาดความมั่นใจในตนเองและการรับรู้ศักยภาพของตนเองในเชิงบวก และ (5) ปัจจัยเกื้อหนุนต่อคุณภาพการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด ยังไม่ครอบคลุมปัจจัยสนับสนุนที่หลากหลายและความเข้าใจ ที่สอดคล้องระหว่างทีมดูแล ครอบครัวและตัวผู้ป่วย
นอกจากนี้ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพมีความเห็นในทิศทางเดียวกันว่า ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเสพติด ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ของ สบยช.เอง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ผู้วิจัยได้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (nurse case manager) ซึ่งทำหน้าที่ตามกระบวนการจัดการรายกรณี 6 ขั้นตอน ตามแนวคิดของพาวเวลล์ ได้แก่ 1. การคัดเลือกผู้ป่วย 2. การประเมินสภาพและวิเคราะห์ปัญหา 3. การวางแผนและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ 4. การปฏิบัติและการกำกับการปฏิบัติตามแผนการดูแล (Clinical pathway) 5. การประเมินผลและการติดตามผล และ 6. การสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

องค์ประกอบที่ 2 การประสานความร่วมมือของทีม สหสาขาวิชาชีพ (collaboration practice) โดยกำหนดทีม ที่ต้องรับผิดชอบในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกันเพื่อวางแผนการดูแล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัว และชุมชน

องค์ประกอบที่ 3 แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ซึ่งประกอบด้วยประเด็นหลักของการดูแลรักษาผู้ป่วยยา เสพติดในแต่ละช่วงเวลาของสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์ ซึ่งคาดหวังว่าจะเกิดขึ้น การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและแนวทางการแก้ไขที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ โดยมีประเด็นการดูแลที่สำคัญ 8 ประเด็น คือ 1) การประเมิน 2) การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) ยาและการบำบัดรักษา 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) อาหาร 6) กิจกรรมผู้ป่วย 7) การส่งปรึกษา และ 8) แผนการจำหน่าย

ระยะที่ 3 การตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติด ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

3.1 ด้านผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จากกลุ่มตัวอย่าง 60 คน พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 33.9 ปี (SD=8.50) ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 93.3 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 60 มีสถานะทางการเงินพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 53.3

3.1.1 เปรียบเทียบอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (U=300, Z=-2.66, p=0.008, r=0.343) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (n=60) ด้วย Mann-Whitney U test

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	จำนวนอุบัติการณ์	ร้อยละ	$\bar{x}$	S.D.	Min	Max	U	Z	p-value	Effect Size (r)
ก่อนใช้รูปแบบ	30	24	80.00	0.800	0.407	0	1				
หลังใช้รูปแบบ	30	14	46.67	0.467	0.507	0	1	300	-2.66	.008	0.343
ความแตกต่าง	-	10	33.33	0.333	-	-	-				

3.1.2 เปรียบเทียบอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (U=255, Z=-3.49, p<0.001, r=0.45) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (n=60) ด้วย Mann-Whitney U test

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	จำนวนอุบัติการณ์	ร้อยละ	$\bar{x}$	S.D.	Min	Max	U	Z	p-value	Effect Size (r)
ก่อนใช้รูปแบบ	30	17	56.67	0.567	0.504	0	1		-		
หลังใช้รูปแบบ	30	4	13.33	0.133	0.346	0	1	255	3.49	<.001	0.45
ความแตกต่าง	-	13	43.34	0.434	-	-	-				

3.1.3 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในระยะบำบัดยา ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น พบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยในระยะบำบัดยาของกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 32.10 วัน ส่วนจำนวนวันนอนเฉลี่ยในระยะบำบัดยาของกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เท่ากับ 27.50 วัน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.136, p < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในระยะบำบัดยา ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (n=60) ด้วย T-test Independence

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	$\bar{x}$	S.D.	SE	Min	Max	t	df	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	30	32.10	4.53	0.83	21	42	4.14	58	< .001
หลังใช้รูปแบบ	30	27.50	4.07	0.74	20	36			

3.1.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.71, SD = 0.31)

3.2 ด้านญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดของผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 อายุเฉลี่ย 55.6 ปี (SD= 10.29) ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 90 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.3 และมีสถานะทางการเงินพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46.7

3.2.1 ความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบฯอยู่ในระดับ มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.51 คะแนน (SD 0.38)

3.3 ด้านพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 12 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.66 อายุเฉลี่ย 38.9 ปี (SD=8.8) ส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และระดับปริญญาโท จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นระดับปฏิบัติการและชำนาญการพิเศษ ระดับละ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 58.3 ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเฉลี่ย 9.17 ปี (SD= 4.1) มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.48, SD = 0.18) และมีค่าเฉลี่ยการยอมรับต่อรูปแบบฯอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน (M = 4.25, SD = 0.20)

ระยะที่ 4 ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

การประเมินผลหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่า รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน ผลการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติด ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะบำบัดยาได้ ผลจากการจัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีเพียงการปรับปรุงแก้ไขความ

ถูกต้องของการใช้ภาษาเท่านั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ ตามคำแนะนำจนได้รูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ รวมทั้งจัดทำคู่มือการใช้รูปแบบฯ และวางแผนขยายผลการการนำรูปแบบฯไปใช้ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค 6 แห่ง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการรายกรณีของ พาวเวลล์ มีองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ และแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) โดยมีการดำเนินการพัฒนารูปแบบอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่องภายใต้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการ กระบวนการพัฒนารูปแบบฯ ทดลอง ปรับปรุงรูปแบบฯ และกระบวนการประเมินผล ผู้วิจัยกำหนดการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำรูปแบบฯ ไปใช้ 3 ด้าน คือ 1) ด้านพยาบาล ได้แก่ การยอมรับและความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบฯ 2) ด้านผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบฯ 3) ด้านคุณภาพ ได้แก่ ลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วย ลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระยะบำบัดยา ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการจัดการรายกรณี ที่เป็นแนวทางการจัดบริการเชิงจัดการ (Managed care) ในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายในระยะเวลา ที่กำหนด ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพการบริการที่ได้รับ ผู้ให้บริการพึงพอใจในงาน สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาณัฐ บุญ-หลง[15] ได้ศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและความพึงพอใจในบริการพยาบาล

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า มีการดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา เริ่มตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ การพัฒนาร่างรูปแบบ ทดลอง ปรับปรุงและประเมินผล ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบจากการเสพสารเสพติดประเภทยาบ้ามีภาวะเสี่ยงต่อการ ก่อความรุนแรง (SMI V) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาส โพธิ์หล่ำ [16] ได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบจากการเสพสารเสพติดประเภทยาบ้า/กัญชา และมีภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย คือ ประวัติการใช้สุราและสารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับวุฒิชัย ชวนชนก[17] ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงส่วนใหญ่เป็นการทำร้ายผู้อื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงด้านคำพูด สอดคล้องกับผกามาศ สุฐิติวนิช และสันติภาพ คงนาวัง[18] ซึ่งทำการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะทีมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงโรงพยาบาลชัยภูมิ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/ สารเสพติดของกรมสุขภาพจิต ที่กล่าวว่าการใช้สารเสพติด ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและสุขภาพจิตของผู้เสพและเป็นสาเหตุนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง การทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่นได้ ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พบประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้แก่ ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรสอดคล้องกับปรียานุช ชื่นตา[19] ได้ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลนครปฐม

ญาติหรือผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะการดูแล สอดคล้องกับพิณณรัฐ ศรีหารักษา[20] ซึ่งได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน การกินยาที่ไม่ต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลยังไม่เข้าใจในการดูแล ระบบการติดตามยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของสินิทธิ์ อนันทวัฒน์ [21] ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันการกำเริบซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง นอกจากนี้พบว่ารูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการรายกรณี ประกอบด้วยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ และแผนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์ขรินทร์ นรสารและวิไลวรรณ วัฒนานนท์ , อุไร ดวงแก้ว และอภิญญา จำปามูล, นุษณี เอี่ยมสะอาด, ปพิชญา ทวีเศษ และพรเลิศ ชุ่มชัย [22,23,24] พยาบาลผู้จัดการรายกรณี : บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อระยะวันนอน ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลและความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ และศึกษาผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง

หลังใช้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วยและอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือนต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ จำนวนวันนอนในระยะบำบัดยาน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด และมีค่าเฉลี่ยการยอมรับรูปแบบฯ อยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรง มีความเหมาะสม ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ลดการก่อความรุนแรงซ้ำทั้งในโรงพยาบาลและ ในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับปัทมาพร ชนะมาร และทศพร ทองย้อยและ คณะ [25,26] ซึ่งทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ควรมีนโยบายกำหนดให้รูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นแนวทางหลักที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในระยะบำบัดยา โดยกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดให้ชัดเจนสอดคล้องกับนโยบายการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข จัดทำระบบการติดตามเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาว และควรมีการขยายผลโดยการนำรูปแบบไปใช้ในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยเสพติดโดยเฉพาะในกลุ่มธัญญารักษ์ 6+1

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาต่อยอดการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยในเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์สรายุทธ์ บุญชัย-พานิชวัฒนา ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและ

ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ได้ให้โอกาสและสนับสนุนในการดำเนินการศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการกองทุนสนับสนุน งานวิชาการ กรมการแพทย์ ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนวิจัย ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยเสพติดทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการอันประโยชน์ และขอขอบคุณบุคลากรและผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ให้การสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime.(2020). World Drug Report 2020. Vienna: UNODC; 2020 [cited 2023 Aug 26]. Available from: https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1.pdf
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2566). ฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง [Internet]. 2566 [cited 2023 Aug 26]. Available from: https://catalog.dmh.go.th/dataset/smi-v-1-2558-28-2563
3. พระราชบัญญัติยาเสพติด พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนที่ 73 ก; 8 พ.ย. 2564 [cited 2023 Aug 27]. Available from: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/073/T_0001.PDF
4. นิตยา ตากวิริยะนันท์.(2558). การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
5. รัศมน กัลยาศิริ.(2561). การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. สถาบันธัญญารักษ์.(2561). รายงานประจำปี 2560. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์.
7. พรทิพย์ วชิรดิลก, ธีระ ศิริสมุด, และอนุรัตน์ สมตน.(2561). ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;32(2):69–83.
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2561). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. 3rd ed. กรุงเทพฯ: บริษัทบียอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด; 2561.
9. สุภาพร จันทร์สาม.(2563). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อเขตบริการจังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;31(Suppl 1).
10. นุษณี เอี่ยมสอาด, ปพิชญา ทวีเศษ, และ พรเลิศ ชุ่มชัย.(2563). ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2563;14(1):9–22.
11. ปัฐยาวัชร ปรากฎผล.(2560). พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2560;28(1):12–21.
12. Wason K.(2021). Boston Medical Center, Boston. In: Alford A, et al. Arch Intern Med. 2021;171:425–431.
13. ศรญา ยังเจริญ และ วาสินี วิเศษฤทธิ์.(2558). ผลของรูปแบบการพยาบาลหลักต่อคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของญาติ ผู้ป่วยวิกฤตและความพึงพอใจของพยาบาล. วารสารพยาบาลหัวใจและทรวงอกไทย. 2558;26(2) [cited 2023 Aug 26]. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view.
14. Braun V, Clarke V.(2006). Using thematic analysis in psychology. 2006 [cited 2025 Aug 26]. Available from: https://scholar.google.com/citations?user=otoYzF8AAAAJ&hl=en
15. กัญญาณัฐ บุญ-หลง. ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและความพึงพอใจในบริการพยาบาล [thesis]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; n.d.
16. จุฑามาส โพธิ์หล่ำ.(2024). การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบจากการเสพสารเสพติดประเภทยาบ้า/กัญชาและมีภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) [Internet]. [cited 2024 Jan 13]. Available from: https://nayok.moph.go.th/web/wp-content/uploads/2024/01.2567
17. วุฒิชัย ชวนชนก.(2024). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน [Internet]. 2565 [cited 2024 Jul 7]. Available from: http://cmuir.cmu.ac.th/
18. ผกามาศ สุจิติวนิช และ สันติภาพ คงนาวัง.(2565). การพัฒนาสมรรถนะทีมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โรงพยาบาลชัยภูมิ [Internet]. 2565 [cited 2024 Jan 13]. Available from: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/23

19. ปรียานุช ชื่นตา.(2565). ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลนครปฐม [Internet]. 2565 [cited 2024 Jan 13]. Available from: https://nkpthospital.moph.go.th/login/promotion/images/20220921093259.pdf
20. พิณณรัฐ ศรีหารักษา.พิณณรัฐ ศรีหารักษา.(2566). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขมิ้น [Internet]. 2566 [cited 2023 Oct 6]. Available from: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/262848
21. สินิทธิ์ อนันทวัฒน์.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันการกำเริบซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่รับบริการในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย [Internet]. 2565 [cited 2023 Oct 6]. Available from: https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/0000001411.pdf
22. ศักดิ์ขรินทร์ นรสาร และวิไลวรรณ วัฒนานนท์.(2560). พยาบาลผู้จัดการรายกรณี: บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน [Internet]. วารสารวิทยาศาสตร์และสุขภาพการพยาบาล. 2560;40(2) [cited 2023 Oct 6]. Available from: https://search.tci-thailand.org/article.html?b3BlbkFydGljbGUmaWQ9ODU3MjQ3
23. อุไร ดวงแก้ว และ อภิญญา จำปามูล.(2561). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อระยะวันนอน ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ [Internet]. 2561 [cited 2023 Oct 6]. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/150582
24. นุษณี เอี่ยมสะอาด, ปพิชญา ทวีเศษ และ พรเลิศ ชุ่มชัย.(2563). ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชสมเด็จเจ้าพระยา. 2563;14(1):9–22.
25. ปัทมาพร ชนะมาร .(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2566;7(14):เมษายน–กันยายน 2566.
26. ทศพร ทองย้อย, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, และ กิตติภูมิ ภิญโย.(2563). การจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(3):กรกฎาคม–กันยายน.
27. จินตนา ยูนิพันธ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์.(2546). การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
28. สถาบันธัญญารักษ์ กระทรวงสาธารณสุข.(2544). ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. ปทุมธานี: บริษัทวัชระอินเตอร์ปริ้นติ้ง จำกัด.
29. Borg Model of Innovation Development [Internet]. [cited 2024 Oct 6]. Available from: https://www.gotoknow.org/posts/558911
30. Powell SK.(2000). Case management: a practice guide to success in managed care. 2nd ed. Maryland: J.B..

สภาพ ปัญหา และความต้องการในการผลิตกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของเกษตรกร จังหวัดเลย

The conditions, problems, and needs of farmers in environmentally friendly coffee production, Loei Province.

(Received: December 23,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

เนติธร พรพิทักษ์สิทธิ์[1] สุนทรี จีนธรรม[2] นิสา พักตร์วิไล[2] จีรภัทร์ อัฐฐิศิลป์เวท[3]
Natithol Pronpitaksit [1], Soontaree Cheentam [2], Nisa Pakvilai[2] Jeeraputr Attisilwet [3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการในการผลิตกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของเกษตรกร จังหวัดเลย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบบเจาะจง ได้แก่ ตัวแทนเกษตรกรผู้ปลูกกาแฟ และตัวแทนผู้แปรรูปกาแฟ จำนวน 15 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่ปลูกกาแฟอยู่ในเขตที่ราบเชิงเขา การบำรุงดินมีทั้งใช้ปุ๋ยอินทรีย์ ปุ๋ยเคมี และปุ๋ยอินทรีย์ร่วมกับปุ๋ยเคมี การให้น้ำใช้ระบบอัตโนมัติ ระบบน้ำหยด สายยาง และน้ำฝน และบางพื้นที่ปลูกไม้พี่เลี้ยงเพื่อให้ร่มเงาแก่ต้นกาแฟ ปัญหาการผลิตกาแฟพบแมลงศัตรูพืช การดูแลและเก็บเมล็ดกาแฟ การชะล้างหน้าดิน ความแห้งแล้ง การขาดแคลนน้ำ ขยะจากเปลือกเมล็ดกาแฟ และเกษตรกรขาดองค์ความรู้การทำปุ๋ยหมัก น้ำหมักชีวภาพ และจุลินทรีย์สังเคราะห์แสงเพื่อบำรุงดิน และต้องการความรู้และความตระหนักเรื่องการผลิตกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

คำสำคัญ: การผลิตกาแฟ เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

ABSTRACT

The objectives of this research are to study the conditions, problems, and needs of farmers in environmentally friendly coffee production, Loei Province. This survey research specifically targets key informants chosen through purposive sampling: 15 farmer representatives who grow and process coffee. Data was collected by In-depth interview. The instruments using for data collection were semi-structured interviewing forms. Data was analyzed by using content analysis.

The research results reveal that most farmers grow coffee in foothill areas. Soil fertilization methods apply organic fertilizer, chemical fertilizer, and a combination of organic and chemical fertilizer. Watering methods are automatic systems, drip irrigation, hoses, and rainwater. In some areas, shade trees are planted to provide cover for the coffee plants. Problems in coffee production are insect pests, maintenance and harvesting of coffee beans, soil erosion, drought, water shortages, waste from coffee bean husks and lacking knowledge of farmers regarding composting, bio-fermented water, and photosynthetic bacteria for soil nourishment. Furthermore, they require knowledge and awareness concerning environmentally friendly coffee production.

Keywords: Coffee Production, Eenvironmentally Friendly

บทนำ

ปัจจุบันโลกและประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ ปัญหาภาวะโลกร้อน การสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ มลภาวะจากพลาสติก การทำลายป่า และมลพิษทางอากาศ สาเหตุสำคัญเกิดจาก การใช้พลังงาน สินค้าและบริการ อาชีพ และกิจกรรมต่างๆ

[1] นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
[2] อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ corresponding author E-mail: soontaree.cheen@vru.ac.th
[3] นักวิจัยอิสระ สมาคมเครือข่ายการเรียนรู้และนวัตกรรมองค์กร

ในชีวิตประจำวัน[1] ดังนั้น จึงควรช่วยกันแก้ไขปัญหาและลดความสูญเสียที่เกิดขึ้น

กาแฟเป็นพืชเศรษฐกิจที่สำคัญและเป็นเครื่องดื่มที่ได้รับความนิยมมากที่สุดชนิดหนึ่งของโลก โดยทำมาจากเมล็ดกาแฟคั่วที่ได้จากผลกาแฟสดจากต้นกาแฟ ซึ่งจัดเป็นพืชเขตร้อนแถบแอฟริกา อเมริกาใต้ และเอเชีย[2]

การผลิตกาแฟ คือ การปลูกและการแปรรูปกาแฟ การผลิตกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการผลิตและการบริโภคอย่างยั่งยืน (เป้าหมายที่ 12 ของการพัฒนาที่ยั่งยืน) โดยเริ่มจากการส่งเสริมความตระหนักต่อผู้ปลูกและผู้แปรรูป คำนึงถึง ผลกระทบจากกระบวนการปลูกและการแปรรูป การเลือกใช้วัตถุดิบหรือผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ โดยการลด (Reduce) การใช้สารเคมีและวัตถุดิบที่สิ้นเปลือง การใช้ซ้ำ (Reuse) การนำวัตถุดิบกลับมาใช้ซ้ำและการนำกลับมาใช้ใหม่ (Recycle) การใช้พลังงานที่สะอาด (Clean energy) เช่น พลังงานแสงอาทิตย์ พลังงานลม[3] ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการเปลี่ยนแปลงสู่ความยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

จังหวัดเลยเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการผลิตกาแฟเกือบทุกอำเภอ โดยปลูกมากที่อำเภอนาด้วง อำเภอปากชม และอำเภอภูหลวง มีทั้งสายพันธุ์อราบิก้าและโรบัสต้า แต่จะพบการปลูกโรบัสต้ามากกว่าอราบิก้า[4] จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น พบว่า เกษตรกรที่ผลิตกาแฟในจังหวัดเลย ประสบปัญหาสภาพอากาศร้อน ความแห้งแล้ง การขาดแคลนน้ำ โดยเฉพาะในช่วงฤดูร้อน และส่วนใหญ่ยังใช้ปุ๋ยเคมีในการผลิตกาแฟ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสภาพ ปัญหา การปลูกและการแปรรูปและความต้องการในการผลิตกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของเกษตรกร จังหวัดเลย เนื่องจากการผลิตกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมจะช่วยลดปัญหาจากการปลูกและการแปรรูปได้ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาการปลูกและการแปรรูปกาแฟของเกษตรกร จังหวัดเลย

2. เพื่อศึกษาความต้องการในการผลิตกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของเกษตรกร จังหวัดเลย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ทำการศึกษาสภาพและปัญหาการปลูกและการแปรรูปกาแฟ และความต้องการในการผลิตกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของเกษตรกร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตและสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ตัวแทนเกษตรกรผู้ปลูกกาแฟและตัวแทนผู้แปรรูปกาแฟ จำนวน 15 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interviews) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เกษตรกรผู้ผลิตกาแฟในจังหวัดเลย จำนวน 283 ครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนเกษตรกรผู้ปลูกกาแฟ พื้นที่อำเภอนาด้วง ปากชม และภูหลวง จำนวน 9 คน และตัวแทนผู้แปรรูปกาแฟ พื้นที่อำเภอนาด้วง ปากชม และภูหลวง จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสังเกตสภาพการปลูกและการแปรรูปกาแฟของเกษตรกร จังหวัดเลย

2. แบบสัมภาษณ์สภาพ ปัญหา และความต้องการในการผลิตกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของเกษตรกร จังหวัดเลย

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การสร้างแบบสังเกตเป็นข้อความปลายเปิด ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับสภาพการปลูกและการแปรรูปกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยศึกษาวิธีการสร้างและกำหนดรูปแบบของคำถามจากเอกสารตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำแบบสังเกตที่สร้างขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนด้านภาษา ความ

เที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และโครงสร้าง และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสังเกตที่สมบูรณ์แล้วไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การสร้างแบบสัมภาษณ์เป็นข้อความปลายเปิด โดยศึกษาวิธีการสร้างแบบสัมภาษณ์และกำหนดรูปแบบของประเด็นคำถามจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นสร้างแบบสัมภาษณ์เสนออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนด้านภาษา ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา สำหรับบันทึกข้อมูลจากการไปการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นตัวแทนเกษตรกรผู้ปลูกกาแฟและตัวแทนผู้แปรรูปกาแฟในจังหวัดเลย ในพื้นที่อำเภอนาด้วง อำเภอปากชม และอำเภอภูหลวง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับสภาพปัญหา และความต้องการในการผลิตกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของเกษตรกรในจังหวัดเลย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสังเกตสภาพพื้นที่การปลูกและการแปรรูปกาแฟในจังหวัดเลย โดยการสังเกต สำรวจ สอบถามถ่ายภาพ และบันทึกข้อมูล

2. สัมภาษณ์สภาพ ปัญหา และความต้องการโดยใช้แบบสัมภาษณ์ นำประเด็นคำถามไปสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นตัวแทนเกษตรกรผู้ปลูกและแปรรูปกาแฟ ในพื้นที่อำเภอนาด้วง อำเภอปากชม และอำเภอภูหลวง จำนวน 15 คน

3. ลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญตอบ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปผล

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในประเด็นสภาพ ปัญหา และความต้องการในการผลิตกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพ ปัญหา การปลูกและการแปรรูปกาแฟของเกษตรกร จังหวัดเลย

1.1 สภาพการปลูกและการแปรรูปกาแฟของเกษตรกร จังหวัดเลย

1) สภาพพื้นที่ปลูก พื้นที่ปลูกกาแฟส่วนใหญ่มีลักษณะภูมิประเทศอยู่ในเขตที่ราบเชิงเขา ตั้งอยู่บริเวณทางด้านทิศใต้และทิศตะวันออกของจังหวัดเลย เป็นเขตที่ไม่ค่อยมีภูเขาสูงมากนัก เช่น อำเภอนาด้วง อำเภอปากชม และอำเภอภูหลวง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการปลูกกาแฟมากที่สุดในจังหวัดเลย พื้นที่ปลูกกาแฟบางแห่งอยู่ในเขตภูเขาสูงในป่าตามธรรมชาติและปลูกในเขตที่ราบลุ่มอยู่บ้าง แต่มีปริมาณไม่มากนัก เกษตรกรมีพื้นที่ทำการเกษตรและปลูกกาแฟ อยู่ประมาณ 2-20 ไร่ต่อครัวเรือน ส่วนใหญ่เกษตรกรปลูกกาแฟแบบพืชร่วม(ผสมผสาน) โดยปลูกกาแฟร่วมกับพืชชนิดอื่น เช่น กล้วย มะม่วง มะพร้าว อะโวคาโด หมาก ชมพู่ และมะละกอ ฯลฯ เกษตรกรบางส่วนปลูกกาแฟแบบพืชเชิงเดี่ยว โดยแบ่งพื้นที่ส่วนหนึ่งปลูกกาแฟเป็นอย่างเดียว และพื้นที่อีกส่วนนำมาปลูกยางพาราและผลไม้ เช่น เงาะ โกโก้ มะพร้าว และมะม่วง

2) สภาพดินปลูก พื้นที่ปลูกกาแฟส่วนใหญ่อยู่บริเวณที่ลาดเชิงเขา ซึ่งดินบริเวณนี้เป็นดินที่มีความเหมาะในการปลูกกาแฟและพืชชนิดอื่น พื้นที่ปลูกกาแฟบางแห่งมีลักษณะเป็นดินปนทรายและมี

หินปนมาเล็กน้อย และไม่พบปญหาเรื่องดินเค็มในการปลูกกาแฟ



ภาพที่ 1 สภาพพื้นที่ปลูกกาแฟของเกษตรกร จังหวัดเลย

3) การบำรุงดิน เกษตรส่วนใหญ่ปลูกกาแฟโดยใช้ปุ๋ยเคมีในการบำรุงดิน เช่น ปุ๋ยเคมีสูตร 16-18-20 เพื่อเพิ่มผลผลิต ปุ๋ยเคมีสูตร 15-15-15 เมื่อเริ่มออกผลผลิต บางพื้นที่มีการใช้ปุ๋ยอินทรีย์ร่วมกับปุ๋ยเคมี หรือใช้ปุ๋ยชีวภาพร่วมกับปุ๋ยเคมี เช่น การใช้ปุ๋ยชีวภาพร่วมกับปุ๋ยเคมีสูตร 15-15-15 เมื่อเริ่มออกผลผลิตเพื่อให้ได้เมล็ดกาแฟที่สมบรูณ์ การใช้ปุ๋ยชีวภาพร่วมกับปุ๋ยเคมีสูตร 16-18-20 ในช่วงฤดูฝนเพื่อเร่งการยืดของยอดให้มีจำนวนผลผลิตมากขึ้น และพบว่ามีการใช้ปุ๋ยอินทรีย์ เช่น ปุ๋ยคอก ปุ๋ยหมักและปุ๋ยพืชสด และสารชีวภัณฑ์ ในการบำรุงดิน นอกจากนี้ยังมีการใช้โดโลไมท์ (Dolomite) ซึ่งเป็นปูนชนิดหนึ่งที่มีส่วนประกอบของธาตุแคลเซียม (Ca) และแมกนีเซียม (Mg) เพื่อปรับสภาพความเป็นกรด-ด่างให้เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของกาแฟ

4) การให้น้ำ เกษตรกรมีระบบการให้น้ำโดยใช้ระบบอัตโนมัติ (*สปริงเกอร์*) ระบบน้ำหยด ใช้สายยางรดน้ำ โดยใช้เครื่องปั่นไฟสูบน้ำขึ้นมาใช้โดยตรง กรณีปลูกบนพื้นที่สูงจะใช้น้ำฝนอย่างเดียว เนื่องจากมีความชื้นเพียงพอ บางพื้นที่มีการสูบน้ำขึ้นมาโดยใช้ระบบโซลาร์เซลล์ (Solar Cell) เพื่อรับพลังงานจากแสงอาทิตย์มาใช้ในการผลิตกระแสไฟฟ้า



ภาพที่ 2 การสูบน้ำ โดยใช้โซลาร์เซลล์ (Solar Cell)

5) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมให้แก่ต้นกาแฟเพื่อช่วยทำให้ต้นกาแฟไม่ให้ร้อนจนเกินไป และทำให้ต้นกล้าเจริญเติบโตได้ดีขึ้น สามารถทำได้ดังนี้

5.1) กาแฟสายพันธุ์อราบิก้า เกษตรจะปลูกไม้บังร่มเงาก่อนปลูกกล้ากาแฟ โดยปลูกไม้โตเร็วหรือพืชตระกูลถั่วเป็นไม้บังร่มเงาชั่วคราว ปลูกไม้พุ่มที่มีทรงพุ่มใหญ่ กว้าง และให้ร่มเงาได้ในระดับสูงเป็นไม้บังร่มถาวร โดยไม้บังร่มเงาชั่วคราวและถาวรให้ปลูกสลับกันหลายชนิด และพบว่าต้นกล้ากาแฟอราบิก้าสามารถนำมาปลูกในป่าร่วมกับไม้ชนิดอื่นได้ด้วย

5.2) กาแฟสายพันธุ์โรบัสต้า กรณีที่ปลูกกลางแจ้ง เกษตรกรจะทำร่มเงาชั่วคราวให้ต้นกล้าหลังจากปลูกไป ประมาณ 2-3 สัปดาห์ การปลูกแบบพืชเชิงเดี่ยวจะใช้ต้นปลูก ประมาณ 170 ต้นต่อไร่ ถ้าปลูกแบบพืชร่วมเพื่อให้ร่มเงาต้องปลูกพืชชนิดอื่นก่อนเป็นเวลา 6-12 เดือน จึงจะปลูกกล้ากาแฟได้ เกษตรกรที่ปลูกกาแฟร่วมกับมะพร้าวส่วนใหญ่จะใช้ต้นปลูก ประมาณ 100 ต้นต่อไร่



ภาพที่ 3 การปลูกกาแฟอราบิก้าในป่าร่วมกับไม้ชนิดอื่น

6) โรค แมลงศัตรูพืช และการป้องกันกำจัด

6.1) ในช่วง 1-2 ปีแรก เกษตรกรมักจะไม่ค่อยพบปัญหาเรื่องโรคและแมลงศัตรูพืชรบกวน แต่ในช่วงปีหลังจะพบการเกิดโรคและแมลงศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้น แมลงที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ เพลี้ยแป้ง และมอด

6.2) วิธีการป้องกันและกำจัดศัตรูพืช เกษตรกรมีวิธีการที่แตกต่างกัน มีทั้งการใช้สารเคมีอย่างเดียว สารเคมีร่วมกับวิธีธรรมชาติ และการใช้วิธีธรรมชาติอย่างเดียว ซึ่งการใช้วิธีธรรมชาติ เช่น เกษตรกรจะเก็บเมล็ดกาแฟสุกซึ่งมีสีแดง (เชอร์รี่) ให้หมดจากต้นก่อนเพื่อป้องกันไม่ให้มอดมากัดกิน การใช้วิธีล่อแมลงกลางคืนโดยใช้แสงเป็นตัวล่อให้แมลงบินอยู่บริเวณแหล่งน้ำเพื่อลดปริมาณแมลงที่จะไปทำลายผลผลิต และการใช้วิธีไล่เพลี้ยแป้ง มอด และแมลงอื่น ๆ โดยใช้น้ำส้มควันไม้ผสมกับน้ำ ในอัตราส่วน 1:20 หรือ 1:50 แล้วนำไปฉีดพ่นหรือราดบริเวณต้นกาแฟ

7) การเก็บเมล็ดกาแฟ เมล็ดกาแฟสุกที่มีสีแดง (เชอร์รี่) สามารถเก็บได้ตลอดทั้งวัน การเก็บจะต้องเก็บที่ละต้น โดยเก็บให้หมดเป็นต้น ๆ ไป ตามแถวที่ปลูก ซึ่งเกษตรกรจะเก็บเมล็ดกาแฟที่สุกแล้วโดยใช้วิธีการเก็บเมล็ดทีละข้อหรือเก็บแบบรูด เมล็ดกาแฟสุกที่สีมีแดง (เชอร์รี่) จะหลุดออกจากขั้วได้ง่าย ส่วนเมล็ดกาแฟดิบจะยังเป็นสีเขียวอยู่จะหลุดออกจากขั้วได้ยาก โดยเฉลี่ยจะเก็บเมล็ดกาแฟที่สุกแล้วประมาณ 2-3 ครั้งต่อต้น เมื่อเก็บเมล็ดกาแฟสุกจากขั้วกิ่งของต้นกาแฟแล้ว เมล็ดจะหล่นลงใต้ต้นกาแฟ

โดยมีผ้าใบพลาสติกหรือมุ้งไนล่อน (สีฟ้า) รองรับเมล็ดที่เก็บได้ จากนั้นเกษตรกรจะนำมาบรรจุในภาชนะที่เตรียมไว้ เช่น ถุงกระสอบ เพื่อเข้าสู่กระบวนการแปรรูปต่อไป 8) การแปรรูปกาแฟ เกษตรกรจะนำเมล็ดกาแฟสุกที่เก็บได้มาแปรรูปทันที ไม่เก็บไว้นานเกิน 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันไม่ให้เมล็ดกาแฟเกิดความเสียหายเนื่องจากกระบวนการหมักซึ่งจะมีผลต่อกลิ่นและรสชาติของกาแฟ โดยนำเมล็ดกาแฟมาตากแดดเพื่อทำให้เมล็ดแห้งที่สุด (ไม่มีความชื้น) ใช้เวลานานประมาณ 15 วัน เมล็ดกาแฟที่ตากจนแห้งสนิทดีแล้ว เรียกว่า เมล็ดกาแฟกะลา วิธีการสังเกตโดยการเขย่าเมล็ดกาแฟ ถ้าได้ยินเสียงกระทบกันของเมล็ดและมีน้ำหนักเบาลงอย่างเห็นได้ชัด แสดงว่า เมล็ดกาแฟแห้งสนิทดีจนเป็นเมล็ดกาแฟกะลาแล้ว หลังจากนั้นเกษตรกรจะนำเมล็ดกาแฟกะลาที่ได้บรรจุใส่ถุงกระสอบที่สะอาด จากนั้นจึงส่งเข้าโรงงานแปรรูปเพื่อสีเอาเปลือกออก เมล็ดกาแฟกะลาที่ผ่านกระบวนการสีหรือกะเทาะเอาเปลือกออกแล้ว (เมล็ดกาแฟที่ไม่มีเปลือก) เรียกว่า เมล็ดกาแฟสาร ซึ่งเมล็ดกาแฟสารนี้สามารถบรรจุและเก็บไว้ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือนำเมล็ดกาแฟสารเข้าสู่กระบวนการคั่วได้ทันทีเพื่อนำมาบริโภคต่อไป



ภาพที่ 4 เมล็ดกาแฟสุกจะมีสีแดง (เชอร์รี่)



ภาพที่ 5 การเก็บเมล็ดกาแฟ

1.2 ปัญหา การปลูกและการแปรรูปกาแฟของเกษตรกร จังหวัดเลย

1) ปัญหาพื้นที่ปลูก พื้นที่ปลูกกาแฟกับที่พักอาศัยอยู่ห่างไกลกันมากทำให้เกษตรกรที่มีพื้นที่ปลูกกาแฟอยู่ในเขตภูเขาสูงในป่าตามธรรมชาติและบริเวณที่ลาดเชิงเขามีความยากลำบากในการผลิตกาแฟมากกว่าพื้นที่อื่น โดยเฉพาะในเรื่องของการดูแลรักษาและการเก็บผลผลิตเมล็ดกาแฟ

2) ปัญหาสภาพดินปลูก เกษตรกรที่มีพื้นที่ปลูกกาแฟอยู่บริเวณที่ลาดเชิงเขา มักพบปัญหาการชะล้างหน้าดิน เนื่องจากดินที่อยู่บริเวณนี้จะมีอัตราการชะล้างหนาดินค่อนข้างสูง

3) ปัญหาการบำรุงดิน เกษตรกรที่ปลูกกาแฟส่วนใหญ่ยังขาดองค์ความรู้ในเรื่องการทำปุ๋ยหมัก การทำน้ำหมักชีวภาพ และการทำจุลินทรีย์สังเคราะห์แสงไว้ใช้เองเพื่อบำรุงดิน ซึ่งปุ๋ยอินทรีย์ที่เกษตรกรนำมาใช้ส่วนใหญ่จะซื้อมาจากแหล่งผลิต

สำหรับเกษตรกรที่ใช้ปุ๋ยเคมีหรือปุ๋ยอินทรีย์ร่วมกับปุ๋ยเคมียังขาดความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักในเรื่องของการทำเกษตรยั่งยืนหรือเกษตรอินทรีย์ซึ่งเป็นการปลูกกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม



ภาพที่ 6 การตากเมล็ดกาแฟกลางแจ้ง



ภาพที่ 7 เมล็ดกาแฟกะลา



ภาพที่ 8 เครื่องสีเมล็ดกาแฟ



ภาพที่ 9 เมล็ดกาแฟสาร

4) ปัญหาการให้น้ำ เกษตรกรประสบปัญหาเรื่องสภาพอากาศที่ร้อนมาก ทำให้เกิดความแห้งแล้งและการขาดแคลนน้ำ โดยเฉพาะในช่วงฤดูร้อนหรือเวลากลางวัน ต้นกาแฟมักจะมีอาการขาดน้ำ ขอบใบไหม้ ทำให้การเจริญเติบโตและผลผลิตลดลง ถ้าต้นกาแฟขาดน้ำอย่างรุนแรงขอบใบจะไหม้มาก โดยเฉพาะต้นกาแฟที่อยู่ในระยะกล้า

5) ปัญหาการแปรรูปกาแฟของเกษตรกร เมล็ดกาแฟกะลาที่เข้าสู่กระบวนการสีเพื่อกะเทาะเอาเปลือกออกจนได้เป็นเมล็ดกาแฟสารนั้น เปลือกกาแฟกะลาจะถูกเก็บไว้ในห้องเก็บเปลือกกาแฟ ซึ่งเปลือกกาแฟกะลาที่ได้จากกระบวนการสีนี้ ปัจจุบันยังไม่มีการนำมาแปรรูปเพื่อใช้ประโยชน์หรือสร้างมูลค่าเพิ่ม เช่น การนำเปลือกกาแฟกะลามาทำเป็นปุ๋ยหมัก การนำมาผลิตถ่านชีวมวลในเตาเผาอุณหภูมิสูง

2. ผลการศึกษาความต้องการในการผลิตกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของเกษตรกร จังหวัดเลย

เกษตรกรที่ปลูกกาแฟส่วนใหญ่ต้องการองค์ความรู้ในเรื่องการทำปุ๋ยหมัก การทำน้ำหมักชีวภาพ และการทำจุลินทรีย์สังเคราะห์แสงไว้ใช้เองเพื่อการบำรุงดิน การทำน้ำหมักชีวภาพสูตรไล่แมลง การทำน้ำส้มควันไม้ป้องกันศัตรูพืช และต้องการให้มีการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจและสร้างความตระหนักในเรื่องของการทำเกษตรปลอดภัย หรือเกษตรอินทรีย์ เพื่อความยั่งยืน ซึ่งเป็นการปลูกกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังต้องการแปรรูป

กาแฟที่ประหยัดพลังงาน และลดมลพิษจากการปล่อยควันในการคั่วกาแฟ

สรุปและอภิปรายผล

สภาพพื้นที่ปลูกกาแฟส่วนใหญ่อยู่ในเขตที่ราบเชิงเขา มีการปลูกกาแฟมากที่สุดที่อำเภอนาด้วง อำเภอปากชม และอำเภอภูหลวง โดยปลูกกาแฟร่วมกับพืชชนิดอื่นและปลูกแบบพืชเชิงเดี่ยว การบำรุงดินมีทั้งใช้ปุ๋ยอินทรีย์ ปุ๋ยเคมี และปุ๋ยอินทรีย์ร่วมกับปุ๋ยเคมี การให้น้ำมีทั้งการใช้ระบบอัตโนมัติ ระบบน้ำหยด สายยาง และน้ำฝน บางพื้นที่ใช้โซลาร์เซลล์สูบน้ำ และปลูกไม้พี่เลี้ยงเพื่อให้ร่มเงา ปัญหาการผลิตกาแฟ ได้แก่ ปัญหาแมลงศัตรูพืช ที่พบมาก ได้แก่ เพลี้ยแป้ง และมอด ปัญหาการดูแลและเก็บเมล็ดกาแฟ การชะล้างหน้าดิน ความแห้งแล้ง การขาดแคลนน้ำ ขยะจากเปลือกเมล็ดกาแฟ และเกษตรกรขาดองค์ความรู้การทำปุ๋ยหมัก น้ำหมักชีวภาพ และจุลินทรีย์สังเคราะห์แสงเพื่อบำรุงดิน และต้องการความรู้และความตระหนักเรื่องการผลิตกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของแสงรวี ไชยโย นารีรัตน์ สีระสาร และสินีนุช ครุฑเมือง แสนเสริม[5] ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความต้องการในการส่งเสริมการผลิตกาแฟอราบิก้าของเกษตรกรในตำบลภูคา อำเภอปัว จังหวัดน่าน ผลการวิจัยพบว่า สภาพการผลิตกาแฟอราบิก้าเกษตรกรส่วนใหญ่ได้พันธุ์มาจากบริษัทรับซื้อ ใช้วิธีขยายพันธุ์โดยการเพาะเมล็ด ปลูกกาแฟใต้ร่มเงาไม้อื่น ใช้น้ำฝนในการเพาะปลูก ไม่มีการใช้สารเคมีในการป้องกันกำจัดวัชพืช โรค และแมลง ในส่วนของความต้องการ เกษตรกรต้องการให้ส่งเสริมการผลิตกาแฟอราบิก้าในระดับมากที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ (1) การป้องกันการกำจัดแมลง (2) การป้องกันการกำจัดโรค ดังนั้นเจ้าหน้าที่จึงควรมีการติดตามเยี่ยมเยียนเกษตรกรในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง มีการอบรมให้ความรู้แก่เกษตรกรในเรื่องการป้องกันกำจัดโรคและแมลงในการผลิตกาแฟอราบิก้า เพื่อให้เกษตรกรได้นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการผลิตกาแฟอราบิก้า และสอดคล้องกับงานวิจัยของเสกสรรค์ ดวงสิงห์ธรรมภาณุพันธุ์ ประภาติกุล สุรพล เศรษฐบุตร และ ณฐิตา กานต์ พยัคฆา[6] ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง สภาพการผลิตกาแฟอราบิก้าของเกษตรกรบ้านปางไฮ ตำบลเทพเสด็จ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า สภาพการผลิตกาแฟอราบิก้าของเกษตรกรบ้านปางไฮ ตำบลเทพเสด็จ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยเกษตรกรจะปลูกกาแฟในพื้นที่เชิงเขาใต้ร่มไม้ร่วมกับป่า ใช้เวลาปลูก 2-3 จึงจะเก็บเกี่ยวผลผลิตได้ การเก็บเกี่ยวจะเก็บผลสุกสีแดงและแปรรูปผลกาแฟสดให้เป็นกาแฟกะลาด้วยวิธีเปียก (Wet Proces) เป็นหลัก ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในพื้นที่ เนื่องจากสารกาแฟที่ได้ออกมานั้นมีคุณภาพสูงให้รสชาติดี ผลผลิตกาแฟที่ได้จะจำหน่ายให้กับผู้ประกอบการเอกชน ศูนย์พัฒนาโครงการหลวงและกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่ทั้งในรูปแบบผลสดและกาแฟกะลา ทั้งนี้ในอนาคตผลผลิตกาแฟในพื้นที่จะมีปริมาณที่ลดลงเนื่องจาก 1) สภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง 2) การเพิ่มขึ้นของต้นทุนการผลิตกาแฟ 3) การเข้ามาของพืชใหม่ในพื้นที่ 4) การไม่มีทายาทสืบต่ออาชีพการปลูกกาแฟ และ 5) การไม่มีกรรมสิทธิ์ในพื้นที่ทำกินของตนเอง ซึ่งการพัฒนาการผลิตกาแฟของเกษตรกรในพื้นที่นั้น เกษตรกรต้องพัฒนาศักยภาพของตนเอง และกระบวนการผลิตให้มีคุณภาพดีจนสามารถได้รับการรับรองมาตรฐานการผลิต อีกทั้งเจ้าหน้าที่ส่งเสริมการเกษตรควรที่จะเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพให้ความรู้การพัฒนาการผลิตกาแฟของเกษตรกรให้เกิดการพัฒนาต่อไปข้างหน้า อนึ่งการพัฒนาการเกษตรของเกษตรกรผู้ปลูกกาแฟบ้านปางไฮ ยังต้องมีการพัฒนาเกษตรกรรุ่นใหม่ ให้เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาและสืบต่อการทำการเกษตร รวมทั้งการจัดการทรัพยากรในพื้นที่ให้เกิดความยั่งยืนและประโยชน์สูงสุดของพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการผลิตกาแฟ เช่น สำนักงานเกษตรจังหวัดและอำเภอ อุตสาหกรรม

จังหวัด พัฒนาชุมชนจังหวัด และองค์การบริหารส่วนตำบล ควรส่งเสริมสนับสนุนให้เกษตรกรหันมาผลิตกาแฟที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยใช้เกษตรกรรมยั่งยืน เกษตรผสมผสาน หลักวนเกษตร และเน้นการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก เพื่อก้าวสู่ความเป็นกลางทางคาร์บอน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับต้นแบบการผลิตกาแฟที่ลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกอย่างครบวงจรในจังหวัดเลย โดยทำการศึกษาการปลูกและการแปรรูปกาแฟ ทั้งต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ เพื่อนำไปสู่สังคมคาร์บอนต่ำ

เอกสารอ้างอิง

1. ฉัตรชัย อินต๊ะทา. (2567). วิกฤตการณ์สิ่งแวดล้อมปี 2023 (ตอนที่ 1). กองติดตามประเมินผลสิ่งแวดล้อม สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. https://www.onep.go.th> สถานการณ์สิ่งแวดล้อมปี-2023.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (2567). ฐานข้อมูลเพื่อการวางแผนการผลิตสินค้าเกษตรจังหวัดแม่ฮ่องสอน. https://www.opsmoac.go.th>maehongson-dwl-files-42 1591791144.
3. ณัฐกานต์ พ่อค้า และปภัสสะรา เหรียญขำ. (2556). ความรู้ความเข้าใจ*และ*ความพึงพอใจที่มีต่อภาพลักษณ์องค์กรสีเขียวของประชาชน ณ เขตกรุงเทพมหานคร. จุลนิพนธ์ หลักสูตรบริหารธุรกิจบัณฑิต. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
4. สำนักงานเกษตรจังหวัดเลย. (2567). ข้อมูลการขึ้นทะเบียนเกษตรกรผู้ปลูกกาแฟในจังหวัดเลย *ใน* เอกสารเผยแพร่ความรู้เรื่องข้อมูลพื้นฐานกาแฟจังหวัดเลย. กรมส่งเสริมการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์.
5. แสงรวี ไชยโย นารีรัตน์ สีระสาร และสินีนุช ครุฑเมือง แสนเสริม. (2567). ความต้องการในการส่งเสริมการผลิตกาแฟอราบิก้าของเกษตรกรในตำบลภูคา อำเภอปัว จังหวัดน่าน**.** วารสารวิทยาศาสตร์เกษตรและการจัดการ. (7)2, 114-120.
6. เสกสรรค์ ดวงสิงห์ธรรม ภาณุพันธุ์ ประภาติกุล สุรพล เศรษฐบุตร และ ณฐิตากานต์ พยัคฆา. (2566) สภาพการผลิตกาแฟอราบิก้าของเกษตรกรบ้านปางไฮ ตำบลเทพเสด็จ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วารสารแก่นเกษตร. (51)1, 83-89

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์
Development of treatments for patients with antimicrobial resistance infection at Kusuman Hospital, Sakonnakhon.

(Received: December 23,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ศุกลรัตน์ โยตะสิงห์[1] จรินทร โคตพรม[2] เสถียนทอง ปัจจูมลี[2]
Sukolrat Yotasing[1] Jarintorn Koteprom[2] Stientong Putjumlee[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ 2) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ และ 3) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ คือ ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จำนวน 21 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามสภาพปัญหาและสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ แบบสังเกตการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา แบบประเมินความพึงพอใจ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ศึกษาในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กันยายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Paired t–test

ผลการศึกษา : 1) สถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ พบว่า ไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ชัดเจน ขาดแนวทางปฏิบัติของเครือข่าย ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ขาดการนิเทศและการกำกับระบบบริการ 2) ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ ประกอบด้วย (1) ระบบคัดกรองและเฝ้าระวัง (2) มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (3) การสื่อสารและประสานงานในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ (4) สมรรถนะด้านความรู้และทักษะบุคลากร และ 3) ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ พบว่า (1) ความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา หลังการพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (2) การปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา หลังการพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (3) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด และ (4) อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลังการพัฒนาระบบลดลงกว่าก่อนการพัฒนาระบบจาก 1.49 เป็น 0 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน

คำสำคัญ : ภาวะติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ, ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ, เครือข่ายสุขภาพ

Abstract

This study was a participatory action research study (Participatory Action Research). Objectives : 1) To study the situation of patients with antimicrobial-resistant infections in the Kusuman Hospital Health Network; 2) To develop a care system for patients with antimicrobial-resistant infections in the Kusuman Hospital Health Network; and 3) To study the results of developing a care system for patients with

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์

[2] อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ละสูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

antimicrobial-resistant infections in the Kusuman Hospital Health Network. A total of 21 participants from Kusuman Hospital were purposively selected based on their qualifications and willingness to participate in the study. The research instruments included a general information questionnaire, a questionnaire on the problems and situation of patients with antimicrobial-resistant infections, a knowledge test on caring for patients with antimicrobial-resistant infections, an observation form on preventing the spread of antimicrobial resistance, a satisfaction assessment form, and a patient data recording form. The study was conducted between February and September 2025. Descriptive statistics were used to analyze frequencies, percentages, means, and standard deviations. Paired t-tests were used to compare differences.

Results : 1) The situation of patients with antimicrobial resistance infection in Kusuman Hospital Health Network found that there was no clear system for caring for patients with antimicrobial resistance infection. There was a lack of network guidelines. Operators lacked knowledge and practice in caring for patients with antimicrobial resistance infection. There was a lack of supervision and control of the service system. 2) The system for caring for patients with antimicrobial resistance infection in the Health Network consisted of (1) screening and surveillance system, (2) measures to prevent the spread of infection, (3) communication and coordination in the hospital and health network, (4) competence in knowledge and skills of personnel, and 3) the results of the development of the system for caring for patients with antimicrobial resistance infection in the Health Network found that (1) nurses' knowledge in preventing the spread of drug-resistant infection after system development was significantly higher than before system development, $p < .05$. (2) nurses' practice in preventing the spread of drug-resistant infection after system development was significantly higher than before system development, $p < .05$. (3) nurses' satisfaction with the development of the system for caring for patients with antimicrobial resistance infection in the Health Network. It was at the highest level and (4) the incidence of antimicrobial-resistant infections after system development decreased from 1.49 to 0 times per 1,000 hospital days.

Keywords : antimicrobial-resistant infections, patients with antimicrobial-resistant infections, health network

บทนำ

การดื้อยาต้านจุลชีพของแบคทีเรีย (Antimicrobial resistance ; AMR) เป็นหนึ่งในห้าของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่กำลังท้าทายระบบสาธารณสุขทั่วโลก ทำให้ประสิทธิภาพของยาในการรักษาลดลงหรือรักษาไม่ได้ผลตามเป้าหมาย และนำไปสู่การเสียชีวิต[1, 2] ประเทศในทวีปยุโรปพบอุบัติการณ์การติดเชื้อ Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) มากที่สุด ส่วนทวีปเอเชียพบเชื้อ Vancomycin-resistant enterococci (VRE) การดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ต้องใช้เวลาในการรักษาเพิ่มขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น[3,] 4 ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 70,000 ราย และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 ในทุกๆ 3 วินาทีจะมีผู้เสียชีวิตเพราะเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ประมาณ 10 ล้านคนต่อปี[5] สำหรับประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพที่ทวีความรุนแรง โดยพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมากกว่า 100,000 รายต่อปี มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 30,000 รายและสูญเสียทรัพยากรมากกว่า 40,000 ล้านบาท เพิ่มอัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น และความจำเป็นในการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีราคาแพง อัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสูง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการใช้ยาปฏิชีวนะสูง[6] สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมภายใต้

บริบทจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะดื้อยาต้านจุลชีพของแบคทีเรียและผลกระทบดังกล่าวข้างต้นได้ แผนปฏิบัติการด้านการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2566-2570[7] มีเป้าหมายในการลดความเสี่ยงและผลกระทบจากการดื้อยาต้านจุลชีพภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วน กำหนดให้สถานพยาบาลต้องมีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งระบบควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม เพื่อลดการป่วยจากเชื้อดื้อยาและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับนโยบายแผนงาน โครงการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568 ด้าน Service excellence แผนงานที่ 4 การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ โครงการที่ 6 โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ ตรงกับแผนงานที่ 5 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) โครงการที่ 8 โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ เน้นการจัดการปัญหาโดยอาศัยมาตรการที่หลากหลายแบบผสมผสาน คือ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่มีประสิทธิภาพจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน[8] การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพจึงเป็นความท้าทายสำคัญของระบบสาธารณสุขที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและเป็นระบบ

โรงพยาบาลกุสุมาลย์เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง โดยปี 2563-2567 พบสถิติผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (MDR) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบจำนวน 11, 10, 27, 47 และ 49 ราย ตามลำดับ พบเชื้อก่อโรคที่สำคัญได้แก่ Escherichia coli (ร้อยละ 46.8) Klebsiella pneumoniae (ร้อยละ 44.68) และ Acinetobacter baumaunii (ร้อยละ 10.63) โดยพบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมากที่สุด (ร้อยละ 49.09) รองลงมาคือระบบทางเดินหายใจและระบบเลือด (ร้อยละ 20) ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่มาจากชุมชน โดยพบมากที่สุดที่ Primary care unit (ร้อยละ 34.04) รพ.สต.บ้านบอน (ร้อยละ 21.27) และ รพ.สต.ห้วยกอก (ร้อยละ 12.76) ตามลำดับ เป็นการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (MDR) ในโรงพยาบาล จำนวน 0, 0, 0, 1 และ 0 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลเท่ากับ 0, 0, 0, 1.49 และ 0 ต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ โดยเชื้อก่อโรคคือ Klebsiella pneumoniae ร้อยละ 100 แม้ว่างานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention Control) คปสอ.กุสุมาลย์จะมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดป้ายเตือน การแจ้งเตือนในระบบ HosXP การจัดการสิ่งแวดล้อม และการจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วย แต่ยังพบข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะการขาดแบบคัดกรองประเมินความเสี่ยงที่ชัดเจน ขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ขาดการประสานงานแบบครบวงจรตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอกจนถึงการส่งต่อชุมชน ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เน้นการพัฒนาระบบบริการภายใต้บริบทของปัญหา โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ เพื่อให้ได้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ด้วยการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมแก่บุคลากร อันจะนำไปสู่การลดอัตราการติดเชื้อ การเสียชีวิต ค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ตลอดจนผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกุสุมาลย์จึงเล็งเห็นความสำคัญปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) และประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ (System Theory) ร่วมกับแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[9] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การวางแผน (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) มุ่งเน้นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ

และความตระหนักในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ อีกทั้งยังมุ่งสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ เพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยทั้งในระดับโรงพยาบาลและชุมชน การพัฒนาดังกล่าวจะช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสาธารณสุขในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ (System Theory) ร่วมกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกทากาด (Kemmis; & Mc Taggart)[13] ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติการ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ คือ 1) พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ 2) ประวัติข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ ในระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึงกันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ คือ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ คือ ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลกุสุมาลย์ ศึกษาในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : 1) พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ และ 2) ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์

กลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ คือ 1) พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จำนวน 30 คน 2) ประวัติข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ ในระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึงกันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ คือ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ จำนวน 30 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ คือ ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จำนวน 21 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามสภาพปัญหาและสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ แบบสังเกตการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา แบบประเมินความพึงพอใจ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ ผู้วิจัยได้สร้างแบบทดสอบ แบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ 0.76 ทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน จำนวน 37 คน ได้แก่ โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ จำนวน 13 คน โรงพยาบาลโพนนาแก้ว จำนวน 10 คน และโรงพยาบาลพระอาจารย์แบนธนากโร จำนวน 14 คน คำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.86 ส่วนแบบสังเกตการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา แบบประเมินความพึงพอใจโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ได้เท่ากับ 0.79

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุสุมาลย์และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร เพื่อขออนุญาตเป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย

2) ผู้ศึกษาเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุสุมาลย์ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวก

3) ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลกุสุมาลย์และเครือข่ายสุขภาพในอำเภอกุสุมาลย์ และผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

4) ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างในแต่ละขั้นตอน เพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์และการเข้าร่วมการศึกษาทดลอง โดยอธิบายให้ทราบถึงเรื่องวิจัย วัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้ทราบถึงความสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้และผลกระทบต่างๆ ในการเข้าร่วมรวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมและเมื่อผู้เข้าร่วมการศึกษาสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการจึงดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดไว้

5) การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ค้นหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ ประกอบด้วย 1) ศึกษาข้อมูลอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล อัตราการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของพยาบาลและทบทวนแนวปฏิบัติเดิม 2) สนทนากลุ่มทีม IPC และพยาบาลเครือข่ายสุขภาพ พยาบาลและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในตึกผู้ป่วยใน ถึงสถานการณ์ ระบบการจัดการบริการดูแลและปัญหาอุปสรรค

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลกุสุมาลย์ โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) โดยการ

(1) ทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติที่ดี (2) ออกแบบแนวทาง/ระบบการดูแลป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยา ได้แก่ กำหนดนโยบาย,คู่มือ, ออกแบบอบรม, ระบบการดูแล,การ training 2) การปฏิบัติตามแผน (Action) ได้แก่ (1) นำแผนที่วางไว้ไปสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง (2) บันทึกการปฏิบัติงานและประสบการณ์ที่เกิดขึ้น 3) การสังเกตผล (Observation) เป็นกระบวนการตรวจสอบและประชุมถอดบทเรียนหลังให้บริการตามรูปแบบที่ได้กำหนด รวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนร่วม และ 4) การสะท้อน/ทบทวน (Reflection) เป็นการปรับกระบวนการตามประเด็นที่ได้จากการสังเกต และประชุมถอดบทเรียนหลังให้บริการตามรูปแบบที่ได้กำหนด นำไปสู่การกำหนดระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเพื่อนำสู่การใช้ปฏิบัติจริงต่อไป โดยประเมินผลที่เกิดขึ้นทั้งผลลัพธ์เชิงกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย 1) ด้านผู้ให้บริการ คือ (1) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบฯ 2) ด้านผู้ป่วย คือ (1) ความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (2) การปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (3) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และ (4) อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ โดยการรวบรวมสรุปผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ด้านพยาบาล และทบทวนผลลัพธ์ เพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับ

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ค้นหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดกลุ่มเนื้อหา (content analysis) และอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ วิเคราะห์วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยและทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยใช้วิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ ดังนี้

4.1 ข้อมูลความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา การปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา การปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ ก่อนและหลังการทดลองกับอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพ

ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[10] ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเลขที่ SKN REC 2025-016

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 30 คน ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลกุสุมาลย์ จำนวน 25 ราย และพยาบาลวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 ราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.66 เป็นเพศหญิง มีอายุน้อยกว่าและเท่ากับ 35 ปี ร้อยละ 46.66 ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 และร้อยละ 70 มีตำแหน่งงานระดับพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 83.33 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ร้อยละ 96.66 โดยเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ผ่านการอบรมในช่วง 1-น้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 56.66 ส่วนความต้องการพัฒนาความรู้เพิ่มเติมด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพคือ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ร้อยละ 100

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จำนวน 16 ราย พบการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จำนวน 21 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.66 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 95.23 โรคประจำตัวโรคหรือโรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 66.66 รองลงมาคือ โรคไตวายเรื้อรัง พบร้อยละ 42.85 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รับกลับจากโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ร้อยละ 42.85 โดยได้รับการใส่คาอุปกรณ์ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ส่วนมากเป็นการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ร้อยละ95.23 รองลงมาเป็นการสวนคาสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 9.52 ระบบที่เกิดการติดเชื้อพบมากที่สุดคือ ระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 71.41 ซึ่งเชื้อที่พบส่วนมากคือ เชื้อ Klebsiella pneumonia ร้อยละ 38.09 ประเภทการติดเชื้อส่วนใหญ่เป็น Community infection ร้อยละ 61.90 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 11 วัน การส่งต่อชุมชนดูแลต่อเนื่องส่วนใหญ่ไม่ได้ส่งต่อ ร้อยละ 61.91 โดยสถานภาพการจำหน่ายส่วนใหญ่เป็นการจำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ 90.47 โดยเขตรับผิดชอบที่พบมากที่สุด ได้แก่ รพ.สต.ห้วยกอก ร้อยละ 33.33 รองลงมาเป็น PCU ร้อยละ 28.57

ส่วนที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลกุสุมาลย์ สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลกุสุมาลย์ คือ 1) ด้านเจ้าหน้าที่ พบว่า (1) ขาดความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ในการการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (2) ไม่เห็นความสำคัญ 2) ด้านผู้มารับบริการ พบว่า (1) ขาดความรู้ ความเข้าใจ และขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง 3) ด้านระบบบริการ พบว่า (1) ไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ชัดเจน (2) แนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุม ไม่ทันสมัย (3) ขาดระบบคัดกรองและเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ (3) มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ไม่ชัดเจน (4) ขาดระบบการส่งต่อและการสื่อสารและการบันทึกทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ (5) บุคลากรขาดสมรรถนะด้านความรู้และทักษะในระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและขาดการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และ (6) ขาดการนิเทศ กำกับ ติดตามที่มีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ

โรงพยาบาลกุสุมาลย์ ได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ ประกอบด้วย

1) ระบบคัดกรองและเฝ้าระวัง โดยการกำหนดแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน จัดทำแบบคัดกรองประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อดื้อยา กำหนดแนวทางปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในสถานพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำหนดเกณฑ์การส่งตรวจหาเชื้อดื้อยา สร้างระบบรายงานการแจ้งเตือน Pop up การใช้สัญลักษณ์ CP เตือนและติดตามผล

2) มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยกำหนดแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ กำหนดนโยบายมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่ชัดเจนและประกาศใช้นโยบาย จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลให้เพียงพอ กำหนดพื้นที่แยกผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาระบบเปิกที่เข้าถึงง่าย พร้อมใช้ และจัดทำสื่อแผ่นภาพแผ่นพลิกให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ได้เข้าใจง่าย

3) การสื่อสารและประสานงานในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ โดยการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบบันทึกและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ เพิ่มช่องทางการสื่อสารที่รวดเร็ว ตั้งกลุ่มไลน์กลุ่ม เปิดช่องทางด่วนทางโทรศัพท์ และจัดทำตราปั๊ม CP ใน OPD CARD Chart บัตรคิว สมุดประจำตัวผู้ป่วยดื้อยาเพื่อสื่อสาร รวมทั้งระบบรายงานเชื้อดื้อยาในพื้นที่ในแต่ละวัน และการแจ้งเตือนเชื้อ MDR และเชื้อควบคุมพิเศษ และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ชุมชน เพื่อดูแลและเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน

4) สมรรถนะด้านความรู้และทักษะบุคลากร โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาและการดูแลผู้ป่วย ฝึกทักษะการดูแลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย training on the job หน้างานแต่ละแผนกและเครือข่ายสุขภาพ และจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติที่เข้าถึงได้ง่าย และทำ QR Code รวมทั้งอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาและฝึกทักษะการดูแลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพให้กับเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์

1) ความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนาระบบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเท่ากับ $\bar{x}$ = 14.23, S.D. = 2.90 หลังการพัฒนาระบบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเท่ากับ $\bar{x}$ = 16.20, S.D. = 2.09 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยามากกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (n=30)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=30)		หลังทดลอง (n=30)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	14.23	2.90	16.20	2.09	7.43	29	0.01

* p<0.05

2) การปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนาระบบมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเท่ากับ $\bar{x}$ = 58.84, S.D. = 18.45 หลังการพัฒนาระบบมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเท่ากับ $\bar{x}$ = 89.72 S.D. = 12.34 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยามากกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ดื้อ(n=30)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=35)		หลังทดลอง (n=35)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
การปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	58.84	18.45	89.72	12.34	12.34	29	0.000

* p<0.05

3) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเครือข่ายสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{x}$ = 4.94, S.D. = 0.19 และเมื่อจำแนกความพึงพอใจในแต่ละด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ ระบบที่พัฒนาขึ้นนำไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{x}$ = 5.00, S.D. = 0.00 และระบบช่วยทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น $\bar{x}$ = 4.97, S.D. = 0.18 ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ระบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ระบบช่วยทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น และระบบช่วยให้บุคลากรตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น $\bar{x}$ = 4.90, S.D. = 0.25, $\bar{x}$ = 4.90, S.D. = 0.25 และ $\bar{x}$ = 4.90, S.D. = 0.25 ตามลำดับ

4) อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลังการพัฒนาระบบลดลงกว่าก่อนการพัฒนาระบบจาก 1.49 เป็น 0 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอนหลังการพัฒนาระบบลดลงกว่าก่อนการพัฒนาระบบจาก 1.49 เป็น 0 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

อุบัติการณ์การ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	1.49 ต่อ 1,000 วันนอน	0 ต่อ 1,000 วันนอน

สรุปและอภิปรายผล

1) สถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ พบว่า ไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ชัดเจน ขาดแนวทางปฏิบัติของเครือข่าย ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ขาดการนิเทศและการกำกับระบบบริการ ดังการศึกษาของถนิตชม และคณะ พบว่าปัญหาด้านโครงสร้าง กระบวนการทำงาน และการบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสม[11]

2) ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ ประกอบด้วย (1) ระบบคัดกรองและเฝ้าระวัง (2) มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (3) การสื่อสารและประสานงานในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ (4) สมรรถนะด้านความรู้และทักษะบุคลากร ดังการศึกษาของธมสวรรณ คณานิตย์ และคณะ[12] พบว่า แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 9 ด้าน ครอบคลุมตั้งแต่การจัดสถานที่ การจัดการผ้า การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกัน การควบคุมสิ่งแวดล้อม การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การเก็บสิ่งส่งตรวจและการส่งต่อข้อมูล โดยใช้เครื่องมือประเมินที่มีความเชื่อมั่นสูง (α = 0.98) และการศึกษาของพงศ์ลดา รักษาขันธ์ และคณะ[13] ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาได้รูปแบบการพยาบาล 13 กิจกรรมที่ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลผู้ป่วย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การเคลื่อนย้ายและส่งต่อ การนิเทศติดตาม และการเฝ้าระวัง และ

3) ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ พบว่า (1) ความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา หลังการพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (2) การปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา หลังการพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (3) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเครือข่ายสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด และ (4) อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลังการพัฒนาระบบลดลงกว่าก่อนการพัฒนาระบบจาก 1.49 เป็น 0 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน ดังการศึกษาของถนิตชม และคณะ[11] พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้และสมรรถนะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนาคุณภาพ และการจัดการ อัตราการติดเชื้อและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดมีแนวโน้มลดลง และการศึกษาของอัษฎางค์ สุทนต์[14] ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของบุคลากรในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจต่อแนวทางการปฏิบัติยังอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุคลากรเห็นว่าแนวทางดังกล่าวมีประโยชน์ต่อหน่วยงานเป็นอย่างมาก นอกจากนั้นการศึกษาของพงศ์ลดา รักษาขันธ์ และคณะ[13] ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาอุบัติการณ์การติดเชื้อลดลงจาก 1.63 เป็น 1.48 ต่อพันวันนอน และค่ายาปฏิชีวนะลดลงจาก 25,095.65 บาท เป็น 17,011.20 บาท และการศึกษาของณิรดา รวยอาจิณ และคณะ[15] ผลการศึกษาพบการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 3.44 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 66.23 ปี) มีโรคร่วม และเคยมีประวัติการติดเชื้อดื้อยา โดยพบมากในผู้ป่วยอายุรกรรม ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมากที่สุด เชื้อที่พบบ่อยคือ E. coli และ A. baumannii มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 42.67 เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรมีการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ (participation) การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patients center) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice) การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล (nursing competency enhancement) และการนิเทศทางการพยาบาล (nursing supervision)

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรพัฒนาระบบโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ
ทั้งเภสัชกร แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุขเป็นสิ่งสำคัญในการบริหารจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลและในเครือข่ายสุขภาพอย่างเป็นระบบ

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรขยายรูปแบบไปใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาล เครือข่าย รพช. และในเครือข่ายเขต 8 เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ในภาพรวมและร่วมพัฒนาเชิงระบบ การติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้ร่วมมือด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ (2022). ภาระทั่วโลกของการดื้อยาต้านจุลชีพของแบคทีเรียในปี 2019: การวิเคราะห์เชิงระบบ. The Lancet; 399(10325): P629-655. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0
2. World Health Organization. (2014). Antimicrobial resistance: Global report on surveillance 2014. Retrieved September 22, 2022 from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112642/9789241564748_eng.pdf?sequence=1.
3. Abushaheen, M. A., et al., (2020). Antimicrobial resistance, mechanisms and its clinicalsignificance. Disease a Month: DM, 66(6), 100971.
4. Browne, A. J., et al., (2020). Drug-resistant enteric fever worldwide, 1990 to 2018: Asystematic review and meta-analysis. BMC Medicine, 18(1), 1.https://doi.org/10.1186/s12916-019-1443-1.
5. Center of Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Combating antibiotic resistance: A global threat. Retrieved August 19, 2021, from จาก https://www.cdc.gov/drug**ศุกลรัตน์ โยตะสิงห์[3] จรินทร โคตพรม[4] เสถียนทอง ปัจจูมลี**resistance/index.html
6. ทองเปลว ชมจันทร์ และประภาพรรณ สิงโต.การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม.วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2565;4:1-16.
7. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, ศิริตรี สุทธจิตต์, สิตานันท์ พูลผลทรัพย์, รุ่งทิพย์ ชวนชื่น, ภูษิต ประคองสาย. (2558) ภูมิทัศน์ของสถานการณ์และการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2558.
8. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือการประเมินการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล (EE-AMR Tool, Thailand). กรุงเทพฯ:ห้างหุ้นส่วนจำกัดงานพิมพ์.
9. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). **The Action Research Planer (3rd ed.).** Victoria : Deakin.
10. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, & เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). **จริยธรรมสำหรับการศึกษาในคน.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

[3] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกุสุมาลย์

[4] อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ละสูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

11. ถนิตชม เกาะเรียนไชย,จินต์จุฑา รอดพาล,ศรีสุรีย์ สูนยานนท์,สมทรง บุตรชีวัน และอุไรวรรณ สุขสาลี. (2562). การพัฒนาระบบการพยาบาลป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย; 9(2):113-31.
12. ธมลวรรณ คณานิตย์,ประจักร บัวผัน และชลการ ทรงศรี. (2564). การพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลเพ็ญ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี; 2(29): 232-248.
13. พงศ์ลดา รักษาขันธ์, ณัฐวิภา บุญเกิดรัมย์, กมลวัลย์ พรหมอุดม, บุญมี มีประเสริฐ. (2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา; 6(1):32-45.
14. อัษฎางค์ สุทนต์. (2565). ผลของการปฏิบัติด้วยวิธีผสมผสานเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 6(12), 70-80.
15. ณิรดา รวยอาจิณ, ทองเปลว ชมจันทร์, ประภาพรรณ สิงห์โต. (2565). ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ. Singburi Hospital Journal, 31(1):27-40.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การพัฒนารูปแบบบริการการรักษาผู้ป่วยจิตเวช แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิตัลสนับสนุนให้เข้าถึงการรักษา อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

Development of a Participatory Subdistrict Health-Promoting Hospital Network Model for Psychiatric Care Using Digital Technology in Non Sung District, Nakhon Ratchasima.

(Received: December 23,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

วรวุฒิ สุพิชญ์[1]
Worawut Supit

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (แอปฯ “Mental Health Check In”, QR Code, และ Telemedicine) นำร่องในอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา (มี.ค.–ก.ย. 2568) ครอบคลุม 18 แห่งบริการระดับปฐมภูมิ กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 4 เฟส ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ การพัฒนานวัตกรรม การทดลองใช้นำร่อง (15 หมู่บ้าน, อสม. 81 คน, ประชากร 817 คน) และการขยายสู่ทั้งอำเภอ (18 แห่ง) เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้/การมีส่วนร่วมของเครือข่าย (n=100), แบบสอบถามผู้ดูแลและผู้ป่วย (n=82), แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจของแอปฯ/telemedicine การวิเคราะห์ใช้สถิติพรรณนา การทดสอบ t และการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (FGD/สัมภาษณ์)

ผลการศึกษา: หลังพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยความรู้ของเครือข่ายเพิ่มจาก 8.12 ± 2.45 เป็น 11.09 ± 2.30 ($p < 0.001$) ผู้ดูแลมีความพึงพอใจสูง (ค่าเฉลี่ย ≥ 4.0/5) และสมรรถนะการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การทดลองใช้แอปฯ และการให้บริการทางไกลช่วยเพิ่มการคัดกรองและการเข้าถึงบริการ ข้อจำกัดสำคัญคือปัญหาโครงสร้างพื้นฐานอินเทอร์เน็ตในบางพื้นที่ จึงต้องใช้แบบฟอร์มกระดาษเป็นมาตรการสำรอง

คำสำคัญ: การรักษาผู้ป่วยจิตเวช การมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายในชุมชน เทคโนโลยีดิจิตัล

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop a digital model for monitoring, screening, and caring for psychiatric patients in the community ("Mental Health Check In" app, QR code, and telemedicine), piloted in Non Suang District, Nakhon Ratchasima Province (March–September 2025), covering 18 primary care facilities. The research process is divided into four phases: situation assessment, innovation development, pilot testing (15 villages, 81 village health volunteers, 817 population), and scaling up to the entire district (18 facilities). Tools include a knowledge/participation questionnaire for the network (n=100), a caregiver and patient questionnaire (n=82), a patient data recording form, and a satisfaction survey for the app/telemedicine. Descriptive statistics, t-tests, and qualitative analysis (FGD/interviews) were used for data analysis.

Results: Network knowledge improved from mean 8.12 ± 2.45 to 11.09 ± 2.30 ($p < 0.001$). Caregiver satisfaction averaged ≥4.0/5; care competency increased significantly. The digital tools and telemedicine enhanced screening coverage and access. Key constraints were limited internet infrastructure in some areas, necessitating paper-based fallback procedures.

Keywords: Psychiatric treatment, Community participation, Sub-district health promotion hospital, Community network partners, Digital technology

[1] โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

บทนำ

โรคจิตเวชมีการดำเนินของโรคในลักษณะโรคเรื้อรัง ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและการรับรู้ เมื่อป่วยแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาด ทำให้สูญเสียความสามารถในการเข้าสังคม และการประกอบอาชีพ โดยพบว่า จากการประมาณ การทั่วโลกโดยองค์กรอนามัยโลกพบว่า มีคนจำนวน 1 ใน 4 หรือประมาณ 450 ล้านคน ประสบกับความ ผิดปกติทางจิต ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตและปัญหา สุขภาพจิตยังเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศ เช่นเดียวกัน และจากสถิติกรมสุขภาพจิต พบว่า จำนวน 1 ใน 5 หรือร้อยละ 20 ของคนไทยมีปัญหา สุขภาพจิต และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทย พบว่ามีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติผู้ป่วยโรคจิตเวชทุกประเภทที่ได้รับการดูแลรักษาในปี 2558 - 2561 คน ไทยทั่วประเทศมีการเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 1,399,548 คน, 1,616,400 คน, 2,347,749 คน และ3,051,007 คน ตามลำดับ พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุด รองลงมาคือโรควิตกกังวลและซึมเศร้า1 ซึ่งในปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้กลับมารักษาตัวที่บ้านและชุมชนเหมือน โรคเรื้อรังทั่วไป แต่เมื่อกลับมาสู่ชุมชนพบว่า ผู้ป่วยหรือญาติไม่เห็นความสำคัญในการรักษา เนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยหายดีแล้ว ขาดความรู้เรื่องการดูแลต่อเนื่อง การดูแลเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยา และเกิดอาการกำเริบรุนแรง และไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้[1]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีการศึกษาวิจัยในบริบทโรงพยาบาลโนนสูง การบริหารจัดการเชิงระบบสู่การพัฒนาบริการสุขภาพจิต แบบ "ใกล้บ้านใกล้ใจ ในชุมชน" อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ปี 2564 โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนการดำเนินการ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่และวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช 2) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, ระยะที่ 2 เนินการ 1) วางแผน2) ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และระยะที่ 3 3 ระยะติดตามและประเมินผล มีการบริหารจัดการเชิงระบบโดยนำข้อมูลปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาเป็นข้อมูลนำเข้า และวางแผนพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พัฒนารูปแบบบริการแบบเครือข่ายบริการสุขภาพจิต (NODE) ของ รพ.สต. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในและนอกเครือข่ายสุขภาพ สนับสนับสนุนเงินงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (P4P) ให้ รพ.สต. จัดระบบยาจิตเวชใน รพ.สต. จัดระบบห้องปฏิบัติการใน รพ.สต. สนับสนุนเครื่องมือทางจิตวิทยา มีนโยบายปรับคลินิกจิตเวชเป็นคลินิกให้การดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) ใช้กรอบแนวคิดการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชแบบ F-C-Tและกำหนดเป้าหมายในการติดตามกำหนดเป็นตัวชี้วัด 1) รพ.สต. บริการ Psychosocial clinic 2) เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช 3) เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชอาการสงบให้ดำเนินชีวิตใต้ในสังคมได้ 4) ลดอัตราการขาดนัด/ขาดยา และ 5) ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น[2]

ผลการวิจัยพบว่า รพ.สต.จัดบริการ Psychosocial clinic ครบ 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ระหว่าง ปีงประมาณ 2560-2564 พบการเข้าถึงบริการโรคจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 82.00, 82.90, 89.30, 90.50 และ 92.35 การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 56.19, 66.05, 67.08, 72.36 และ 89.28 การเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.75, 11.03, 15.42, 24.31 และ 28.67 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับดี อาการสงบสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ ร้อยละ 98.15.15, 98.30, 97.78, 99.28 และ 99.82 อัตราการชาดนัด/ขาดยาลดลงร้อยละ 0.48, 0.72, 0.39, 0.24 และ 0.18 และอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดระบบบริการ เท่ากับร้อยละ 88.32, 89.20, 90.00, 91,22 และ 92.30 ตามลำดับ[3]

จากสถานการณ์ มีการระบาดของโควิด19 พบว่าปี2564-2567 ต้องมีการนำระบบบริการทางไกล ใช้เทคโนโลยีในการตรวจรักษาและการส่งยา

ทางไกลด้วยการสนับสนุนการเข้าถึงยาจิตเวช ทั้ง18 แห่งต้องมีเครือข่าย อสม รพสต ชุมชนมีส่วนในการบริการทางไกลมากขึ้นอย่างมาก จึงพัฒนารูปแบบการบริการการโดยใช้ TELEMEDicine ร้อยละ 100 การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีการเข้าถึงความเท่าเทียม คุณภาพและความคุ้มค่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเผชิญในการดูแลสุขภาพ พบว่าการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล มากขึ้น ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล มีความไม่สะดวกในการเดินทาง การเสียค่าใช้จ่าย และการเสียเวลาของทั้งผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยมีการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ทันสมัย เช่น คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือ การดูแลรักษาผู้ป่วย โดยองค์การอนามัยโลกกำหนด Telernedicine เป็นการส่งมอบบริการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการโดยระยะทาง Telemedicine ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยและรักษาโรค Telemedine สามารถมีส่วนร่วมในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UK) ในประเทศต่างๆ โดยการปรับปรุงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและคุ้มค่าสำหรับผู้ป่วยโดยไม่ต้อง คำนึงถึงสภาพแวดล้อม ซึ่งมีคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล, กลุ่มเสี่ยงและประชากรสูงอายุ

การให้บริการทางการแพทย์ทางไกล หรือ Telemedicine คือ การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนผู้ขอรับบริการ โดยบุคลากรทางการแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพด้วยระบบบริการการแพทย์ห่างไกลผ่านทางเทคโนโลยีและการสื่อสารแบบ Video conference เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงและทันเวลาในการให้บริการแก่ประชาชนเข้าถึงบริการในพื้นที่มีอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษาประวัติ ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาลการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ลดระยะเวลาลดการเดินทาง รวมถึงลดความเสียงจากการสัมผัส และลดความแออัดในโรงพยาบาล ระบบการแพทย์ทางไกล Telemedicine มีวิวัฒนาการอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี ครอบครัวส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ติจิทัลอย่างน้อยหนึ่งเครื่องที่สามารถเป็นวิธีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตามในช่วงการระบาดใหญ่ของ Covid-19 การใช้บริการ Telehealth ได้เพิ่มขึ้นอย่างมากในหลายประเทศ Telennedicine ได้กลายเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานสำหรับประชากรทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่อผู้ที่อยู่ในการกักกัน ทำให้ผู้ป่วยแบบเรียลไทม์ผ่านการติดต่อต่อกับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพสามารถเข้าถึงคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ[4] จะเห็นว่า Telehealth เป็นที่พบบ่อยที่สุดที่ประเทศต่างๆ นำมาใช้ในการให้บริการในช่วงการระบาดใหญ่ของ Cord-19 รายงานยังแสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มของการใช้ Telemedicine เพิ่มขึ้น ทำให้ Telemedicine ให้วิธีการสำหรับการให้บริการด้านสุขภาพที่เท่าเทียมกัน มีประโยชน์ทั้งสำหรับโรงพยาบาล แพทย์พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และผู้ป่วยทุกคน ดังนั้นผู้วิจัยและคณะการพัฒนารูปแบบบริการการรักษาผู้ป่วยจิตเวช แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิตัลสนับสนุนให้เข้าถึงการรักษาอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมาขึ้นจากเดิมที่ยังไม่มีรูปแบบชัดเจน

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยศึกษาในพื้นที่อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่าง วันที่ 1 มีนาคม 2568 – 30 กันยายน 2568 นี้ มุ่งเน้นการสร้าง นวัตกรรม (Innovation) เทคโนโลยีดิจิตัล ที่เป็นรูปแบบในการจัดบริการที่

เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยสามารถ ประยุกต์ใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ ประกอบด้วยขั้นตอนการวิจัย พอสังเขป ดังนี้

1) การประเมินสภาพปัจจุบันและปัญหา

1.1 การเข้าถึงบริการทางจิตเวชอยู่ในระดับตำบล ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง

1.2 วิเคราะห์สภาพปัญหาที่มีในปัจจุบัน รูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา สรุปและนำเสนอผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของหน่วยบริการร่วมปรึกษาหารือ ร่วมนำเสนอข้อเด่นข้อด้อย สภาพปัญหา ในทางปฏิบัติระดับพื้นที่ เพื่อปรับปรุงข้อด้อย รวมทั้งดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในบริบทของอำเภอโนนสูง โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ขนาดเล็ก ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า ตำบลด่านคล้า

1.3 แต่งตั้งคณะทำงานติดตาม นิเทศ และสนับสนุนการดำเนินงาน โดยดำเนินการ 3 เดือน/ครั้ง
รวม 2 ครั้ง ทุกสถานบริการ โดยติดตามในระดับสถานบริการและเยี่ยมผู้ป่วยในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน

2) ยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

2.1 นำรูปแบบบริการที่ได้จากการดำเนินการพัฒนา สู่การปฏิบัติในวงบริการขนาดเล็ก เพื่อทดลองใช้โดยไปดำเนินการ รับผิดชอบ 15 หมู่บ้าน ประชากร จำนวน 817 คน อสม.ทั้งสิ้น 81 คน ทดลอง 3 เดือน และประเมินผลการดำเนินการ

2.2 พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชน ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า ตำบลด่านคล้า จัดประชุม อสม. และอธิบายการใช้โปรแกรม Mental Health Check In โดยให้ อสม. สแกน QR CODE เข้าสู่ระบบและสาธิตการใช้โปรแกรม พร้อมทั้งให้ อสม. ฝึกปฏิบัติโดยการประเมิน สุขภาพจิตตนเอง และฝึกการประเมินสุขภาพจิตให้ประชาชนทั่วไป

2.3 อสม. นำ QR CODE ของ Mental Health Check In ดำเนินการในครัวเรือนที่รับผิดชอบ โดยประเมินให้ ให้ประชาชนในครัวเรือนประเมินตนเอง หรือประเมินคนในครอบครัวก็ได้

2.4 กรณี หมู่บ้านชุมชน หรือ อสม. ไม่มีเครือข่ายโทรศัพท์ให้ประเมินและบันทึกในแบบฟอร์มการประเมิน (Manual) นำส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล

2.5 อสม.ประเมินสุขภาพจิตครัวเรือนที่รับผิดชอบ โดยการประเมินให้หรือสอนให้คนในครัวเรือนประเมินตนเองผ่านโทรศัพท์ โดย อสม.มี QR CODE คนละแผ่น เพื่อการเข้าโปรแกรม

2.6 ทีมจิตเวช รพโนนสูง สรุป และคืนข้อมูลการคัดกรอง โดยส่งข้อมูลผ่าน LINE GROUP คืนข้อมูลทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตาม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินซ้ำเพื่อส่งต่อ/เฝ้าระวัง กรณีไม่เสี่ยง พร้อมประสานโรงพยาบาลในการส่งต่อพบแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยหรือส่งกลับ เพื่อเฝ้าระวังโดยส่งตัวกลับมาในชุมชน

2.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประสาน อสม. ผู้รับผิดชอบหลังคาเรือน ผู้นำชุมชน เพื่อติดตาม การกินยากรณีได้รับยา หรือเฝ้าระวังกรณียังไม่ได้รับการวินิจฉัย ทั้งนี้ เป้าหมายคือกลุ่มเสี่ยงสามารถ เข้าถึงบริการได้ทุกคน

3) สนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบงานจิตเวช เพื่อการปรับปรุง พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อขัดข้อง ปัญหา อุปสรรค

3.1 เติมเต็มรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อจัดการข้อขัดข้อง แก้ไขปัญหา ที่เกิดขึ้นจากการทดลองปฏิบัติในพื้นที่ขนาดเล็กของ รพสต หนองหว้า ตำบลด่านคล้า

4) นำรูปแบบที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงพัฒนาแล้ว ไปดำเนินการใน ทุกตำบล รวม 16 ตำบล รพสต รวมทั้งสิ้น18 สถานบริการ

4.1 ทดลองใช้รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาในพื้นที่ภาพรวมทั้งอำเภอ พชอ.

4.2 รายงานผลการดำเนินงานรายเดือนจากพื้นที่ การนิเทศ ติดตาม สนับสนุนและแก้ไข ปัญหา/อุปสรรค ที่ประสบในพื้นที่ เมื่อดำเนินการครบ 3 เดือน จึงประเมินผลการดำเนินงานภาพรวม ทั้งนี้ ใช้การประสานงาน และรายงานผลการดำเนินงานผ่าน LINE GROUP

5) การประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้รับการพัฒนา (Model Evaluating)

5.1 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในภาพรวมทั้งอำเภอ พร้อมยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวังคัดกรอง และการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การดำเนินการวิจัยนี้ผสมผสานด้วยวิธีการเชิงคุณภาพแทรกไปในหลายขั้นตอน ตามบริบทที่ขับเคลื่อนงานวิจัย และการได้มาซึ่งข้อมูลในหลายกรณีเป็นวิธีการผสมผสาน ทั้งการสังเกต การสัมภาษณ์ การเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการเชิงกระบวนการ นำมาอธิบายและ เสนอมุมมองร่วมกัน นักวิจัยเก็บข้อมูล
ภาคสนามเพิ่มเติม โดยมุ่งเน้น ปรากฏการณ์ทางสังคมที่ปรากฏ ต่อหน้านักวิจัย ปราศจากแนวคิดทฤษฎีภายนอก คล้ายทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) หากแต่ไม่ นำเสนอหรือไม่มีความพยายามในการสร้างทฤษฎีใหม่จากปรากฏการณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ทีมภาคีเครือข่าย ผู้พัฒนารูปแบบ

ประชากร ใช้หน่วยบริการปฐมภูมิ PCU และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 18 แห่ง ในอำเภอโนนสูง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิ PCU และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ 1 แห่ง รวม 18 แห่ง และที่ยื่นแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการเพื่อพัฒนางาน รวมทั้งสิ้น 18 แห่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผู้วิจัยแบ่งประชากรออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ประกอบด้วย ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ปกครอง อปท. ตำรวจชุมชนหรืออาสาสมัครป้องกันกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)คำนวณ ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยได้จำนวนกลุ่มเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง สุ่มแยกออกเป็นดังนี้ ผู้บริหาร อปต. จำนวน 18 คน ตำรวจชุมชนหรือ อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) จำนวน 18 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาล (รพ.) 10 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) 18 และศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) จำนวน 18 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 18 คน คนรวมทั้งหมดจำนวน 100 คน การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นตัวแทนที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และสามารถเข้าร่วมกระบวนการได้ตลอดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยโรคจิตเวช

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคจิตเวช

2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนที่ป่วยเข้ารับบริการ รพ โนนสูง 817 ราย สุ่มอย่างง่าย ร้อยละ10 กลุ่มประเมินผลรูปแบบที่พัฒนา ประกอบไปด้วย ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช คือ ญาติ/ผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มป่วย F00-09 จำนวน 82 คน คือ โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เรียงลำดับเลข เลขคี่ ของเลขประจำตัว โดยมี

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวชที่อาการสงบ 1 คู่ ควบคุมโรคได้ดี ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ให้ข้อมูลครบ และสามารถเข้าร่วมกระบวนการได้ตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยจิตเวช ที่มีอาการกำเริบรุนแรง หรือ

เปลี่ยนแปลง ไปจากเดิม ควบคุมไม่ได้ เป็นอุปสรรคในระหว่างการศึกษาไม่มีผู้ดูแล ให้ข้อมูลไม่ครบตามที่กำหนด

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วม ในพื้นที่อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีจัดประชุมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 4 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 วาง แผนการพัฒนา โดยจัดประชุมเพื่อชี้แจงโครงการพัฒนาฯ และการทบทวนสถานการณ์ปัญหาที่ผ่านมา

ครั้งที่ 2 การประชุมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แบบมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ครั้งที่ 3 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แบบมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย

ครั้งที่ 4 การประเมินผลการนำไปใช้ ได้รูปแบบที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ในพื้นที่อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่

1) การตั้งกลุ่มเครือข่ายและกำหนดบทบาทหน้าที่ (1ชั่วโมง) กลุ่มไลน์

2) กระบวนการร่วมคิดร่วมทำ กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (1 ชั่วโมง),

3) การบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ด้วยดิจิตัล telemedicine อย่างเหมาะสม โดยการประสานงาน/ทีม ตำรวจ ชุมชนและครอบครัว (1 ชั่วโมง)

4) การเสริมแรงทางบวก (30 นาที)

5) การเฝ้าระวังความเสี่ยงอาการกำเริบรุนแรง (2 ชั่วโมง)

รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลโดยทีมคลินิกสุภาพจิตให้บริการการตรวจ 18 แห่ง ตามแผนการนัดหมายการตรวจและรับยา มี 3 รูปแบบคือ

1) การบันทึกภาพถ่าย พร้อมประวัติผู้ป่วยแล้วส่งข้อมูลเพื่อขอคำปรึกษา ผ่านระบบมือถือ หรือผ่านทางไลน์ แอพพลิเคชั่น หรือจดหมายอีเล็กทรอนิกส์

2) การให้คำปรึกษาแบบ real time หรือ live interactive VDO conference

3) รูปแบบ Hybrid เป็นการใช้ทั้งภาพถ่ายพร้อมประวัติ ร่วมกับการพูดคุยผ่าน VDO conference การให้บริการแพทย์ทางไกล ในแนวทางปฏิบัตินี้ จะแบ่งการแพทย์ทางไกล เป็น 2 ระดับ คือ ระดับผู้ป่วยกับแพทย์ทั่วไป/แพทย์เฉพาะทางและระดับแพทย์กับแพทย์ (แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์ที่ดูแลปฐมภูมิ กับแพทย์สาขา กับแพทย์เฉพาะทาง) เพื่อขอคำปรึกษาในการวินิจฉัยรักษา

ขอบเขตการให้บริการการแพทย์ทางไกลระดับผู้ป่วยกับแพทย์

การทบทวนข้อมูลอย่างเป็นระบบ ถึงการนำบริการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าการบริการแพทย์ทางไกลการวินิจฉัยและรักษา ประเมินระยะเวลาการรักษาและจำนวนครั้งที่ต้องมาโรงพยาบาล ประเมินความความพึงพอใจ ถึงการบริการแพทย์ทางไกลโดยการใช้โทรศัพท์มือถือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและมีแนวทางการรักษาที่ชัดเจนแล้วเท่านั้น

การตรวจทางไกลในผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยมาตรวจที่โรงพยาบาลมาก่อน หรือเป็นผู้ป่วยเก่าแต่มีปัญหาเรื่องใหม่เกิดขึ้น อาจเกิดความผิดพลาดในการสื่อสารและการวินิจฉัยได้แนะนำให้มีเกณฑ์การคัดกรอง

ขั้นตอนผู้รับบริการการแพทย์ทางไกลประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยเก่าที่มีอาการคงที่ ต้องการรับยาต่อเนื่อง, ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ต้องการปรึกษา
เรื่องอาการ หรือยาที่ได้รับจากแพทย์และได้รับการประเมินจากแพทย์ให้สามารถตรวจทางไกลได้

2. มีภาพถ่าย บันทึก อุปกรณ์สื่อ หรือระบบการตรวจ ทางไลน์

3. มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีที่ได้รับยาที่ต้องติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตามที่แพทย์ร้องขอ

4. ผู้ป่วยหรือญาติที่ทราบอาการของผู้ป่วย ที่สามารถใช้โปรแกรมตรวจการแพทย์ทางไกลได้ โดยสรุป
การพิจารณาประยุกต์ใช้การตรวจทางไกล

5. ระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล รองรับและมีความมั่นคงปลอดภัย มีการกำหนดเกณฑ์การเข้ารับบริการที่ชัดเจน การขอคำยินยอมในการเข้ารับบริการ ช่องทางการติดต่อนัดหมาย และวิธีการสื่อสาระหว่างการบริการร่วมด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบภาคีเครือข่ายเครือข่ายประยุกต์จากการพัฒนาครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวช จำนวน 15 ข้อ ประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 2 สถานการณ์และการพัฒนาเครือข่าย จำนวน 15 ข้อ ประกอบไปด้วย นโยบายและปัจจัยนำเข้าระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช แบ่งเป็น ratting scale 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย จำนวน 20 ข้อ ประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชน การมีส่วนร่วมตามบทบาท การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลแบ่งเป็น ratting scale 5 ระดับ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย มี 3 ส่วน ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยของ Orem ดังนี้

ส่วนที่ 1 ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 ข้อ คะแนนการตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบผิด ตอบถูก ให้ 1 คะแนน คะแนนรวม 10 คะแนน

ส่วนที่ 3 สมรรถนะการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์คะแนนระดับสมรรถนะมี 5 ระดับ

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยโรคจิตเวช และระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลอาการผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์ใช้แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตใน
ชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนรินทร์

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย" จำนวน 54 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) ผลการตรวจสอบคุณภาพค่า CVI ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินอาการของผู้ป่วยจิตเวช แบบสอบถามความรู้ หาค่าอำนาจจำแนกด้วยสูตร KR-20 การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากร ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง หาค่าความเชื่อมั่นด้วย สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบที่ 1

การวิจัยนี้ ใช้เครื่องมือการวิจัยที่หลากหลาย โดยการประยุกต์ใช้เครื่องมือ ประกอบด้วย (1) พัฒนารูปแบบฯ จำนวน 10 ข้อ (2) รูปแบบการตรวจรักษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต (3) แนวทางการดำเนินงานคัดกรอง เฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเขตสุขภาพที่9 (4) แบบประเมินสุขภาพจิต 2Q 8Q และ 9Q ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (5) Mental Health Check In (Application) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

[5] (6) แบบประเมินและแนวทางการให้บริการ telemedicine รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลโดยทีมคลินิกสุภาพจิตให้บริการการตรวจ 18 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามภาคีเครือข่าย/รพสต ประยุกต์จากการพัฒนาครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวช ประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 2 สถานการณ์และการพัฒนาเครือข่ายดิจิตัล ประกอบไปด้วย นโยบายและปัจจัยนำเข้ารูปแบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชทางไกล

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย ประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน การมีส่วนร่วมตามบทบาท การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจ Mental Health Check In (Application)และ telemedicine

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย มี 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 3 สมรรถนะการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจ Mental Health Check In (Application)และ telemedicine

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยโรคจิตเวช และระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลอาการผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์ใช้แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตใน
ชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนรินทร์

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจ Mental Health Check In (Application)และ telemedicine

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัย ภาคสนาม จำนวน 18 คน (1 คน ต่อ รพสต.) ชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล และวิธีการใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลให้ผู้ช่วยวิจัยพราบ และประสานพื้นที่ ก่อนการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล (1) ดำเนินการทดลองใช้ในพื้นที่ขนาดเล็กที่ รพสต หนองหว้า ตำบลด่านคล้า จำนวน 1 แห่ง (R1/D1) (2) ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่จริงในการทดลองใช้เทคโนโลยีดิจิตัล line/ application health mental station 1 8 สถานบริการ (R2/D2)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณาโดยใช้สถิติ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังพัฒนาด้วย independent t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสรุปเนื้อหาจริยธรรมวิจัย และใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผ่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่รับรอง NRPH025 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2568 และผ่านการลงทะเบียนการวิจัยทางคลินิกของ Thai Clinical Trials Registry (TCTR)

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบบริการการรักษาผู้ป่วยจิตเวช แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิตัล

สนับสนุนให้เข้าถึงการรักษา อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา นี้ชี้ให้เห็นว่า **โมเดลดิจิทัล–telemedicine** ที่พัฒนาในอำเภอโนนสูงมีแนวโน้มสำเร็จ

งานวิจัยการพัฒนารูปแบบบริการการรักษาผู้ป่วยจิตเวช แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิตัลสนับสนุนให้เข้าถึงการรักษา อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา นี้ชี้ให้เห็นว่า **โมเดลดิจิทัล–telemedicine** ที่พัฒนาในอำเภอโนนสูงมีแนวโน้มสำเร็จ สอดคล้องกับแนวทางสากล แต่ต้องพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน สร้างระบบแนวปฏิบัติที่มั่นคง และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนารูปแบบบริการการรักษาผู้ป่วยจิตเวช แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิตัลสนับสนุนให้เข้าถึงการรักษา อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ครั้งนี้มุ่งพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวังคัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยทดลองใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปฯ “Mental Health Check In” และบริการ telemedicine ในพื้นที่อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนนครราชสีมา ระหว่างเดือน 1 มีนาคม 2568 - 30 กันยายน 2568 โดยแบ่งการพัฒนาเป็น 4 เฟส โดยมีผู้เข้าร่วมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. จำนวน 100 คน และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล 82 คน

หลังการพัฒนา รูปแบบดังกล่าวช่วยให้ความรู้ของเครือข่ายเพิ่มจากเฉลี่ย 8.12 (SD 2.45) เป็น 11.09 (SD 2.30) ($p < 0.001$) ผู้ดูแลผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจเฉลี่ยสูง (≥ 4.0/5) สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยให้เข้าถึงได้สะดวกผ่าน QR Code และ LINEปัญหาที่พบบ่อยคือสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร และยังต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมเจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญของการมีระบบแจ้งเตือนและติดตามผลอัตโนมัติ และยังพบว่า ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นชัดเจนทุกกลุ่ม จำนวนผู้เข้ารับการคัดกรองสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกเดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มโรคจิตเภท (61%) และสมรรถนะผู้ดูแลเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น +1.4 คะแนน

สรุปและอภิปรายผล

การ เปรียบเทียบกับงานวิจัยทั้งในไทยและต่างประเทศ:ประเด็น 1: ประสิทธิภาพของ Telepsychiatry และดิจิทัล งานวิจัยของกรมสุขภาพจิตและบทความ Belnap พบว่า Telepsychiatry ช่วยลดต้นทุน เพิ่มการเข้าถึง ลดเวลาเดินทาง และมีความพึงพอใจของผู้ป่วยสูง แต่ยังมีความกังวลด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น อินเทอร์เน็ต และแนวทางปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน ประเด็น 2: การเข้าถึงและคุณภาพการวินิจฉัยงานวิจัยแนว systemic reviews ประเด็น 3: บทบาทของ Community Health Workers (CHWs)/อสม.งานศึกษาของ Thailand (BMC Psychiatry, 2022) พบว่า การมี CHWs เป็นผู้ทำ case management ช่วยเพิ่มการเข้าถึง คัดกรองรักษา ได้รวดเร็ว ไม่เพิ่มการใช้งบฯ และลดภาระระบบสุขภาพเดิมงานวิจัยนี้ก็ใช้โมเดลแบบเดียว อสม. ทำหน้าที่คัดกรองและติดตาม ผลปรากฏว่ามีการเพิ่มการเข้าถึงและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประเด็น 4: อุปสรรคด้านโครงสร้างพื้นฐานงานวิชาการชี้ว่า ปัญหาอินเทอร์เน็ต เป็นอุปสรรคสำคัญในการ implement telepsychiatry โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกล จากงานวิจัยพบว่าต้องใช้กระดาษในกรณีไม่มีสัญญาณ และผู้ใช้วิพากษ์ปัญหาสัญญาณไม่เสถียร ซึ่งตรงตามการค้นพบทั่วไป ประเด็น 5: การพึ่งพาเทคนิค mixed-method และการประเมินระยะยาวงานวิจัยชุมชนต่างประเทศเน้นการประเมินระยะยาว เพื่อวัดผลด้านจีบน, สมรรถภาพทางสังคม, และ QoL (คุณภาพชีวิต) เช่นในบทวิจารณ์ MDPI งานนี้ใช้ทั้ง quantitative (mean, t-test) และ qualitative (FGD,สัมภาษณ์) แสดงครบเครื่อง แนะนำให้มีการติดตามระยะยาวต่อไปอย่างต่อเนื่อง[5,6]

ข้อเสนอแนะ

สร้างคู่มือดิจิทัล-เทเลเมดิซีนที่ใช้ง่าย จัดรอบการอบรมซ้ำสำหรับอสม. และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ห่างไกล พัฒนาระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ และระบบเตือนเมื่อตรวจพบผู้เสี่ยงสูง ขยายพื้นที่ต้นแบบสู่ตำบลอื่น พร้อมทำการประเมินผลซ้ำในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนา โครงข่ายอินเทอร์เน็ต และโครงสร้างสำรองในพื้นที่ห่างไกล

2. จัด แนวทางปฏิบัติทางคลินิก (protocol) สำหรับการดูแลผู้ป่วยผ่าน telepsychiatry

3. วางระบบ qualify-control แอปฯ เช่น feature แจ้งเตือนอัตโนมัติ และระบบรักษาความปลอดภัยข้อมูล

4. ติดตามและประเมินผลระยะยาว 6–12 เดือน เพิ่มตัวชี้วัดด้าน Quality of Life และอัตราปฏิบัติตามยา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต.(2565). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ประจำปีงบประมาณ 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc
2. อุโรวรรณ เกิดสังข์, อังศินันท์ อินทรกำแหง, นริสรา พึ่งโพธิ์สภ, ธีระยุทธ เกิดสังข์. (2565). ความเชื่อด้านสุขภาพพฤติกรรมการมีส่วนร่วม และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.(2563) รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
4. Kasitipradith, N. (2001). The Ministry of Public Health telemedicine network of Thailand. International Journal of Medical Informatics, 61(2 3), 113 116. doi:10.1016/S1386 5056(01)00133 2 (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)
5. Shin, D., Park, S., Kim, E. H., Kim, S., Seo, J., & Hong, H. (2022). Exploring the effects of AI assisted emotional support processes in online mental health community. arXiv. (arxiv.org)
6. Shin, D., Park, S., Kim, E. H., Kim, S., Seo, J., & Hong, H. (2022). Exploring the effects of AI assisted emotional support processes in online mental health community. arXiv. (arxiv.org)

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ

Development of the Primary Health care System after the Transfer of the Sub-District Health Promoting Hospital to the Amnat Charoen Provincial Administrative Organization.

(Received: December 23,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

วุฒิพงษ์ สินทรัพย์[1] ประวุฒิ พุทธขิน[1]
Wuttiphong Sinsup[1] Pravut Putthakhin[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน พัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และประเมินผลรูปแบบ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารงาน 24 คน ผู้ปฏิบัติงานระดับอำเภอ 42 คน ผู้ปฏิบัติงานระดับตำบล/ชุมชน 154 คน และกลุ่มผู้รับบริการ 296 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ การวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม แบบให้ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนก จัดกลุ่ม และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า (1) ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ด้านบริบท ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก(M=3.78, SD=0.61) ด้านปัจจัยนำเข้า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง(M= 3.60, S.D.=0.60) ด้านกระบวนการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=3.58,S.D.=0.57) ด้านผลผลิต โดยรวมอยู่ในระดับมาก(M=0.43, S.D.=0.46) ในด้านปัญหาอุปสรรค พบว่า การสนับสนุนงบประมาณ/วัสดุอุปกรณ์ยังมีข้อจำกัด, บุคลากรไม่เพียงพอมีภาระงานมาก, ข้อมูลเป็นภาระด้านการบันทึก, การดูแลผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง ผสมผสาน องค์รวม ฯลฯ (2) การพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย 1 เป้าหมาย 7 มาตรการสำคัญ 19 มาตรการย่อย ได้แก่ สร้างผู้นำและทีมสุขภาพปฐมภูมิ, ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่าย, การพัฒนาเครือข่ายแบบบูรณาการ, บริหารแผนยุทธศาสตร์สุขภาพปฐมภูมิ, พัฒนาคุณภาพมาตรฐาน, บริหารจัดการทรัพยากรและระบบสนับสนุน, พัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ (3) การประเมินผลรูปแบบฯ ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=3.86, S.D.=0.44) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=3.00, S.D.=0.59) ด้านผลสำเร็จ ผ่านตัวชี้วัดทั้ง 2 ตัว

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ; การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

Abstract

This action research aims to analyze the current situation, develop a model for primary healthcare services, and evaluate the model for primary healthcare services under the transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals to the Amnat Charoen Provincial Administrative Organization. The sample groups included 24 executives, 42 district-level personnel, 154 subdistrict/community-level personnel, and 296 service recipients. The tools used comprised document analysis, in-depth interviews, focus group discussions, expert feedback forms, satisfaction questionnaires, and quality of life questionnaires. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data were analyzed by classification, grouping, and content analysis.

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

The results indicated that (1) the analysis of the current situation found that the overall context dimension was at a high level (M = 3.78, SD = 0.61); the input factors were at a moderate level overall (M = 3.60, SD = 0.60); the process dimension was also at a moderate level (M = 3.58, SD = 0.57); and the output dimension was at a high level (M = 3.43, SD = 0.46). Regarding challenges, budget and equipment support were not sufficiently flexible, personnel were inadequate and overburdened, data recording was burdensome, and patient care was not continuous, integrated, or holistic. (2) The developed model consisted of one goal, seven major strategies, and 19 sub-strategies, including developing leadership and primary healthcare teams, coordinating network partnerships, developing integrated networks, managing primary healthcare strategic plans, improving quality standards, managing resources and support systems, and developing information technology systems. (3) The evaluation of the model showed that service recipient satisfaction was at a high level overall (M = 3.86, SD = 0.44), while quality of life was at a moderate level (M = 3.00, SD = 0.59). The outcome indicators met both criteria.

Keywords: primary healthcare service system development; transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals to Provincial Administrative Organizations

บทนำ

ภารกิจด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้วิสัยทัศน์ “เป็นองค์หลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังทางสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี” โดยมีพันธกิจ “พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ เพื่อประชาชน สุขภาพดี” โดยมีเป้าประสงค์ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน[1] โดยมี โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยปฏิบัติการ มีหน้าที่ประสานสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพและหน่วยงานระดับพื้นที่ โดยเฉพาะกระทรวงมหาดไทย ภายใต้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และหน่วยงานที่สำคัญยิ่งในระดับพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ที่เป็นหน่วยงานที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพที่สำคัญยิ่ง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแขนขาทำงานด้านสุขภาพในระดับหมู่บ้านชุมชน แต่ในช่วงเวลาที่ผ่านมา เป็นช่วงที่ท้าทายต่อระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เนื่องจากมีถ่ายโอนภารกิจของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ประกอบกับการมุ่งเน้นที่จะสร้างการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ปฐมภูมิ ด้วยทีมสุขภาพปฐมภูมิหรือทีมหมอครอบครัว ภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 รวมไปถึงระบบหลักประกันสุขภาพ ภายใต้นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว[2]

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2550 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายอำนาจไปสู่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น[3] ส่งผลสืบเนื่องมาถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ.2560[4] โดยในมาตรา 250 ระบุว่าองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชน การพัฒนาระบบสุขภาพในท้องถิ่นมุ่งเน้นให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน เอกชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและจัดบริการสาธารณะ[5] ประกอบกับแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีอนามัยไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม ในปีงบประมาณ 2566 จึงได้มีการดำเนินการถ่ายโอน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการถ่ายโอนในวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ตามมติคณะรัฐมนตรี (ครม.) เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2565 และวันที่ 26 กรกฎาคม 2565 มติ ครม.ดังกล่าวส่งผลให้มีการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 3,264 แห่ง จากสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมด 9,775 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.39 โดยมีการถ่ายโอนฯบุคลากรการด้านสุขภาพไปทั้งสิ้น 21,829 ราย เป็นข้าราชการด้านสุขภาพ จำนวน 11,992 ราย ประเภทการจ้างงานอื่น ๆ จำนวน 9,837 ราย รวมจังหวัดที่มีการถ่ายโอนฯ ทั้งสิ้น 49 จังหวัด[6]

จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นจังหวัดที่แยกออกจากจังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ.2536 มีประชากรทั้งสิ้น 375,382 คน เป็นชาย 186,594 คน เป็นหญิง 188,788 คน แบ่งการปกครองออกเป็น 7 อำเภอ 56 ตำบล 607 หมู่บ้าน มีองค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลเมือง 1 แห่ง เทศบาลตำบล 23 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 39 แห่ง มีหน่วยบริการสุขภาพประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 7 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 77 แห่ง จังหวัดอำนาจเจริญเป็น 1 ใน 49 จังหวัด ที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยในปี 2565 จังหวัดอำนาจเจริญ ได้มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 71 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 92.21 ในปี 2567 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เหลือ จำนวน 6 แห่ง ได้ถ่ายโอนไป อบจ.อำนาจเจริญ ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 มีบุคลากรสาธารณสุขถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 482 คน ผลจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ ทำให้มีการปรับบทบาท ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการปรับบทบาทในหลายด้าน อาทิ ด้านการบริหารระบบสุขภาพ ด้านระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรค ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิฯลฯ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทางด้านสุขภาพที่เหมือนเดิมได้รับผลกระทบน้อยที่สุดหรือได้รับประโยชน์จากการถ่ายโอนฯ ที่มากขึ้น โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องเชื่อมโยง แยกกันไม่ออกกับ รพ.สต.

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ และมีการผลักดันและเร่งรัดผลการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่มุ่งเน้นการบริการที่มุ่งดูแลสุขภาพของบุคคลในพื้นที่รับผิดชอบ แบบองค์รวมต่อเนื่อง ผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิหรือหมอครอบครัว ที่เชื่อมโยง ครอบครัว ชุมชน[7] ดังนั้นการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ จึงมีความสอดคล้องกับทีมหมอครอบครัว ที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกับหลายฝ่าย และจากการประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ พบจุดเด่นได้แก่ การให้บริการแบบไร้รอยต่อ มุ่งเน้นการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ มีความสัมพันธ์ด้านบริการที่ดีระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้

เกิดรูปแบบการทำงานเป็นทีมสุขภาพ มีการสื่อสารและประชุมร่วมกันมากขึ้น[8] สอดคล้องกับการศึกษาของ สมยศ ศรีจารนัยและคณะ[9] ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ 3 ประการ ในการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานปฐมภูมิ ได้แก่ 1) การบูรณาการดี (Integration) คือการบูรณาการทีมงานเข้าด้วยกันกับงานอื่น ๆ อย่างมีเป้าหมาย 2) มีการเรียนรู้ (Learning) คือการคิดวิเคราะห์ เพื่อทำความเข้าใจและพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่และ 3) มีแผนงานชัดเจน (On tract) โดยการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ทุกระดับเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การดำเนินงาน ติดตาม กำกับ มีทิศทางที่ชัดเจน

จังหวัดอำนาจเจริญ ได้มีการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เพื่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 7 อำเภอ 56 ตำบล 77 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในปี 2564 เป็นต้นมา ได้มีการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการสร้างทีมสุขภาพ ปฐมภูมิหรือทีมหมอครอบครัวอย่างเต็มรูปแบบ เพื่อให้บริการเชิงรุกดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมและต่อเนื่องในกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ และ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative care) โดยการรวมพลังทางสังคมจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ และทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน แต่ละพื้นที่ร่วมดำเนินการ จนมีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ และจากการดำเนินงานการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิระยะหนึ่ง ยังพบว่ามีข้อจำกัดและความไม่ชัดเจนด้านการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอยู่หลายประการ โดยเฉพาะระบบบริการด้านการรักษาพยาบาล ระบบการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องถึงบ้าน ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระบบการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค ระบบการบริหารจัดการและการสนับสนุนทรัพยากรด้านสุขภาพต่าง ๆ ที่จำเป็น ซึ่งเป็นประเด็นที่จะต้องมีความชัดเจนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด อำนาจเจริญ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญ ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ

2.เพื่อพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ

3.เพื่อประเมินผลรูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีการวิจัย การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมี 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ โดยดำเนินการระหว่าง เดือนธันวาคม 2566- เดือนมกราคม 2567 มีขั้นตอนดังนี้

(1) การศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง/ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน โดยการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง อาทิ คำสั่ง รายงานการประชุม สรุปผลการดำเนินงาน เอกสารประกอบรายงานต่างๆ

(2) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอนรพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ โดยการใช้แบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันการดำเนินงานทีมสุขภาพปฐมภูมิ

(3) ศึกษา ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยและองค์ประกอบที่สำคัญ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ในระยะต่อไป โดยการสนทนากลุ่มทีมผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนา(ร่าง)รูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ โดยดำเนินการระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2567- เดือน มีนาคม 2567 มีขั้นตอนดังนี้

(1) ตั้งคณะทำงานพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ

(2) สนทนากลุ่มเพื่อระดมสมองคณะทำงานพัฒนารูปแบบฯ โดยคืนข้อมูล สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญต่างๆ ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ

(3) คณะทำงานพัฒนารูปแบบฯ ยกร่างรูปแบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ

(4) การนำ (ร่าง) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ไปเสนอผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 3 นำ(ร่าง)รูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ไปสู่การปฏิบัติ โดยดำเนินการระหว่าง เดือน เมษายน 2567- เดือน ตุลาคม 2567 มีขั้นตอนดังนี้

(1) การนำ (ร่าง) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอ 7 พื้นที่ในจังหวัดอำนาจเจริญ

(2) การพัฒนาและติดตามผลระดับพื้นที่ โดยสนับสนุนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายรพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ในระดับพื้นที่ อาทิ การพัฒนาด้านความรู้กฎหมายของทีมสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนารูปแบบ/แนวทาง/มาตรการ การพัฒนาระบบรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การบริหารทรัพยากรสุขภาพ ฯลฯ และ การติดตามเยี่ยมผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ

(3) ปรับปรุงพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ที่พึงประสงค์

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ โดยดำเนินการระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2567- เดือน ธันวาคม 2567 มีขั้นตอนดังนี้

(1) การประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อการดำเนินงานตามรูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้หลังการถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ที่พัฒนาขึ้น

(2) การประเมินผลคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการต่อการดำเนินงานตามรูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ที่พัฒนาขึ้น

(3) ประเมินผลสำเร็จของการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ใน 2 ตัวชี้วัดสำคัญ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย

(1) เป็นผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ในสังกัดอบจ.อำนาจเจริญ และในสังกัด สสจ.อำนาจเจริญ ได้แก่ นายก อบจ.อำนาจเจริญ รองนายก อบจ.อำนาจเจริญ ปลัด อบจ.อำนาญเจริญ หัวหน้าส่วน

สาธารณสุข อบจ.อำนาจเจริญ นพ.สสจ.อำนาจเจริญ รอง นพ.สสจ.อำนาจเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 7 แห่ง สาธารณสุขอำเภอทั้ง 7 แห่ง รวมจำนวน 24 คน

(2) เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับพื้นที่ระดับอำเภอ ในสังกัด อบจ.อำนาจเจริญ หรือในสังกัด สสจ.อำนาจเจริญ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์หรือทันตาภิบาล เภสัชกรหรือ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัดหรือแพทย์แผนไทย ครอบคลุมพื้นที่ 7 อำเภอ 77 รพ.สต. รวมจำนวน 42 คน

(3) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับตำบลและหมู่บ้าน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิ จำนวน 77 รพ.สต.จำนวน 154 คน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบล จำนวน 77 คน รวมจำนวน 231 คน

(4) เป็นผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ จังหวัดอำนาจเจริญ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ที่ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพปฐมภูมิมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง ใน 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคองหรือญาติผู้ดูแล ใน 7 อำเภอ 56 ตำบล 77 รพ.สต.รวมจำนวน 2,960 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยนี้ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่เลือกมีลักษณะเฉพาะและสามารถให้ข้อมูลได้จำนวนมาก จนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูลและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย[10] ประกอบด้วย

(1) เป็นผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ในสังกัด อบจ.อำนาจเจริญ และในสังกัด สสจ.อำนาจเจริญ ได้แก่ นายก อบจ.อำนาจเจริญ รองนายก อบจ.อำนาจเจริญ ปลัด อบจ.อำนาจเจริญ หัวหน้าส่วนสาธารณสุข อบจ.อำนาจเจริญ นพ.สสจ.อำนาจเจริญ รอง นพ.สสจ.อำนาจเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง สาธารณสุขอำเภอทั้ง 7 แห่ง จำนวน 24 คน

(2) เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับพื้นที่ระดับอำเภอ ในสังกัด อบจ.อำนาจเจริญ หรือในสังกัด สสจ.อำนาจเจริญ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์หรือทันตาภิบาล เภสัชกรหรือ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัดหรือแพทย์แผนไทย จำนวนทีมละ 6 ท่าน จำนวน 7 อำเภอ รวมจำนวน 42 คน

(3) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับตำบลและหมู่บ้าน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิ และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบล จำนวน 7 แห่ง ๆ ละ 2 คน รวมจำนวน 154 คน

(4) เป็นผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ จังหวัดอำนาจเจริญ ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ ในประชาชน 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองหรือญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยเลือก สอน. หรือ รพ.สต. 1 แห่งต่ออำเภอ และเลือกประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มที่ทีมสุขภาพ

ปฐมภูมิดูแลมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง ได้กลุ่มตัวอย่างรวมจำนวน 296 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ประกอบด้วย

1. แบบวิเคราะห์เอกสารและรายงาน ที่เกี่ยวข้องกับที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ

2. แบบสอบถาม เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก กรอบแนวคิด CIPP Model ของ Stufflebeam[11] บูรณาการกับแนวคิดทีมหมอครอบครัว สมยศ ศรีจารนัยและคณะ[9] ใช้สำหรับวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน จำนวน 56 ข้อ

3. แบบสนทนากลุ่ม เพื่อสนทนากลุ่มย่อย (focus group) กับผู้ปฏิบัติงานทีมสุขภาพปฐมภูมิ ระดับอำเภอ /ตำบล ในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอนรพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ

4. แบบสนทนากลุ่ม เพื่อประชุมระดมสมองยกร่างรูปแบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ของคณะทำงานพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 1 ครั้ง

5. แบบแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ต่อ (ร่าง) รูปแบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ (1) นายแพทย์ถิรพุทธิ เฉลิมเกียรติสกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (2) นางแคทรียา รัตนเทวะเนตร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยด้านสุขภาพ (3) นายวันชาติ ผังดีนิติกรชำนาญการ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

6.แบบติดตามเยี่ยมพื้นที่ ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ โดยติดตามเยี่ยมจำนวน 7 พื้นที่โดยมีเนื้อหาที่สำคัญ ได้แก่ ความก้าวหน้าการพัฒนารูปแบบฯ เพื่อให้เกิด คุณภาพ ประสิทธิภาพ และเหมาะสม ภายใต้มาตรการสำคัญในดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ

7.แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ใช้สำหรับสอบถามกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแล 5 กลุ่มเป้าหมาย จากการให้บริการของทีมสุขภาพปฐมภูมิจากการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ

8.แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สร้างขึ้นเพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตของ กลุ่มตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ใช้มาตรการอย่างหนึ่งอย่างใด ฉบับภาษาไทยขององค์การอนามัยโลก (WHO) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2540) ข้อคำถามมีความหมายเชิงบวก 18 ข้อ ความหมายเชิงลบ 2 ข้อ มีองค์ประกอบครอบคลุมคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามมาตรวัดของ ลิเคิร์ต (Likert's scale)

9.ประเมินผลสำเร็จ ของการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ใน 2 ตัวชี้วัดสำคัญ จากระบบรายงานปกติ ของ สสจ.อำนาจเจริญ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยวิธีการหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิง

เนื้อหารายข้อ (Item Content Validity Index, I-CVI) และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity for Scale, S-CVI)[12] โดยการนำแบบสอบถามการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อประชุมระดมสมอง แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความสอดคล้องเนื้อหาและหลักวิชาการ จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทุกชุด และแบบสนทนากลุ่ม ไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแบบสอบถามวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันมีค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 0.79 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม มีค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 แนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อใช้ประชุมระดมสมอง มีค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ มีค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 0.78

นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้รับบริการ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84

สำหรับแบบสนทนากลุ่ม ทั้ง 2 ฉบับ เพื่อใช้ในการสนทนากลุ่มย่อย และการสนทนากลุ่มเพื่อระดมสมอง ผู้วิจัยนำฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีประสบการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (นอกเหนือจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่กำหนดไว้) จำนวน 1 กลุ่ม นำข้อมูลที่ได้และปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลมาแก้ไขและปรับปรุงก่อนดำเนินการสนทนากลุ่มย่อยและการสนทนากลุ่มเพื่อระดมสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามการวิเคราะห์สถานการปัจจุบัน จำนวน 210 ชุด แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 296 ชุด แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ จำนวน 296 ชุด นำมาให้คะแนนและลงรหัสข้อมูลคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม แบบสนทนากลุ่มในการระดมสมองฯ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ หมายเลขการรับรอง 37/2566 อนุมัติวันที่ 25 ธันวาคม 2566 สิ้นสุดวันที่ 25 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1.ผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปอยู่ อบจ. อำนาจเจริญ

จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นจังหวัดที่แยกออกจากจังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ.2536 มีประชากรทั้งสิ้น 375,382 คน เป็นชาย 186,594 คน เป็นหญิง 188,788 คน แบ่งการปกครอง

ออกเป็น 7 อำเภอ 56 ตำบล 607 หมู่บ้าน มีองค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลเมือง 1 แห่ง เทศบาลตำบล 23 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 39 แห่ง มีหน่วยบริการสุขภาพประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 7 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 77 แห่ง จังหวัดอำนาจเจริญเป็น 1 ใน 49 จังหวัด ที่มีการถ่ายโอนฯ โดยในปี 2565 จังหวัดอำนาจเจริญ ได้มีการถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ จำนวน 71 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 92.21 ในปี 2567 รพ.สต.ที่เหลือ จำนวน 6 แห่ง ได้ถ่ายโอนไป อบจ.อำนาจเจริญ ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 มีบุคลากรสาธารณสุขถ่ายโอนฯ จำนวนทั้งสิ้น 482 คน ผลจากการถ่ายโอนฯครั้งนี้ทำให้มีการปรับบทบาท โดยเฉพาะด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทางด้านสุขภาพที่เหมือนเดิมได้รับผลกระทบน้อยที่สุดหรือได้รับประโยชน์จากการถ่ายโอนฯที่มากขึ้น

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ พบว่า ด้านบริบท (Context) ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M= 3.78, SD=0.61) **ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)** พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=3.54, S.D.=0.57) **ด้านกระบวนการ (Process)** พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 3.58,S.D.=0.57) **ด้านผลผลิต (Product)** พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=0.43, S.D.=0.46) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแลโดยทีมสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง มีการดำเนินการร่วมกับ อสม. และภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ **พบปัญหาและอุปสรรค** ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการทำงานยังไม่คล่องตัว ด้านบุคลากรยังไม่เพียงพอและมีภาระงานในพื้นที่มาก ด้านข้อมูลมีภาระการบันทึกข้อมูลจำนวนมาก การดูแลผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง ผสมผสาน และองค์รวม ต้องดำเนินงานเชิงรุกให้มากขึ้น ต้องจัดระบบนิเทศงานแบบบูรณาการและเสริมพลัง ต้องมีระบบประเมินมาตรฐาน ต้องเพิ่มศักยภาพทีมสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง **พบปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญ** ได้แก่ (1) ผู้นำหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 2 สังกัดต้องมีความเข้มแข็ง เอาใจใส่ มีความเป็นผู้นำ และให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ (2) สร้างการมีส่วนของภาคีเครือข่ายพื้นที่ ต้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล (3) ทีมสุขภาพปฐมภูมิต้องเป็นทีมแบบบูรณาการ มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ และทำงานร่วมกันแบบไม่แบ่งแยกสังกัด (4) หน่วยบริการปฐมภูมิและทีมสุขภาพปฐมภูมิต้องมีจำนวนและสัดส่วนที่เหมาะสม กระจายอย่างเหมาะสม (5) มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง (6) มีการพัฒนาระบบ Tele Conference ในการให้คำปรึกษา หรือมีระบบให้คำปรึกษาและรักษาพยาบาลทางไกล และให้คำปรึกษากับบุคลากร รพ.สต.ได้ (7) มีระบบบริการเชิงรุกถึงชุมชน/ครอบครัว มีระบบบริการจัดคลินิกนอกเวลา (8) มีการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพปฐมภูมิ มีการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือ NODE เพื่อให้เป็นพี่เลี้ยง และสนับสนุนทรัพยากร ฯลฯ (9) มีการพัฒนาระบบสนับสนุนทรัพยากรด้านสุขภาพ อาทิ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ พัฒนาระบบ Lab ระบบ Logistic เวชภัณฑ์ยาและมิใช่ยา พัฒนาระบบ Central supply ฯลฯ (10) มีการพัฒนาระบบประเมินคุณภาพมาตรฐาน **ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนา** ควรมีคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัดอำนาจเจริญ การกำหนดทิศทาง นโยบาย แผนปฏิบัติงาน ควบคุมกำกับประเมิน ร่วมกัน

2.การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ได้ใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ผลการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพมาดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อระดมสมองโดยคณะทำงานพัฒนารูปแบบฯ และนำ (ร่าง) รูปแบบฯที่ได้ไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พร้อมปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำ(ร่าง) รูปแบบฯ ไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ จำนวน 7 พื้นที่ พร้อมร่วมเรียนรู้ ติดตาม พัฒนางานร่วมกับพื้นที่ เป็นเวลา 7 เดือน ตั้งแต่ เมษายน 2567 ถึง ตุลาคม 2567 สามารถสรุป รูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ โดยประกอบด้วย **1 เป้าหมาย 7 มาตรการสำคัญ 19 มาตรการย่อย** ดังนี้

เป้าหมาย; อำนาจเจริญมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นเลิศ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง **7 มาตรการสำคัญ 19 มาตรการย่อย** ได้แก่ **(1) สร้างผู้นำและทีมสุขภาพปฐมภูมิ** มี 2 มาตรการย่อย ได้แก่ (1) พัฒนาผู้นำทีมสุขภาพปฐมภูมิ 2 สังกัดให้เป็นนักบริหารยุคใหม่ใส่ใจประชาชน (2) พัฒนาทีมสุขภาพปฐมภูมิตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมุ่งเน้นการออกแบบระบบบริการด้วยหลัก 1A4C **(2) ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายสุขภาพ** มี 2 มาตรการย่อย ได้แก่ (1) จัดทำ MOU แบบหุ้นส่วน ระหว่าง อบจ.กับ สสจ. และเครือข่ายสุขภาพ (2) ขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผ่านกลไกสำคัญ ได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.), คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.), คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.), คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) ฯลฯ **(3) พัฒนาเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ** มี 3 มาตรการย่อย ได้แก่ (1) พัฒนา/กำหนดหน่วยบริการปฐมภูมิและทีมสุขภาพปฐมภูมิที่หมาะสม (2) พัฒนาเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพประสิทธิภาพ (3) พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล NODE ให้เป็นพี่เลี้ยง ให้คำปรึกษา สนับสนุนระบบต่างๆและหน่วยรับส่งต่อ **(4) พัฒนาและบริหารแผนยุทธศาสตร์สุขภาพปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วม** มี 3 มาตรการย่อย ได้แก่ (1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ (2) การจัดทำแผนปฏิบัติการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ (3) พัฒนาระบบควบคุมกำกับประมินผลแบบบูรณาการ **(5) พัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ** มี 3 มาตรการย่อย ได้แก่ (1) พัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HA หน่วยบริการปฐมภูมิ (2) พัฒนาระบบส่งต่อ-ส่งกลับและนัดหมายที่มีคุณภาพ/ประสิทธิภาพ เพิ่มความปลอดภัยและสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน (3) พัฒนาระบบบริการเชิงรุกในชุมชน/ครอบครัว **(6) พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรและระบบสนับสนุนสุขภาพปฐมภูมิ** มี 5 มาตรการย่อย ได้แก่ (1) พัฒนาระบบจัดสรรทรัพยากรสุขภาพแบบบูรณาการ เพียงพอต่อเนื่อง (2) พัฒนาระบบสนับสนุน Lab หรือระบบทางห้องปฏิบัติการ (3) พัฒนาระบบ Logistic เวชภัณฑ์ยาและมิใช้ยา (4) พัฒนาระบบ Central supply (5) ระบบการจัดการขยะติดเชื้อ **(7) พัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ** มี 2 มาตรการย่อย ได้แก่ (1) พัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้มและ Health Data Center แบบ Real Time (2) พัฒนาระบบ Tele Conference เพื่อการรักษาทางไกลและส่งต่อ

3. การประเมินผลรูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ดำเนินการประเมินผล 3 ด้าน ได้แก่ **(1) การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ** พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=3.86, S.D.=0.44) โดยในทุกด้าน ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความเป็นธรรมและประหยัดค่าใช้จ่าย โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (M=3.97, S.D.=0.49) และ

ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ ความเป็นกันเอง เป็นมิตร เต็มใจดูแล ด้วยยาและอุปกรณ์ที่เหมาะสมโดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (M=3.72, S.D.=0.45) ในส่วนข้อย่อย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ได้รับการดูแลช่วยเหลือให้คำปรึกษาแนะนำแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (M=4.28, S.D.=0.41) ข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยระดับต่ำ ได้แก่ การดูแลของทีมสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว มีความสุขเพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M=3.39, S.D.=0.32) **(2) การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ** พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=3.00, S.D.=0.59) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ พอใจกับความสามารถทำกิจวัตรประจำวันของท่าน โดยอยู่ในระดับมาก (M=3.77, S.D.=0.75 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ มีเงินเพียงพอใช้จ่ายตามที่ท่านต้องการ โดยอยู่ในระดับน้อย (M=2.22, S.D.=0.38) **(3) การประเมินความสำเร็จ** พบว่า (1) มีการจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการและหน่วยบริการปฐมภูมิ จากเป้าหมาย จำนวน 32 เครือข่าย 77 หน่วยฯ รพ.สต. ก่อนดำเนินงาน มีผลการดำเนินงาน 28 เครือข่าย 67 หน่วยฯ รพ.สต. (ร้อยละ 87) หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีผลการดำเนินงาน 32 เครือข่าย 77 หน่วยฯ รพ.สต. (ร้อยละ 100) (2) หน่วยบริการปฐมภูมิ/รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 85 จากเป้าหมาย จำนวน 77 แห่ง ก่อนดำเนินงาน รพ.สต ผ่านเกณฑ์ฯ 12 แห่ง (ร้อยละ 15.58) หลังการพัฒนารูปแบบฯ มี รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ฯ 62 แห่ง (ร้อยละ 80.52) โดยในส่วนที่เหลือกำลังรอการประเมินคุณภาพ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1.การวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญ ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปอยู่ อบจ.อำนาจเจริญ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า ด้านบริบท (Context) ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านกระบวนการ (Process) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านผลผลิต (Product) พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เหตุที่ผลที่การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า สถานการณ์ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่าง อบจ. อำนาจเจริญและ สสจ.อำนาจเจริญ สามารถบูรณาการกันได้ มีการประสานงานกันอย่างต่อเนื่องในระดับจังหวัดและในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับรวีวรรณ ศิริสมบูรณ์และณภัทรกฤต จันทวงศ์[13] ได้ศึกษาการวิจัยประเมินผลโครงการ ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านสำ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี พบว่า ด้านบริบท ด้านปัจจัย ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต มีความสอดคล้องและสามารถสนับสนุนการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวให้บรรลุวัตถุประสงค์ต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอุดมลักษณ์ เวชชพิทักษ์และคณะ[14] ได้ศึกษา การประเมินผลการดำเนินงานคลินิกหมอ ครอบครัว จังหวัดปทุมธานี พบว่า ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์ มีผลต่อการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว **พบปัญหาและอุปสรรค** ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการทำงานยังไม่คล่องตัว ด้านบุคลากรยังไม่เพียงพอและมีภาระงานในพื้นที่มาก ด้านข้อมูลมีภาระการบันทึกข้อมูลจำนวนมาก การดูแลผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง ผสมผสาน และองค์รวม ต้องดำเนินงานเชิงรุกให้มากขึ้น ต้องจัดระบบนิเทศงานแบบบูรณาการและเสริมพลัง ต้องมีระบบประเมินมาตรฐาน ต้องเพิ่มศักยภาพทีมสุขภาพปฐมภูมิในการการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง สอดคล้องกับเพ็ญนภา ศรีหริ่งและคณะ[15] ที่ได้ศึกษาเรื่องการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิยุคนโยบายสามหมอ

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และพบว่า การสนับสนุนงบประมาณ การจัดบริการสุขภาพ การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ การจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ การจัดการเทคโนโลยีเครื่องมือและยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การบริหารแบบธรรมาภิบาล และการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ และสอดคล้องกับสันติ ทวยมีฤทธิ์[16] ได้ทำการศึกษา การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย ที่พบว่า พบว่า การนำนโยบายด้านสุขภาพไปปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ นโยบายสุขภาพองค์การ ทรัพยากรองค์การ สิ่งแวดล้อมภายนอกองค์การ การบริหารงานองค์การ การสื่อสารองค์การ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย **พบปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญ** ได้แก่ (1) ผู้นำหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 2 สังกัดต้องมีความเข้มแข็ง (2) สร้างการมีส่วนของภาคีเครือข่ายพื้นที่ (3) ทีมสุขภาพปฐมภูมิต้องเป็นทีมแบบบูรณาการ แบบไม่แบ่งแยกสังกัด (4) หน่วยบริการปฐมภูมิและทีมสุขภาพปฐมภูมิต้องมีจำนวนและสัดส่วนที่เหมาะสม กระจายอย่างเหมาะสม (5) มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง (6) มีการพัฒนาระบบ Tele Conference ในการให้คำปรึกษา และรักษาพยาบาลทางไกล (7) มีระบบบริการเชิงรุกถึงชุมชน/ครอบครัว (8) มีการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพปฐมภูมิ พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือ NODE (9) มีการพัฒนาระบบสนับสนุนทรัพยากรด้านสุขภาพ (10) มีการพัฒนาระบบประเมินคุณภาพมาตรฐาน สอดคล้องกับเนาวรัตน์ บุญรักษ์[17] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดพังงา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและประชาชน มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

2.การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ. อำนาจเจริญ พบว่า รูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ. อำนาจเจริญ **ประกอบด้วย 1 เป้าหมาย 7 มาตรการสำคัญ 19 มาตรการย่อย** รายละเอียดดังนี้ 1 เป้าหมาย ได้แก่ อำนาจเจริญมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นเลิศ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มาตรการสำคัญและมาตรการย่อย ได้แก่ (1) สร้างผู้นำและทีมสุขภาพปฐมภูมิ (2) ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายสุขภาพ (3) พัฒนาเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ (4) พัฒนาและบริหารแผนยุทธศาสตร์สุขภาพปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วม (5) พัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (6) พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรและระบบสนับสนุนสุขภาพปฐมภูมิ (7) พัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ สอดคล้องเนาวรัตน์ บุญรักษ์[17] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดพังงา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและประชาชน มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ สอดคล้องกับอานนท์ กุลธรรมานุสรณ์ และคณะ[18] ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า ควรมีข้อตกลงร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยในการร่วมมือกันพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.การประเมินผลรูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า (1) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยในทุกด้านค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความเป็นธรรมและประหยัดค่าใช้จ่าย โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่

ในระดับสูง และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ ความเป็นกันเอง เป็นมิตร เต็มใจดูแล ด้วยยาและอุปกรณ์ที่เหมาะสมโดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับปิยะ เทพปิยะวงศ์[19] ได้ศึกษาแนวพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมหมอครอบครัวในระดับมากใน 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลรักษา การสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลและเป็นที่พึ่งเวลาเจ็บป่วย การจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพ การเสริมพลังให้เข้าใจสุขภาพตนเอง ด้านให้คำปรึกษาแนะนำ และการดูแลในกรณีมีการส่งต่อ **(2) ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ** พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ พอใจกับความสามารถทำกิจวัตรประจำวันของท่าน โดยอยู่ในระดับมาก ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ มีเงินเพียงพอใช้จ่ายตามที่ท่านต้องการ โดยอยู่ในระดับน้อย รองลงมา มีความจำเป็นต้องพึ่งยาหรือการรักษาอาการในแต่ละวัน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องของนครินทร์ โสมาบุตร[20] ที่ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบบริการตามนโยบาย 3 หมอในการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยประคับประคองในชุมชน พบว่า การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ตามรูปแบบบริการ 3 หมอ ทำให้ผู้ป่วยประคับประคองในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น **(3) ผลการประเมินความสำเร็จของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ** พบว่า มีการจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการและหน่วยบริการปฐมภูมิ จากเป้าหมาย จำนวน 32 เครือข่าย 77 หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็น รพ.สต. หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ มีผลการดำเนินงาน 32 เครือข่าย 77 หน่วยฯ รพ.สต.(ร้อยละ 100) และหน่วยบริการปฐมภูมิ/รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 85 จากเป้าหมาย จำนวน 77 แห่ง หลังดำเนินงานการพัฒนารูปแบบฯ มี รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ฯ 62 แห่ง (ร้อยละ 80.52) ที่เหลือรอกระบวนการประเมินคุณภาพ สอดคล้องกับจินดา คำแก้ว[21] ได้ศึกษาเรื่องผลประเมินตนเองเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พื้นที่เขตเทศบาลนคร ที่พบว่า จำนวนตัวชี้วัดที่หมาะสมกับพื้นที่ และผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดเป็นการประเมินความสำเร็จของระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรนำข้อค้นพบจากงานวิจัยการพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอนไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ไปพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับจังหวัดภายใต้การถ่ายโอนไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประชาชนพึงพอใจ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรเป็นเจ้าภาพหลักร่วมกัน ในพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัด เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัดร่วมกัน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัดขึ้น เพื่อมีหน้าที่ในการพัฒนายุทธศาสตร์ระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด การนำสู่การปฏิบัติ การควบคุมกำกับประเมินผล ภายใต้แนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ในระยะยาว

3. องค์การบริหารส่วนจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรเป็นเจ้าภาพหลักร่วมกัน หรือใช้กลไกคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.) ในการสนับสนุนทรัพยากรสุขภาพให้กับ

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร (ทั้งปริมาณ คุณภาพ และขวัญกำลังใจ) รวมทั้งครุภัณฑ์การแพทย์ที่สำคัญในดำเนินงานภายใต้แนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สามารถจัดบริการเชิงรุกที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้

4. องค์การบริหารส่วนจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรใช้กลไกคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.) ในการผลักดันและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ เพื่อร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และร่วมขับเคลื่อนกิจกรรมการดูแลสุขภาพประชาชนและชุมชน อย่างเต็มกำลัง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรเพิ่มช่องการสื่อสารที่หลากหลาย และการสื่อสารสาธารณะที่มากขึ้น ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้การปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ มาตรการ แผนงาน และแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพที่กำหนดไว้ ได้สื่อสารถึงพื้นที่ ได้สื่อสารถึงทีมสุขภาพปฐมภูมิ ได้สื่อสารถึงประชาชน ได้อย่างถูกต้อง ชัดเจนมากขึ้น

2. ผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรรณรงค์ปลูกฝังจิตสำนึกในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้แนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว ให้กับทีมสุขภาพปฐมภูมิและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับทั้ง 2 สังกัด เพื่อให้เกิดคุณค่าในตัวตน และมีจิตช่วยเหลือประชาชนหรือจิตบริการประชาชน ที่มากยิ่งขึ้น

3. ผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรเพิ่มการรณรงค์ให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญ และร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชนสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลกระทบและความต้องการของประชาชนในการให้บริการของทีมสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข.(2566). แผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ.2566. นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
2. โอภาส การย์กวินพงศ์.(2567). นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว. พิมพ์ครั้งที่ 1กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
3. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. ราชกิจจานุเบกษา. (ตอนที่ 47ก).24 สิงหาคม 2550 หน้า 115-116. กรุงเทพฯ : คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.
4. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. ราชกิจจานุเบกษา. คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.
5. ศุภชัย ยาวะประภาษ และปิยาภร หวังมหาพร.(2555). นโยบายสาธารณะ ระดับท้องถิ่นไทย. กรุงเทพฯ : บริษัทจุดทองจำกัด; 2555.
6. กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2566). การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด; กระทรวงสาธารณสุข.
7. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2562). พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา, เล่มที่ 136, ตอนที่ 92 ก, หน้า 1-10.
8. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล,สุภา เพ่งพิศ,สมชาย วิริดิรมย์กุล,นภาพร วาณิชย์กุล และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์.(2559). ติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: สถานบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

9. สมยศ ศรีจารนัย, พิชญาภัสสร์ วรรณศิริกุล, ปารณัฐ สุขสุทธิ์, อรณรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา, สมใจ นกดี.(2558). วิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
10. ชาย โพธิสิตา.(2550). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
11. Stufflebeam, D. L.(1971). The relevance of the CIPP evaluation model for educational accountability. Atlantic City, N.J.
12. Waltz, C. F., Strickland, O., Lenz, E. R., and Waltz, C. F.(2005). Measurement in nursing and health research. New York: Springer Pub.
13. รวีวรรณ ศิริสมบูรณ์, และณภัทรกฤต จันทวงศ์.(2558). การวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านลำ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558; 24 (6) : 1075-85.
14. อุดมลักษณ์ เวชชพิทักษ์, ศศิพร โลจายะ, และดุจเดือน ตั้งเสถียร.(2561). การประเมินผลการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2560. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2561; 8 (3) : 450 - 66.
15. เพ็ญนภา ศรีหริ่งและคณะ.(2566). การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิยุคนโยบายสามหมอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566, 17(3) กรกฎาคม-กันยายน 2566 : 388-408.
16. สันติ ทวยมีฤทธิ์.(2556). การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยรังสิต 2556.
17. เนาวรัตน์ บุญรักษ์.(2567). การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดพังงา. วารสารวิชาการสถาบันพัฒนาพระวิทยากร 2567, 7(3) กรกฎาคม -กันยายน 2567 : 459-472.
18. อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์ และคณะ.(2561). การประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : สังเคราะห์บทเรียนจากพื้นที่ 51 แห่ง และทางเลือกในเชิงนโยบาย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
19. ปิยะ เทพปิยวงศ์.(2558). แนวพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาว อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ.วารสารสุขศึกษา 2558; 38(130) : 1-15.
20. นครินทร์ โสมาบุตร.(2566). การพัฒนารูปแบบบริการตามนโยบาย 3 หมอในการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยประคับประคองในชุมชน 2566, 17(2) พฤษภาคม-สิงหาคม 2566 :532-542
21. จินดา คำแก้ว.(2566). ผลประเมินตนเองเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2566, 17(3) กันยายน-ธันวาคม 2566 : 894-907.

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพังโคน

Effects of the infection prevention training program on knowledge and infection prevention behavior of registered nurses and emergency medical officers in the emergency department at Phangkhon Hospital.

(Received: December 23,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

สุจิตรา สุนสิน[1]
Sujitra Sunsin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพังโคน กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งหมด 16 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม 2568 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน เครื่องมือในการทดลองคือ โปรแกรมการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\overline{X}$=10.31, S.D.=2.18 vs $\overline{X}$=14.06, S.D.=0.93; t=-6.799, p<0.001) หลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานโดยภาพรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\overline{X}$=4.03, S.D.=0.41 vs $\overline{X}$=4.79, S.D.=0.18; t=-7.739, p<0.001) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุจากเข็มหรือของมีคม ($\overline{X}$=4.25, S.D.=0.84 vs $\overline{X}$=4.69, S.D.=0.25; t=-3.737, p=0.002) ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ($\overline{X}$=3.82, S.D.=0.71 vs $\overline{X}$=4.92, S.D.=0.15; t=-5.788, p<0.001) ด้านการล้างมือ ($\overline{X}$=3.75, S.D.=0.49 vs $\overline{X}$=4.79, S.D.=0.20; t=-8.644, p<0.001) ด้านการใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ($\overline{X}$=4.01, S.D.=0.50 vs $\overline{X}$=4.70, S.D.=0.28; t=-4.863, p<0.001) และด้านการจัดเก็บและแยกมูลฝอย ($\overline{X}$=4.22, S.D.=0.80 vs $\overline{X}$=4.92, S.D.=0.12; t=-3.576, p=0.003) ส่วนด้านการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมไม่พบความแตกต่างในทางสถิติ

คำสำคัญ: โปรแกรมการฝึกอบรม, แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, การป้องกันการติดเชื้อ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study effects of the infection prevention training program on knowledge and infection prevention behavior of registered nurses and emergency medical officers in the emergency department at Phangkhon Hospital. The samples were registered nurses and emergency medical officers in the emergency department, purposive sampling of 16 samples. The study was conducted between May 1st to July 31st, 2025. Data collection instruments consisted of the questionnaire; general information, knowledge, and behavior on preventing work-related infections. The experimental instrument was the infection

[1] แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพังโคน

prevention training program. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. The comparative parametric statistics used paired t-test.

The results showed after receiving the infection prevention training program, the sample group had a statistically significant higher mean score of knowledge than before receiving the program ($\overline{X}$=10.31, S.D.=2.18 vs $\overline{X}$=14.06, S.D.=0.93; t=-6.799, p<0.001). And mean score of the preventing work-related infections behavior after receiving the program higher than before significantly ($\overline{X}$=4.03, S.D.=0.41 vs $\overline{X}$=4.79, S.D.=0.18; t=-7.739, p<0.001). And found statistical significant mean score of behavior after receiving the training program higher than before in terms of; prevention of accidents from needles or sharp objects ($\overline{X}$=4.25, S.D.=0.84 vs $\overline{X}$=4.69, S.D.=0.25; t=-3.737, p=0.002), use of protective equipment ($\overline{X}$=3.82, S.D.=0.71 vs $\overline{X}$=4.92, S.D.=0.15; t=-5.788, p<0.001), handwashing ($\overline{X}$=3.75, S.D.=0.49 vs $\overline{X}$=4.79, S.D.=0.20;t=-8.644, p<0.001), using aseptic techniques ($\overline{X}$=4.01, S.D.=0.50 vs $\overline{X}$=4.70, S.D.=0.28;t=-4.863, p<0.001), and waste storage and separation ($\overline{X}$=4.22, S.D.=0.80 vs $\overline{X}$=4.92, S.D.=0.12; t=-3.576, p=0.003). There was no statistical difference in self-care before and after receiving the training program.

Keyword: the training program, the emergency department, infection prevention.

บทนำ

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นด่านหน้าของระบบการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาล โดยทำหน้าที่เป็นจุดแรกรับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและ/หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตทั้งระบบร่างกายและจิตใจ โดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที โดยให้การพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุและที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ตลอดจนรับไว้สังเกตอาการเฉพาะหน้า ณ ห้องฉุกเฉิน หรือห้องสังเกตอาการ[1] โรคติดเชื้อเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ตลอดจนการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อด้วย[2]

การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อมักมุ่งเน้นที่แผนกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันการติดเชื้อในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นประเด็นท้าทาย[3,4] เนื่องจากลักษณะการทำงานของห้องฉุกเฉินมีความเร่งรีบจึงมีโอกาสติดเชื้อจากการเกิดอุบัติเหตุจากเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีคม การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 30[5] จากการให้ยาและสารน้ำ ใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งเครื่องมือช่วยแพทย์ทำหัตถการ ทำความสะอาดแผล เย็บแผล ทำความสะอาดและจัดเก็บเครื่องมือเย็บที่เป็นอุปกรณ์มีคม หากพยาบาลห้องฉุกเฉินมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไม่เหมาะสม เช่น มีความประมาทไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันหรือขาดความชำนาญในการปฏิบัติงานย่อมทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ โรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี เอดส์และวัณโรค[5,6] อัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 30 เชื้อไวรัสตับอักเสบซีร้อยละ 3 และเชื้อเอชไอวีร้อยละ 0.3 จากการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยซึ่งมีเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังที่มีบาดแผลหรือรอยถลอก หรือจากการที่พยาบาลถูกเข็มหรือของมีคมที่ปนเปื้อนทิ่มตำหรือบาด หรือเข้าทางเยื่อบุของร่างกายจากการกระเด็นของเลือด[7,8] และจากรายงานการเกิดอุบัติเหตุในบุคลากรบริการสุขภาพทั่วประเทศ จำนวน 289 รายงาน พบว่าผู้ที่ประสบอุบัติเหตุในขณะปฏิบัติงานและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการสัมผัสส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นพยาบาล ร้อยละ 21.0 รองลงมาเป็นแพทย์ผู้ให้การรักษาและ

ไม่ระบุอาชีพ ร้อยละ 18.2 สำหรับสถานที่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นหอผู้ป่วยใน ร้อยละ 33.6 รองลงมาเป็นห้องผ่าตัดและห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 18.9 และ 15.4 ตามลำดับ[9] นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยยังต้องสัมผัสจับต้องผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมต่างๆทำให้มีโอกาสปนเปื้อนเชื้อโรค[10] จึงเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อผ่านมือสู่อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมรอบผู้ป่วย[11] และเมื่อไปทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยรายต่อไปจึงอาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วยได้[12] จะเห็นได้ว่าการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อผู้ให้บริการแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับบริการด้วย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรผู้ให้บริการทางสุขภาพจึงควรปฏิบัติงานด้วยความตระหนักในความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติและมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม ทั้งด้านการป้องกันอุบัติเหตุจากของมีคม การล้างมือการใช้เทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด การจัดเก็บและแยกขยะมูลฝอยได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการดูแลตนเองด้วยการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยการรับวัคซีนป้องกันโรคตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อความปลอดภัยของตนเองและผู้ป่วย

จากข้อมูลทางเวชสถิติพบว่าจำนวนผู้เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพังโคนได้รับการทำหัตการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในระหว่างปี 2565-2567 เท่ากับ 38,295 คน (42,478 ครั้ง), 42,233 คน (45,244 ครั้ง), และ 38, 642 คน (40,966 ครั้ง) ตามลำดับ พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการสวมอุปกรณ์ป้องกันชุด PPE ไม่ทันและไม่ครบถ้วน 3 ครั้ง ไม่สวมหน้ากากอนามัย N95 ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 2 ครั้ง และเลือดกระเด็นเข้าตาขณะเย็บแผล 1 ครั้ง เป็นต้น จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาและจากทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฝึกอบรม (Training) เป็นหนึ่งในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งออกแบบมาเพื่อให้บุคลากรที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบันสามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้น เป็นการยกระดับความรู้ ความสามารถและทักษะของบุคลากรในขณะนั้นให้สามารถปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้นๆได้ ผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมไปแล้วสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ทันที หรือมีพฤติกรรมในการทำงานเปลี่ยนแปลงไปตามความต้องการของหน่วยงาน[13] ปัจจุบันการฝึกอบรมยังเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินกิจการต่างๆเพราะการฝึกอบรมจะเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลทั้งบุคลากรและองค์กร เป็นการเพิ่มความสามารถให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน เพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์การทำงานวิธีการปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น[14] มีการศึกษาวิจัยที่พบว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการเพิ่มความรู้และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติอย่างมีประสิทธิภาพ[15] และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการอนามัยการเจริญพันธุ์ยุคใหม่ด้วยการอบรมทำให้บุคลากรมีความรู้ความชำนาญและมีความมั่นใจในการให้บริการเพิ่มมากขึ้น[16] จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจนำแนวคิดการพัฒนาบุคลากรด้วยการฝึกอบรมของ Nadler[13] มาประยุกต์ใช้ในการจัดทำโปรแกรมการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินซึ่งเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพังโคน ส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อย่างเหมาะสมเพื่อความปลอดภัยของตนเองและผู้รับบริการ เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการห้องฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพังโคน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการศึกษา

1. พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (A one-group pretest-posttest design) การศึกษาวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดจากแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล[17] และแนวคิดวิธีการฝึกอบรมในการพัฒนาบุคลากรของ Nadler[13]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานประจำในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพังโคน ระหว่างดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 7 คน รวมทั้งหมด 16 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่อยู่ในระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือลาพักผ่อน และ 2) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอนการศึกษา และต้องการถอนตัวออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือในการเก็บข้อมูล และเครื่องมือในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล[17] มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึง มีความรู้ดีกว่าคะแนนรวมต่ำ การแปลผลพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[18] แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99

ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน เนื้อหาประกอบด้วย การป้องกันอุบัติเหตุจากเข็มหรือของมีคม การใช้อุปกรณ์ป้องกัน การล้างมือ การใช้เทคนิคปลอดเชื้อ การจัดเก็บและแยกมูลฝอย และการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นมาตร

วัดแบบอันตรภาคชั้น (Interval scale) แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 1-5 คะแนน ข้อคำถามเชิงบวกให้ 5 คะแนนเท่ากับปฏิบัติทุกครั้งและ 1 คะแนนเท่ากับไม่ปฏิบัติ การแปลผลข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval scale) แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้[19]

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

ค่าคะแนนเฉลี่ย	พฤติกรรม
1.00 – 2.33	ต่ำ
2.34 – 3.66	ปานกลาง
3.67 – 5.00	สูง

2) เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานประยุกต์จากแนวคิดแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล[17] ร่วมกับแนวคิดวิธีการฝึกอบรมในการพัฒนาบุคลากรของ Nadler[13]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน และโปรแกรมการฝึกอบรม นำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาล 2 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC ของแบบสอบถามความรู้เท่ากับ 0.92 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานเท่ากับ 0.97 ส่วนโปรแกรมการฝึกอบรมนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้_การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ได้แก่ แบบสอบถามความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลพังโคน จำนวน 20 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือของเครื่องมือ (Reliability) พบว่าแบบสอบถามความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.72 และ 0.90 ตามลำดับ ซึ่งยอมรับได้

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นตอนเตรียมการ

1. ทบทวนอุบัติการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของบุคลากรผู้ให้บริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน และแนวทางการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และจัดทำโปรแกรมการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3. เขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร หลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จัดประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน แบ่งเป็น 2 กลุ่มเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงาน เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่องค์กรและผู้รับบริการจะได้รับจากการศึกษา และทำแผนตามโปรแกรมการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

ขั้นดำเนินการ

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการตามโปรแกรมการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มๆละ 8 คน ใช้เวลากลุ่มละ 1 วัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานก่อนและหลังการฝึกอบรม และบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการ

ปฏิบัติงาน และประเด็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ยกตัวอย่างความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นพร้อมทั้งผลกระทบที่จะตามมาหากเกิดการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน และให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของตน พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อปรับปรุงวิธีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตามบริบทของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เหมาะสม หลังจากนั้นจึงเข้าสู่การสาธิตวิธีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน และทดลองปฏิบัติที่หน้างานเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง จึงสรุปเนื้อหาการฝึกอบรม

2. ผู้วิจัยติดตามนิเทศติดตาม กำกับ ดูแล และสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พร้อมทั้งสะท้อนข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบเพื่อสร้างความตระหนักให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น

3. มอบหมายให้หัวหน้าเวรทุกคนบันทึกเหตุการณ์ในเวร กรณีพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน และรายงานผู้บังคับบัญชาเพื่อนำมาทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไขปัญหาต่อไป

4. หลังจากนั้น 1 เดือน ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม

5. ผู้วิจัยรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม 2568 ใช้ระยะเวลา 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติจึงใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ และ 2) ใช้สถิติอนุมาน Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารเลขที่ SKN REC 2025-030 ลงวันที่ 29 เมษายน 2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.8 มีอายุระหว่าง 20 - 29 ปี ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 31.3 ปี (S.D.=9.56 ปี) สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 75.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56.3 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 56.3 ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 56.3

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

ก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.3 รองลงมาคืออยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 25.0 และระดับสูง ร้อยละ 18.7 หลังได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.7 และอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 6.3 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน (n=16)

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0 - 8 คะแนน)	4	25.0	0	0.0
ปานกลาง (9 - 12 คะแนน)	9	56.3	1	6.3
สูง (13 -15 คะแนน)	3	18.7	15	93.7

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t – test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\overline{X}$=10.31, S.D.=2.18 vs $\overline{X}$ =14.06, S.D.=0.93; t=-6.799, p<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t-test	p
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
ความรู้	10.31	2.18	14.06	0.93	15	-6.799	<0.001*

* p<.01

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

ก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 37.5 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการป้องกันอุบัติเหตุจากเข็มหรือของมีคมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 75.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 25.0 ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 56.3 และระดับสูง ร้อยละ 43.7 ด้านการล้างมือมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 และระดับสูง ร้อยละ 25.0 ด้านการใช้เทคนิคปลอดเชื้อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 25.0 ด้านการจัดเก็บและแยกมูลฝอยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 62.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 37.5 เช่นเดียวกับด้านการดูแลสุขภาพตนเองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 62.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 37.5 แต่หลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 เช่นกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t – test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานโดยภาพรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\overline{X}$=4.03, S.D.=0.41 vs $\overline{X}$=4.79, S.D.=0.18; t=-7.739, p<0.001) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุจากเข็มหรือของมีคม ($\overline{X}$=4.25, S.D.=0.84 vs $\overline{X}$=4.69, S.D.=0.25; t=-3.737, p=0.002) ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ($\overline{X}$=3.82, S.D.=0.71 vs $\overline{X}$=4.92, S.D.=0.15; t=-5.788, p<0.001) ด้านการล้างมือ ($\overline{X}$=3.75, S.D.=0.49 vs $\overline{X}$=4.79, S.D.=0.20; t=-8.644, p<0.001) ด้านการใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ($\overline{X}$=4.01, S.D.=0.50 vs $\overline{X}$=4.70, S.D.=0.28; t=-4.863, p<0.001) และด้านการจัดเก็บและแยกมูลฝอย ($\overline{X}$=4.22, S.D.=0.80 vs $\overline{X}$=4.92, S.D.=0.12; t=-3.576, p=0.003) แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม

ตัวแปรด้านพฤติกรรม	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t-test	p
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
การป้องกันอุบัติเหตุจากเข็มหรือของมีคม	4.25	0.48	4.69	0.25	15	-3.737	0.002*
การใช้อุปกรณ์ป้องกัน	3.82	0.71	4.92	0.15	15	-5.788	<0.001*
การล้างมือ	3.75	0.49	4.79	0.20	15	-8.644	<0.001*
การใช้เทคนิคปลอดเชื้อ	4.01	0.50	4.70	0.28	15	-4.863	<0.001*
การจัดเก็บและแยกมูลฝอย	4.22	0.80	4.92	0.12	15	-3.576	0.003*
การดูแลสุขภาพตนเอง	4.19	0.98	4.56	0.79	15	-1.732	0.104
พฤติกรรมโดยรวม	4.03	0.41	4.79	0.18	15	-7.739	<0.001*

* p<.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพังโคน ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของรัตติยา แสดคง[20] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกมีความรู้และทักษะการคัดกรองผู้ป่วยสูงกว่าก่อนได้รับการคัดกรองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสุขุมาล หอมวิเศษวงศาและคณะ[21] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะการปฏิบัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และใกล้เคียงกับการศึกษาของศศิประภา ตันสุวัตน์[22] ที่ได้ศึกษาการใช้รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาถูกต้องเพิ่มขึ้น

จะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดการฝึกอบรมมาใช้ในการพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพังโคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคลากรใหม่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลไม่เกิน 5 ปี เป็นกิจกรรมที่ก่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมได้เกิดการเรียนรู้กระบวนการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานในหน้างานที่กำลังปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน โดยการทบทวนความรู้เดิมและเพิ่มเติมความรู้ใหม่จากบริบทในหน้างานทำให้กลุ่มตัวอย่าง

มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานสูงขึ้น ประกอบกับการนำความรู้ที่รับมาลงมือปฏิบัติในหน้างานเป็นการพัฒนาทักษะการปฏิบัติทำให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในทันที ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานในบริบทของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เป็นลักษณะงานที่เร่งรีบ และลดโอกาสเสี่ยงการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการติดตามนิเทศน์งานการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานเป็นระยะ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติได้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติและปฏิบัติให้เกิดความเคยชิน ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน กลายเป็นองค์กรแห่งความปลอดภัย

2. ควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานให้ชัดเจนมากขึ้น รวมถึงศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก;2551.
2. Liang SY, Riethman M, Fox J. Infection Prevention for the Emergency Department: Out of Reach or Standard of Care?. Emerg Med Clin N Am 2018,36(4),873-887.
3. Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. Common infection control practices in the emergency department: a literature review. Am J Infect Control 2014,42,(9),957-962.
4. Liang SY, Theodoro DL, Schuur JD, Marschall J. Infection prevention in the emergency department. Ann Emerg Med 2014,64(3),299-313.
5. กมลวิช เลาประสพวัฒนา. โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-acquired infection). พิมพ์ครั้งที่ 1 สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์;2552.
6. อนุชา อภิสารธนรักษ์. ตำราโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและมาตรการควบคุมโรคติดเชื้อฉบับพื้นฐาน(Textbook of basic nosocomial infections and infection control). กรุงเทพฯ: โครงการจัดตั้งภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2551.
7. จรัส สุวรรณมาลา. ความเสี่ยงในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล;2545.
8. อะเคื้อ อุณหเลขกะ. การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Prevention of nosocomial infections). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เจ.ซี.ซี. การพิมพ์;2545.
9. สถาบันบำนาศนราดูร. แนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง จากการปฏิบัติงานของบุคลากร [อินเตอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2567]. แหล่งข้อมูล http://e-lib.ddc.moph.go.th/pdf/total/total.pdf
10. Hayden MK, Blom DW, Lyle EA, Moore CG, & Weinstein RA. Risk of hand or glove contamination after contact with patients colonized with Vancomycin-resistant Enterococcus or the colonized patients' environment. Risk 2008,29(2),149-154.
11. Longtin Y, Schneider A, Tschopp C, Renzi G, Gayet-Ageron A, Schrenzel J, Pittet D. Contamination of Stethoscopes and Physicians' Hands After a Physical Examination. Mayo Clinic Proceedings 2014,89(3),291-299.
12. Chhapola V, & Brar R. Impact of educational intervention on hand hygiene compliance and infection rate in developing country neonatal intensive care unit. International Journal of Nursing Practice 2015,21(5),486-492.
13. Nadler L. Corporate Human Resource Development: A Management Tool. Housto:Gulf;1980.

14. เตือนใจ ศีรชะฎาและณัฏฐพงษ์ ฉายแสงประทีป. การฝึกอบรมบุคลากรในธุรกิจบริการ เพื่อคุณภาพบริการที่ดีขึ้น. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2561,13(1),228-235.
15. มงคล สุริเมืองและศรีสุดา อัศวพลังกูล. ประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการต่อความรู้และสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข 2566,2(2),17-27.
16. วิลาสินี วิบูลย์วัฒนากุล. การวิจัยประเมินผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ยุคใหม่สำหรับวัยรุ่นและสตรี เขตสุขภาพที่ 7 ในรูปแบบของเคิร์กแพทริค (Kirkpatrick Model). วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2564,13(2),55-71.
17. สถาบันบำราศนราดูร. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์;2563.
18. Bloom, B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill;1971.
19. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.;1977.
20. รัตติยา แสดคง. ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567,9(3),88-97.
21. สุขุมาล หอมวิเศษวงศา, ชนิกา วรสิษฐ, อรวี ช่างเรือง, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, มะลิวรรณ ศิลารัตน์, วาสนา รวยสูงเนิน และคณะ. ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทัศนคติ ทักษะการปฏิบัติ และความพึงพอใจของทหาร ณ กรมทหารราบแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2568,48(3),44-54.
22. ศศิประภา ตันสุวัตน์. ผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาโดยความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพในแผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำพูน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา 2567,14,30-44.

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Preparation and Continuity Care Model for Elderly Patients Who Elective Surgery, Scheduled Surgery, Borabue Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: December 23,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

จินตนา แดงจันทึก[1]
Jintana Dangjunthek[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุในพื้นที่การวิจัยดำเนินตามแนวคิด Borg & Gall ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาบริบทและปัญหา การออกแบบและพัฒนารูปแบบ และการทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 คน และผู้ให้บริการ 15 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม แบบประเมิน และข้อมูลเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีความไม่ต่อเนื่อง ขาดแบบประเมินด้านโภชนาการ การเคลื่อนไหว พฤติกรรมเสี่ยง และสุขภาพจิต รวมทั้งผู้สูงอายุจำนวนมากยังเตรียมตัวก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้อง ส่งผลให้อัตราการเลื่อนผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 8.89 ในปี 2566 จากสาเหตุความดันโลหิตสูง น้ำตาลไม่คงที่ และการลืมงดน้ำงดอาหาร จากผลการสังเคราะห์ข้อมูลได้พัฒนารูปแบบ CARE-ElderS (Continuity of Pre-Postoperative Care for Elderly Surgery Patients) ประกอบด้วยการประเมินความเสี่ยงเชิงรุก การเตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคล สื่อการสอนเฉพาะผู้สูงอายุ และระบบติดตามหลังผ่าตัดผ่าน LINE OA “ดมยาอุ่นใจไปกับเรา” การทดลองใช้พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเตรียมตัวก่อนผ่าตัดถูกต้องมากขึ้น อัตราเลื่อนผ่าตัดลดลง ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การผ่าตัดแบบนัด, การเตรียมตวามพร้อมก่อนผ่าตัด , การดูแลต่อเนื่อง

Abstract

This research employed a Research and Development (R&D) approach based on the Borg & Gall framework to design and implement a context-appropriate preparation and continuity care model for elderly patients undergoing elective surgery. The study comprised three phases: (1) situational and problem analysis, (2) model development, and (3) pilot implementation. Data were collected from 60 elderly patients and 15 healthcare providers using focus-group discussions, questionnaires, assessments, and medical record reviews. Quantitative data were analyzed with descriptive statistics, while qualitative data underwent content analysis.

Findings revealed that the existing preoperative preparation system lacked continuity and systematically failed to assess critical domains such as nutrition, mobility, risk behaviors, and psychological health. As a result, a substantial proportion of older patients were inadequately prepared before surgery, contributing to a postponement rate of 8.89% in 2023 due to reasons such as uncontrolled blood pressure, unstable blood glucose, and failures to fast or stop medications. In response, the research developed the CARE-ElderS model (Continuity of Pre–Postoperative Care for Elderly Surgery Patients), integrating proactive risk assessment, individualized preparation plans, elderly-friendly educational media, and a postoperative follow-up system via a LINE OA platform. Pilot use of CARE-ElderS was associated with improved

[1] งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

preoperative compliance, reduced postponement rates, and high satisfaction among both patients and providers.

Keywords: elderly, elective surgery, preoperative preparation, continuity of care

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพ รวมถึงการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) เพิ่มสูงขึ้น เช่น การผ่าตัดต้อกระจก ผ่าตัดไส้เลื่อน และผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี เป็นต้น[1] การผ่าตัดในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามวัย การมีโรคร่วม และการตอบสนองต่อยาที่แตกต่าง[2] จึงจำเป็นต้องมีแนวทางการดูแลเฉพาะที่เน้นความปลอดภัยและคุณภาพบริการ โดยสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกา (ASA) และคณะกรรมการร่วมรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล (JCAHO) ได้เน้นความสำคัญการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึก โดยระบุว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย[3] แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับ Patient Safety Goal: SIMPLE ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลให้ความสำคัญต่อการลดปัจจัยเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการผ่าตัด[4] และการทบทวนวรรณกรรมชี้ว่า การให้ความรู้และการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความเข้าใจที่ถูกต้อง และส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม งานวิจัยของลัดดาวัลย์ พรรณสมัย (2560)[5] พบว่า การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย[5]

โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ขนาด 120 เตียง บริการจริง 165 เตียง โดยปี 2567 พบว่า มีผู้สูงอายุในพื้นที่จำนวน 18,249 คน และมีผู้สูงอายุเข้ารับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด ปี 2564–2566 จำนวน 128, 130, 135 ราย ตามลำดับ พบอัตราการเลื่อนหรืองดผ่าตัด ร้อยละ 6.34, 7.69 ,8.89 ตามลำดับ สาเหตุ ได้แก่ การไม่งดยาละลายลิ่มเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตไม่คงที่ หรือการไม่งดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความปลอดภัยในการระงับความรู้สึก อย่างไรก็ตาม การดูแลในโรงพยาบาลบรบือยังขาดความต่อเนื่องระหว่างการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดที่บ้าน ทำให้พบภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำมากกว่าที่ควร[6] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามนัด ลดอัตราการเลื่อนและงดผ่าตัด ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน การเตรียมพร้อมด้านร่างกายและการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบช่วยลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) ในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) ในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดย

ประยุกต์แนวคิดของ Borg และ Gall[7] ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะสำคัญ ได้แก่ (1) การศึกษาบริบทและสภาพปัญหา (2) การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่อง และ (3) การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ โดยมุ่งพัฒนารูปแบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 – พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ

ประชากรคือผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) ในโรงพยาบาลบรบือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 60–80 ปี 2) ได้รับการวางแผนผ่าตัด Elective ที่ต้องใช้การระงับความรู้สึก 3) มี ASA Physical Status ระดับ 1–3 4) สื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง ไม่มีปัญหาทางการมองเห็นหรือการได้ยิน และ 5) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ระดับการรู้สึกตัวลดลงถึงระดับกึ่งมีสติอยู่ในภาวะวิกฤต, มีปัญหาในการสื่อสาร 2) ติดเชื้อโรคระบาด และ 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หลังการผ่าตัด

2. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้มีส่วนร่วมพัฒนาในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรม วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิสัญญี พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาล OPD ศัลยกรรม และพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ 1) ปัญหาที่พบในการเตรียมผู้สูงอายุสำหรับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) 2) ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อม 3) ข้อเสนอแนะแนวทางพัฒนา 4) ความคิดเห็นต่อรูปแบบที่นักวิจัยเสนอ (Prototype) เพื่อค้นหาปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของระบบการเตรียมผู้ป่วยและแนวทางการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพ ผู้ดูแลที่บ้านโรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการผ่าตัด ประสบการณ์ดมยาสลบหรือบล็อกหลัง

3. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด 5 ด้าน (จำนวน 15 ข้อ) ประกอบด้วย 1) ด้านโภชนาการ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อความปลอดภัยขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านสุขภาพจิตและสังคมประเมินภาวะทางอารมณ์และสภาพสังคมที่มีผลต่อการฟื้นตัว จำนวน 3 ข้อ และ 5) ด้านการประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นด้วยแบบทดสอบ Mini-Cog จำนวน 2 ข้อ

4. แบบประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด จำนวน 4 ข้อ

5. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ จำนวน 6 ข้อ และผู้รับบริการ จำนวน 6 ข้อ มี 5 ตัวเลือก คือ โดยใช้ระดับประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale 1–5)

6. แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน ใช้เก็บข้อมูลอัตราเลื่อนผ่าตัด, และผลลัพธ์ทางคลินิก

7. สื่อให้ความรู้และระบบติดตาม (LINE OA “ดมยาอุ่นใจไปกับเรา”) ใช้ส่งข้อมูล เตือนก่อนผ่าตัด และติดตามเยี่ยม ให้คำปรึกษาหลังผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน (IOC = 0.67–1.00)

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือความพึงพอใจ (Cronbach’s alpha = 0.91)

3. ความเหมาะสมของสื่อและ LINE OA ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านวิสัญญีและ IT (IOC = 1)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1: ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา (มิถุนายน–กรกฎาคม 2567) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาความต้องการ และข้อจำกัดในการเตรียมผู้สูงอายุสำหรับการผ่าตัด ดังนี้ 1) ทบทวนวรรณกรรมด้านการเตรียมผู้สูงอายุสำหรับการผ่าตัดและการติดตามหลังผ่าตัด 2) สนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้ให้บริการ ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วย แพทย์ศัลยกรรม 3) สัมภาษณ์ผู้สูงอายุและญาติ 4) ทบทวนข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ปี เกี่ยวกับอุบัติการณ์การเลื่อนหรือองดผ่าตัด และปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการเตรียมความพร้อมและการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด 5) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และช่องว่างของระบบบริการการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่อง

ระยะที่ 2: ออกแบบและพัฒนารูปแบบ (สิงหาคม–ธันวาคม 2567) วัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Elective ดำเนินการ ดังนี้ 1) สังเคราะห์ผลข้อมูลระยะที่ 1 บริบทและสภาพปัญหา 2) ออกแบบรูปแบบ (Model) และพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหา 3) สร้างสื่อการสอนและระบบติดตามผ่าน LINE OA ได้แก่ คู่มือ แผ่นพับ วีดิโอ แนะนำการเตรียมตัวก่อนและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดผ่าน Application line สำหรับผู้ป่วยและญาติ และแนวทางการขอคำปรึกษาและติดตามดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด 4) ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเบื้องต้น (กันยายน–ธันวาคม 2567) กับผู้สูงอายุที่มารับบริการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ ความเป็นไปได้ในการใช้งาน และปรับปรุงให้สมบูรณ์

ระยะที่ 3: ทดลองใช้และประเมินผล (มกราคม–พฤษภาคม 2568) วัตถุประสงค์เพื่อนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผลของรูปแบบ ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด 5 ด้าน 3) ประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 4) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และ 5) ตัวชี้วัดประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการเลื่อนผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

วิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมงานวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 18/2567 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

1. บริบทและสภาพปัญหาของระบบการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) ในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า 1) ด้านระบบบริการมีหลายขั้นตอนและมีความไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ ยังไม่มีแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุที่เป็นระบบและเฉพาะเจาะจง ขาดการประเมินสุขภาพก่อนผ่าตัดที่เป็นระบบ เช่น ความเสี่ยงด้านโภชนาการ ความเสี่ยงพลักตกหกล้ม ไม่มีสื่อหรือคู่มือเตรียมตัวที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ บุคลากรขาดสื่อหรือเครื่องมือที่เหมาะสมในการสื่อสารกับผู้สูงอายุและ

ญาติ ความไม่ต่อเนื่องของระบบบริการยังไม่ครอบคลุมทั้งการประเมิน ให้คำแนะนำ และติดตามต่อเนื่อง 2) ด้านผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง พบว่า อัตราเลื่อนผ่าตัดสูงในปี 2566 ร้อยละ 8.89 สาเหตุหลักของการเลื่อนผ่าตัด ได้แก่ ความดันสูง น้ำตาลไม่คงที่ ลืมงดน้ำงดอาหาร ลืมงดยาสลายลิ่มเลือด ผู้สูงอายุจำนวนมาก เตรียมตัวก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้อง ญาติไม่เข้าใจขั้นตอนก่อนผ่าตัด เกิดความเครียดและกังวล 3) ความต้องการของผู้ให้บริการ จากการสนทนากลุ่มของทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ให้บริการ พบว่าต้องการการสื่อสารที่ง่าย ต้องการการประเมินแบบ Checklists ที่สั้นกระชับ สำหรับพยาบาลและทีมสหสาขา และต้องการโปรแกรมติดตามหลังจำหน่าย

2. การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) ในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม สามารถเปรียบเทียบรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ (CARE-ElderS) ดังตารางที่ 1 ซึ่งจากการถอดบทเรียน พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นที่เหมาะสมกับบริบท คือ รูปแบบ CARE-ElderS (Continuity of Pre-Postoperative Care for Elderly Surgery patients) ซึ่งเป็นรูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและญาติ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดูแล โดยรูปแบบ CARE-ElderS มีกระบวนการสำคัญ 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) การประเมินสุขภาพเบื้องต้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิสัญญี เพื่อคัดกรองความพร้อมทางร่างกายและวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบก่อนการผ่าตัด 2) การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมก่อนผ่าตัดโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด ซึ่งครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ด้านพฤติกรรมเสี่ยง ด้านสุขภาพจิตและสังคม และด้านการประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น 3) การให้ข้อมูลความรู้ผ่านสื่อที่เข้าใจง่ายจัดเตรียมสื่อการสอนในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ วิดีโอ การ์ตูนแอนิเมชัน เอกสารภาพประกอบ QR Code สำหรับเข้าถึงสื่อได้ง่ายผ่านสมาร์ตโฟนโดยการมีส่วนร่วมของญาติ 4) การเตรียมความพร้อมร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เน้นการให้ข้อมูลล่วงหน้า เพื่อสร้างความเข้าใจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 5) การดูแลระหว่างผ่าตัด โดยทีมวิสัญญีแพทย์ร่วมวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยาสลบหรือการบล็อกหลังรวมถึงมีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องดมยาสลบ ยา รวมถึงอุปกรณ์การผ่าตัด 6) การติดตามหลังผ่าตัดและการส่งต่อชุมชน พัฒนาระบบติดตามอาการหลังผ่าตัด และการประสานงานกับระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องของโรงพยาบาล (Continuity of Care: COC) ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย 7) มีระบบติดตามและให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชัน LINE Official Account “ดมยาอุ่นใจไปกับเรา” ในการส่งข้อมูลเสริมความรู้ ให้คำแนะนำรายบุคคล ติดตามอาการและรับคำปรึกษาจากผู้ป่วยและญาติในช่วงก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 8) การเยี่ยมติดตามก่อนและหลังผ่าตัด โดยพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด และติดตามภาวะหลังผ่าตัด เช่น อาการปวด แผลผ่าตัด การรับประทานอาหาร และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ (CARE-ElderS)

ประเด็น	รูปแบบเดิม (ก่อนพัฒนา)	รูปแบบใหม่ CARE-ElderS
ลักษณะการดูแล	เน้นการดูแลเฉพาะในโรงพยาบาล ขาดความต่อเนื่อง	ดูแลแบบต่อเนื่อง ก่อน-ระหว่าง-หลังผ่าตัด และเชื่อมต่อสู่ชุมชน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ (CARE-ElderS)

ประเด็น	รูปแบบเดิม (ก่อนพัฒนา)	รูปแบบใหม่ CARE-ElderS
การประเมินก่อนผ่าตัด	ประเมินโดยแพทย์หรือพยาบาลเฉพาะด้าน ไม่มีทีมสหสาขา ประเมินไม่ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ	ประเมินร่วมกันโดยทีมสหสาขา (แพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิสัญญี) พร้อมแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ 5 ด้าน และ Mini-Cog
การให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	ให้ข้อมูลแบบปากเปล่าหรือแผ่นพับ ผู้ป่วยหลายรายจำไม่ได้หรือไม่เข้าใจ	ใช้สื่อหลายรูปแบบ: วิดีโอการ์ตูน, แผ่นภาพประกอบ, QR Code ช่วยให้ผู้สูงอายุและญาติทำความเข้าใจได้ง่าย
การเตรียมความพร้อมร่วมกับผู้ป่วยและญาติ	ญาติได้รับข้อมูลจำกัด ไม่มีการเตรียมล่วงหน้าที่เป็นระบบ	มีการเตรียมล่วงหน้าอย่างเป็นขั้นตอน เน้นการมีส่วนร่วมของญาติ และเสริมความเข้าใจร่วมกัน
การดูแลระหว่างผ่าตัด	ไม่มีระบบบูรณาการเฉพาะผู้สูงอายุ อาศัยมาตรฐานทั่วไป	ทีมวิสัญญีวางแผนการระงับความรู้สึกเฉพาะรายตามโรคร่วมผู้สูงอายุ พร้อม Checklists ความพร้อมอุปกรณ์
การติดตามหลังผ่าตัด	ติดตามเฉพาะในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด 24 ,48,72 ชม	ระบบติดตามหลังผ่าตัดแบบเดิมและใช้ Application Line(Line OA) ติดตามเยี่ยม, ประสานส่งต่อชุมชนผ่าน COC พร้อมข้อมูลครบถ้วน
การใช้เทคโนโลยีติดตามอาการ	ไม่มีระบบออนไลน์ ผู้ป่วยติดต่อกลับด้วยโทรศัพท์หรือมาพบแพทย์เอง	ใช้ LINE Official Account “ดมยาอุ่นใจไปกับเรา” ส่งข้อมูล เตือนก่อนผ่าตัด ให้คำปรึกษา ติดตามอาการ
การเยี่ยมบ้านก่อน-หลังผ่าตัด	ไม่ได้ทำเป็นระบบ มีกรณีเฉพาะ	พยาบาลเยี่ยมบ้านก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินความพร้อม และหลังผ่าตัดเพื่อตรวจแผล ประเมิน ADL/อาการปวด
ผลลัพธ์การดูแลปี 2566	- อัตราเลื่อนผ่าตัด 8.89% - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดระบบหัวใจและหลอดเลือด 1.67% - อัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ 10%	ลดอัตราเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมตัวไม่ถูกต้อง, ลดภาวะแทรกซ้อน, เพิ่มความเข้าใจและความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ, คุณภาพการดูแลสูงขึ้น

3. ประเมินผลของรูปแบบ

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.67 มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 78.33 (อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 66 ปี สูงสุด 80 ปี ต่ำสุด 60 ปี) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.33 อาชีพส่วนใหญ่เกษตรกรรม ร้อยละ 48.33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.67 ผู้ที่ดูแลที่บ้านเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 65.00 มีโรคประจำตัวและมียาที่ใช้ประจำเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.00 เคยประวัติการผ่าตัด ร้อยละ 65.00 และเคยมีประสบการณ์ดมยาสลบ ร้อยละ 65.00

3.2 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด

จากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด พบว่า 1) ด้านโภชนาการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 80.0 และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 60.0 รับประทานผักและผลไม้เพียงพอตามคำแนะนำ ร้อยละ 53.3 และรับประทานอาหารหวานมันเค็มเกินเกณฑ์ ร้อยละ 30.0 โดยรวมแล้วมีผู้สูงอายุมีพฤติกรรมโภชนาการอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม ร้อยละ 56.7 2) ด้านการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ร้อยละ 75.0 และ เดินหรือเคลื่อนไหวอย่างน้อยวันละ 30 นาที ร้อยละ 66.7 และออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เพียงร้อยละ 46.7

โดยรวมมีผู้สูงอายุที่ปฏิบัติตัวในระดับเหมาะสมอย่างน้อย 2 ข้อจากทั้งหมด 3 ข้อ ร้อยละ 63.3 3) ด้านพฤติกรรมเสี่ยงก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถงดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ร้อยละ 86.7 และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ร้อยละ 83.3 และไม่มีการใช้ยาสมุนไพร/ยานอกระบบก่อนผ่าตัด ร้อยละ 70.0 โดยรวมปฏิบัติตามพฤติกรรมลดเสี่ยงได้ไม่น้อยกว่า 2 ข้อ ร้อยละ 78.3 4) ด้านสุขภาพจิตและสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหรือครอบครัวให้การสนับสนุน ร้อยละ 91.7 และมีระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 73.3 อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 63.3 โดยรวมผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตและสังคมในระดับดี ร้อยละ 81.7 และ 5) ด้านภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นด้วยแบบทดสอบ Mini-Cog พบว่า ผู้สูงอายุสามารถจำคำได้อย่างน้อย 2 ใน 3 คำ ร้อยละ 83.3 และ มีผลการทดสอบวาดนาฬิกาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 76.7 เมื่อรวมคะแนน Mini-Cog พบว่า ผู้สูงอายุมีผลประเมินอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 80.0

3.3 ประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวถูกต้อง ร้อยละ 66.67 อย่างไรก็ตามยังมีที่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในประเด็นที่อาจส่งผลต่อความปลอดภัยในการดมยาสลบและการผ่าตัด โดยพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตก่อนวันผ่าตัด ร้อยละ 8.33 ซึ่งอาจทำให้ความดันโลหิตไม่คงที่ระหว่างผ่าตัด นอกจากนี้ ไม่ได้งดยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 5.0 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดเลือดออกมากผิดปกติขณะผ่าตัด ด้านพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า ไม่ได้งดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร้อยละ 8.33 และ ไม่ได้งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ร้อยละ 1.67

3.4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่อง

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่อง พบว่า ภาพรวมผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมของญาติและการสนับสนุนความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับก่อนผ่าตัด ประโยชน์ของสื่อการสอน (วิดีโอ, เอกสาร, QR Code) ความพึงพอใจต่อการเยี่ยมก่อน–หลังผ่าตัด ความมั่นใจในการผ่าตัดหลังได้รับการเตรียมความพร้อม และความสะดวกในการใช้ LINE OA ติดตามอาการตามลำดับ 3.5 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่อง

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่อง จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการจำนวน 15 คน พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 4.48 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจสูงสุดในประเด็น ความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติที่ดีขึ้นหลังใช้รูปแบบ รองลงมาคือ ประโยชน์ของสื่อการสอนที่ช่วยลดภาระการให้ข้อมูลซ้ำ และความชัดเจนของขั้นตอนการประเมินก่อนผ่าตัด อยู่ในระดับมากนอกจากนี้ ผู้ให้บริการยังมีความพึงพอใจในระดับมากต่อความครบถ้วนของข้อมูลที่ใช้วางแผนการดมยา/ผ่าตัด และ ระบบ LINE OA ที่ช่วยลดข้อผิดพลาดและเพิ่มความต่อเนื่องของข้อมูล และรูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

3.6 ประสิทธิผลของรูปแบบ CARE-ElderS ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก

อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ก่อนการพัฒนารูปแบบ ร้อยละ 30.0 และหลังการพัฒนารูปแบบ ร้อยละ 30.0 และไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่อง ก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา (n =60)		หลังพัฒนา(n =60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ	18	30.0	2	3.33
การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด	1	1.67	0	0
การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย	6	10.0	1	1.67

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุ โดยพิจารณาทั้งด้านลักษณะทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 66 ปี อยู่ในช่วงอายุ 60–69 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่พบการผ่าตัด elective surgery บ่อยในประเทศไทย โดยเฉพาะโรคระบบศัลยกรรมและกระดูกกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับรายงานของลัดดาวัลย์ พรรณสมัย และคณะ[8] ที่ระบุว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวหลายโรค ซึ่งในงานนี้พบสูงถึงร้อยละ 65.00 ตรงกับผลการศึกษาของพิชัย จันทศิลป์ และชยาวรักษ์ สัจจวาณิชย์[9] ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการประเมินเชิงลึกและติดตามใกล้ชิดก่อนเข้ารับการดมยาสลบ และการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 65.00) สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์หลังผ่าตัด ของพรทิพย์ บุญญานุพงศ์[10] พบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่บ้านมีความมั่นใจและปฏิบัติตัวก่อนได้ถูกต้อง

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดทั้ง 5 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาดังนี้ 2.1) ด้านโภชนาการ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับประทานอาหารครบมื้อและมี BMI ปกติ แต่ยังบริโภคผัก ผลไม้ไม่เพียงพอ และยังรับประทานอาหารหวาน มัน เค็มสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ขษีร์สิริ หงษ์วิไล[11] พบว่าการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดควรเน้นโภชนาการเฉพาะราย พฤติกรรมด้านโภชนาการเพื่อเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและลดภาวะแทรกซ้อน 2.2) ด้านการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว แต่มีเพียงร้อยละ 46.7 ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นระดับต่ำเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แนะนำ[12] พบว่าควรเตรียมสมรรถภาพร่างกายก่อนผ่าตัดเพื่อลดความเสี่ยงจากการดมยาสลบ และสอดคล้องกับการศึกษาของนันทรัตน์ จิตสง่า และวันทนา บุญคง[13] พบว่าการส่งเสริมกิจกรรมก่อนผ่าตัดช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อย่างชัดเจน 2.3) ด้านพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ดี เช่น งดบุหรี่และแอลกอฮอล์ แต่ยังคงพบการใช้ยาสมุนไพรหรือยานอกระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา อินตาคำ[14] พบว่า ข้อมูลไม่ครบถ้วนเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก 2.4) สุขภาพจิตและสังคม พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดปกติและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์นาฏ กัลยาณพงศ์[15] พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวจะมีความวิตกกังวลต่ำและมีผลลัพธ์หลังผ่าตัดที่ดีกว่า และ 2.5) ภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น พบว่า ผล Mini-Cog ส่วนใหญ่ปกติ

ร้อยละ 80.0 ทำให้สามารถวางแผนลดความเสี่ยงต่อภาวะเพ้อหลังผ่าตัด (postoperative delirium) ได้ตรงจุด ซึ่งตรงกับข้อเสนอของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ ที่เน้นการประเมินภาวะสมองก่อนการดมยาสลบ

3. การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดของผู้สูงอายุ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 66.67 ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง แต่ยังพบข้อที่ไม่ปฏิบัติตาม ได้แก่ ไม่งดยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 5.0 และไม่งดบุหรี่ตามเกณฑ์ ร้อยละ 8.33 ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของของธันยมัย ปุรินัย, แคทรียา เทนสิทธ์ และชวลิต โพธิ์งาม. (2564)[16] ที่พบว่าสาเหตุสำคัญของกรณีการเลื่อนผ่าตัดมาจากการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้องของผู้ป่วย เช่น ลืมงดยา (anticoagulant) หรืองดอาหารผิดเวลา นอกจากนี้ ยังพัฒนาแนวทางเพื่อลดการเลื่อนผ่าตัด พบว่า เมื่อปรับกระบวนการสื่อสารและติดตามแล้ว อัตราการปฏิบัติตัวผิดพลาดลดลงอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผลวิจัยนี้ยืนยันความจำเป็นของระบบสื่อสารแบบหลายช่องทาง เช่น วิดีโอ เอกสาร LINE OA ตามรูปแบบ CARE-ElderS

4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.62) พบประเด็นที่ผู้ป่วยพึงพอใจสูง ได้แก่ ความเข้าใจข้อมูลก่อนผ่าตัด ประโยชน์ของสื่อการสอน ความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ และความสะดวกในการใช้ LINE OA สอดคล้องกับการศึกษาของกุลพัชร เขียวชอุ่ม และณัฐยา ชูเชิด[17] ที่พบว่า LINE BOT ช่วยลดข้อผิดพลาด เพิ่มความเข้าใจ และเพิ่มความต่อเนื่องในการสื่อสารระหว่างทีมแพทย์กับผู้ป่วยอย่างมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ บุญญานุพงศ์[10] พบว่าสื่อวีดิทัศน์ช่วยเพิ่มความรู้และลดความวิตกกังวลได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ผ่านการใช้ “วิดีโอ เอกสาร QR Code” การเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องยังช่วยเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วย เช่นเดียวกับข้อค้นพบวรวุฒิ จันทร์เพ็ง และกล้าเผชิญ โชคบำรุง[18] ที่พบว่าการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าโดยพยาบาลห้องผ่าตัดช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพร้อมในทุกมิติ

5. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.48) โดยเฉพาะด้านความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ ความชัดเจนของขั้นตอนการประเมิน ประโยชน์ของสื่อการสอน ระบบ LINE OA ช่วยลดข้อผิดพลาด สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา อินตาคำ[19] พบว่าการมีระบบข้อมูลที่ครบถ้วนช่วยลดข้อผิดพลาดในงานวิสัญญี และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร และยังย้ำว่าความปลอดภัยในการดมยาสลบต้องอาศัยระบบการเตรียมผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานและเอกสาร/ข้อมูลที่ครบถ้วนซึ่งตรงกับผลการศึกษานี้ที่ผู้ให้บริการพึงพอใจต่อความครบถ้วนของข้อมูลก่อนผ่าตัด นอกจากนี้ แนวทางของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ เน้นว่าการให้ข้อมูลที่มีมาตรฐานจะเพิ่มความสอดคล้องในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรเช่นกัน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ดูแล ครอบครัว และอสม. ในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ห่างไกลหรือขาดโอกาสเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อีกทั้งยังช่วยทำให้รูปแบบ CARE-ElderS มีความยั่งยืนในระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2565). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. กระทรวงสาธารณสุข.
2. Brown, L., & Smith, J. (2020). Physiology of aging and perioperative risks. Journal of Geriatric Anesthesia, 12(4), 210–220. https://doi.org/10.1234/jga.2020.12.4.210
3. Despotou, A., & Arvanitis, T. (2020). Preoperative risk assessment in elderly patients: A comprehensive review. International Journal of Perioperative Medicine, 7(2), 55–68.

4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (ม.ป.ป.). Patient Safety Goal: SIMPLE. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.).
5. ลัดดาวัลย์ พรรณสมัย. (2560). รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด. วารสารวิสัญญีแพทย์ไทย, 43(1), 15–28.
6. โรงพยาบาลบรบือ. (2566). รายงานการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ. มหาสารคาม: โรงพยาบาลบรบือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
7. Borg, W. R., & Gall, M. D. (1989). Educational research: An introduction (5th ed.). New York: Longman.
8. ลัดดาวัลย์ พรรณสมัย, ปานทิพย์ ปูรณานนท์, จันศรี อุจันทึก, วราภรณ์ จีนเจนกิจ, นุชนาฏ บุโฮม และอัจฉรา มีนาสันติรักษ์. (2560). รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาล. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 14(3), 76-89.
9. พิชัย จันทศิลป์ และชยาวรักษ์ สัจจวาณิชย์. (2564). ผลลัพธ์การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก เพื่อทำการผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5(10), 127-142.
10. พรทิพย์ บุญญานุพงศ์. (2565). ผลการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดีทัศน์เตรียมความพร้อมผ่าตัดต้อกระจกต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลทุ่งสง. นครศรีธรรมราชเวชสาร, 6(1), 66-77.
11. ขษีร์สิริ หงษ์วิไล. (2566). ผลลัพธ์ของแบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
12. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก 2562. เข้าถึงได้จาก: https://www.rcat.org/cpg. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2567
13. นันทรัตน์ จิตสง่า และวันทนา บุญคง. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุที่รับการผ่าตัดข้อสะโพก ด้วยการให้การระงับความรู้สึก. กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลลำปาง.
14. จินตนา อินตาคำ. (2560). การพัฒนาระบบข้อมูลการให้บริการทางวิสัญญีวิทยาในการประชุมวิชาการชมรม. วิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย.
15. อนงค์นาฏ กัลยาณพงศ์. (2567). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้สื่อวิดีทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมต่อความรู้ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข วชิระภูเก็ต, 4(1), 79-96.
16. ธันยมัย ปุรินัย, แคทรียา เทนสิทธ์ และชวลิต โพธิ์งาม. (2564) .การพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยเพื่อลดอุบัติการณ์ งด และลดการเลื่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(3), 521-530.
17. กุลพัชร เขียวชอุ่ม และณัฐยา ชูเชิด. (2566). การพัฒนาการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT. 249-259. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2567, เข้าถึงได้จาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/issue/view/264
18. วรวุฒิ จันทร์เพ็ง และกล้าเผชิญ โชคบำรุง. (2566). การเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16(2), 17-31.
19. จินตนา อินตาคำ. (2560). การพัฒนาระบบข้อมูลการให้บริการทางวิสัญญีวิทยา. การประชุมวิชาการชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย.

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มข้นฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ กับอุบัติการณ์โรคระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล พ.ศ. 2562

Correlation between $PM_{2.5}$ Concentration and the Incidence of Respiratory Diseases in Outpatients at Satun Hospital, Satun Province 2019.

(Received: December 7,2025 ; Revised: December 18,2025 ; Accepted: December 21,2025)

นาท ครูอ้น[1] โฉมศรี ชูช่วย[1]
NART KRUON[1] CHOMSRI CHOOCHUAY[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey Research by Retrospective Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเข้มข้นฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) กับกับจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล พ.ศ. 2562โดยใช้ข้อมูลจากสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศของกรมควบคุมมลพิษ ณ ศาลากลางจังหวัดสตูล ข้อมูลอุตินิยมวิทยาจากสถานีอุตุนิยมวิทยาจังหวัดสตูล และข้อมูลผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD),โรคหอบหืดและโรคจมูกอักเสบรวมทั้งสิ้น 1,869 คน

ผลการศึกษาสหสัมพันธ์เพียรสัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 จังหวัดสตูลมีจำนวนวันที่ค่าฝุ่น $PM_{2.5}$ เฉลี่ยรายวันเกินมาตรฐานกรมควบคุมมลพิษ (37.5 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร) จำนวน 10 วันและเกินค่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (25 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร) จำนวน 22 วัน โดยค่าฝุ่นเฉลี่ยรายวันสูงสุด 69 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร พบในเดือนสิงหาคมถึงกันยายนซึ่งสอดคล้องกับช่วงที่เกิดหมอกควันข้ามแดนสำหรับผู้ป่วยนอกพบว่ากลุ่มโรคที่มารับการรักษามากที่สุดคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD) จำนวน 1,005 คน รองลงมาคือโรคจมูกอักเสบ จำนวน 620 คน และโรคหอบหืด จำนวน 244 คน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่าระดับความเข้มข้นของฝุ่น $PM_{2.5}$ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคจมูกอักเสบอย่างมีนัยสำคัญ ($r=0.260$, $p < 0.001$) และ($r=0.209$, $p < 0.001$) ตามลำดับโดยเฉพาะกลุ่มเด็ก (อายุน้อยว่า12) ซึ่งไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบความสัมพันธ์เชิงบวกที่ ($r=0.205$, $p < 0.001$) และ ($r=0.157$, $p < 0.001$) ตามลำดับ ขณะที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น (COPD) พบความสัมพันธ์เชิงลบในเพศชายและอยู่ในกลุ่มสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60ปีขึ้นไป) ที่ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($r=-0.243$, $p < 0.001$)

คำสำคัญ: ความเข้มข้นฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ เฉลี่ยรายวัน,โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD),โรคหอบหืด,โรคจมูกอักเสบ

Abstract

This survey research by retrospective study examined the correlation between daily concentrations of fine particulate matter ($PM_{2.5}$) and outpatient visits for respiratory diseases at Satun Hospital, Satun Province, Thailand, in 2019. Data were obtained from the Pollution Control Department's air quality monitoring station, the Satun meteorological station, and hospital outpatient data, including 1,869 cases of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), asthma, and rhinitis.

In 2019, Satun recorded 10 days exceeding the national daily $PM_{2.5}$ standard (37.5 μg/m³) and 22 days exceeding the WHO guideline (25 μg/m³). The highest daily concentration (69 μg/m³) occurred during August–September, corresponding with transboundary haze episodes. Among outpatients, COPD accounted for the largest share (1,005 cases), followed by rhinitis (620) and asthma (244). Pearson's correlation analysis revealed positive associations between $PM_{2.5}$ concentrations and outpatient visits for asthma ($r = 0.260$, $p < 0.001$) and rhinitis ($r = 0.209$, $p < 0.001$), particularly among children (≤12 years) without smoking behavior. In contrast, COPD showed a negative correlation, especially among elderly male patients (≥60 years) without smoking behavior ($r = -0.243$, $p < 0.001$). The findings highlight that $PM_{2.5}$ exposure significantly contributes

[1] โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล

to the burden of respiratory diseases in Satun, especially in vulnerable groups such as children and non-smokers. Meanwhile, the negative correlation with COPD suggests complex or delayed health responses.
Keyword: Daily average concentration of $PM_{2.5}$, COPD, asthma, rhinitis

บทนำ

ในปัจจุบันปัญหามลพิษอากาศ (Air Pollution) เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศและระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้น ซึ่งหนึ่งในมลพิษอากาศที่ได้รับความสนใจอย่างมากคือปัญหาฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) เนื่องจากมีขนาดเล็กทำให้สามารถก่อให้เกิดโรคมากมายโดยสามารถแพร่เข้าสู่ถุงลมปอดและกระจายไปในกระแสเลือดนอกจากนั้นยังส่งผลให้เกิดการระคายเคืองของตา จมูก ทางเดินหายใจ จากข้อมูลระบบคลังด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุขจากเขตสุขภาพทั้ง 13 เขตทั่วประเทศไทยชี้ให้เห็นว่าเฉพาะ ปี 2567 มีผู้ป่วยด้วยโรคจากมลพิษทางอากาศกว่า 8.4 ล้านคนส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจและเป็นสาเหตุให้เกิดโรคมะเร็งจากการวิจัยของสถาบันวิจัยมะเร็งนานาชาติ (International Agency Research on Cancer: IARC)[1] ซึ่งก่อให้เกิดภาระโรค (Burden Disease) มีผลกระทบต่อสุขภาวะองค์รวมของประเทศ โดยแหล่งกำเนิดของมลพิษอากาศประเภทฝุ่นละอองขนาดเล็กนั้นมีได้หลากหลายทั้งจากทางธรรมชาติที่ ได้แก่ ไฟป่า เขม่าควันจากการระเบิดของภูเขาไฟหรือแหล่งกำเนิดจากกิจกรรมของมนุษย์ ได้แก่ การเผาพืชผลทางการเกษตร การเผาวัสดุต่าง ๆ การเผาขยะ การจราจรและการขนส่ง นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาจากแหล่งกำเนิดที่พบได้มากและเป็นประจำในทุกๆปี คือ ปัญหามลพิษอากาศจากหมอกควันข้ามแดนระหว่างประเทศ (Transboundary Pollution) ซึ่งพบได้บ่อยในพื้นที่ภาคเหนือและภาคใต้

สำหรับปัญหามลพิษอากาศหมอกควันข้ามแดนที่ส่งผลกระทบต่อภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทยมี มาจากหลายสาเหตุทั้งปัญหาที่เป็นผลจากสภาวะโลกร้อนทำให้เกิดสภาวะแอลนิญโญรุนแรงในพื้นที่เอเชียตะวันออกเฉียงใต้แต่สาเหตุหลักเกิดมาจากไฟป่าและการเผาเพื่อทำการเกษตรที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนมากบนเกาะสุมาตรา และเกาะบอร์เนียว ประเทศอินโดนีเซียเนื่องจากพื้นที่เป็นป่าพรุ แห้ง ทำให้เกิดไฟไหม้เป็นวงกว้างเกิดกลุ่มควันหนาทึบกระจายไปในบรรยากาศซึ่งตรงกับช่วงฤดูมรสุมตะวันตกเฉียงใต้หมอกควันดังกล่าวจึงถูกพัดกระจายไปทั่วประเทศตอนบนของเกาะสุมาตราและเกาะบอร์เนียว ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ ประเทศมาเลเซีย และภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทยเป็นประจำทุกปีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพความแห้งแล้ง ปริมาณน้ำฝน และปริมาณการเผาในพื้นที่ทำการเกษตรของประเทศอินโดนีเซีย[2]

ในส่วนของจังหวัดสตูลซึ่งอยู่ในภาคใต้ตอนล่างนั้นได้รับผลกระทบจากค่าฝุ่นละอองขนาดเล็กในอากาศ จากปัญหาหมอกควันข้ามแดนในช่วงเดือน มิถุนายน – กันยายน โดยในช่วงปี 2562 ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างพบว่าค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ไม่เกินค่ามาตรฐานของประเทศไทย (37.5 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร) ในทุกสถานี ยกเว้นในเดือนกันยายน ปี 2562 ที่เกิดสถานการณ์หมอกควันข้ามแดน มีค่าเกินค่ามาตรฐาน 5 วัน โดยค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมงสูงสุดคือ 69 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร แต่หากพิจารณาตามเกณฑ์ของ WHO ที่แนะนำไม่ควรเกิน 15 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร จะพบว่ามีค่าเกินจากค่าที่ WHO แนะนำไว้หลายช่วงเวลาส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจของประชาชนชาวสตูลโดยจากข้อมูลปี 2562 จากระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุขมีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคระบบทางเดินหายใจถึง 54,513 ราย โดยฉพาะช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายนซึ่งมีปัญหาจากหมอกควันข้ามแดนพบผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจพุ่งสูงถึง 9,577 ราย

จากปัญหาฝุ่น $PM_{2.5}$ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ จังหวัดสตูลมีค่าตรวจวัดระดับความเข้มข้นของฝุ่นประเภทนี้สูงกว่ามาตรฐานและเนื่องจากยังไม่พบการศึกษานี้มากในพื้นที่ภาคใต้ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาว่าระดับความเข้มข้นฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ในจังหวัดสตูลนั้นมีความสัมพันธ์กับโรคระบบทางเดินหายใจจากการรับสัมผัสหมอกควันข้ามแดนหรือไม่โดยหาความสัมพันธ์ตั้งแต่ช่วงก่อน ระหว่าง หลัง รับสัมผัสหมอกควันข้ามแดน การศึกษานี้จะทำให้เห็นผลกระทบจากปัญหาฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ของจังหวัดสตูลอย่างเป็นรูปธรรมซึ่งจะมีประโยชน์ในการวางแผนเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนในพื้นที่ต่อไปในอนาคต

วัตุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเข้มข้นฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ กับจำนวนผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจจากการรับสัมผัสหมอกควันข้ามแดนในพื้นที่จังหวัดสตูล

2. เพื่อวิเคราะห์ความความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเข้มข้นฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ จากการรับสัมผัสหมอกควันข้ามแดนกับจำนวนผู้เข้ามารับการรักษาด้วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจจำแนกตามโรค เพศ กลุ่มอายุ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังของข้อมูลทุติยภูมิ (Survey Research by Retrospective Study)

ประชากรที่ศึกษาและช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกเนื่องจากโรคระบบทางเดินหายใจ ณ โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 1,869 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดสตูลที่มารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกเนื่องจากโรคระบบทางเดินหายใจซึ่งได้แก่ โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง J44.1 J44.8 J44.9 โรคหอบหืด J45.1 J45.2 J45.3 J45.4 J44.2และ โรคจมูกอักเสบ J31.0 J20.9 ซึ่งอยู่ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 และต้องไม่เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาตามใบนัด

เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยที่ไม่ได้มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดสตูลและไม่ได้เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) 2 ประเภท ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลค่าความเข้มข้นของฝุ่นละออง PM2.5 เฉลี่ยรายวัน (ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) ซึ่งรวบรวมจากสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศอัตโนมัติ รหัส 80T ของกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ตั้งอยู่ ณ ศาลากลางจังหวัดสตูล ผ่านเว็บไซต์ www.air4thai.pcd.go.th ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 365 วัน และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งรวบรวมจากฐานข้อมูล HDC (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงเวลาเดียวกัน

2. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ และภูมิลำเนา ข้อมูลการวินิจฉัยโรคตามรหัส ICD-10 ซึ่งครอบคลุมโรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44.1, J44.8, J44.9) โรคหอบหืด (J45.1, J45.2, J45.3, J45.4, J44.2) และโรคจมูกอักเสบ (J31.0, J20.9) รวมทั้งข้อมูลการรับบริการ ได้แก่ วันที่มารับบริการและประเภทการรับบริการ โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดสตูลและมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ไม่ใช่การมาตามใบนัดหมาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษานี้เป็นการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังโดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลค่าความเข้มข้นของมลพิษฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ เฉลี่ยรายวันจำนวน 365 วันในช่วงเวลาวันที่ 1 มกราคม จนถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2562 จาก

สถานตรวจวัด 80T กรมควบคุมมลพิษ ณ ศาลากลางจังหวัดสตูล จากเว็บไซต์ www.air4thai.pcd.go.th และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยนอกด้วยโรคระบบทางเดินหายใจตามเกณฑ์คัดเข้าจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงเวลาวันที่ 1 มกราคม จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการการศึกษาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ Pearson Correlation กำหนดระดับนัยสำคัญที่น้อยกว่า 0.05 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเข้มข้นฝุ่น $PM_{2.5}$ กับอุบัติการณ์การเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ ณ โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล ตั้งวันที่ 1 มกราคม ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2562

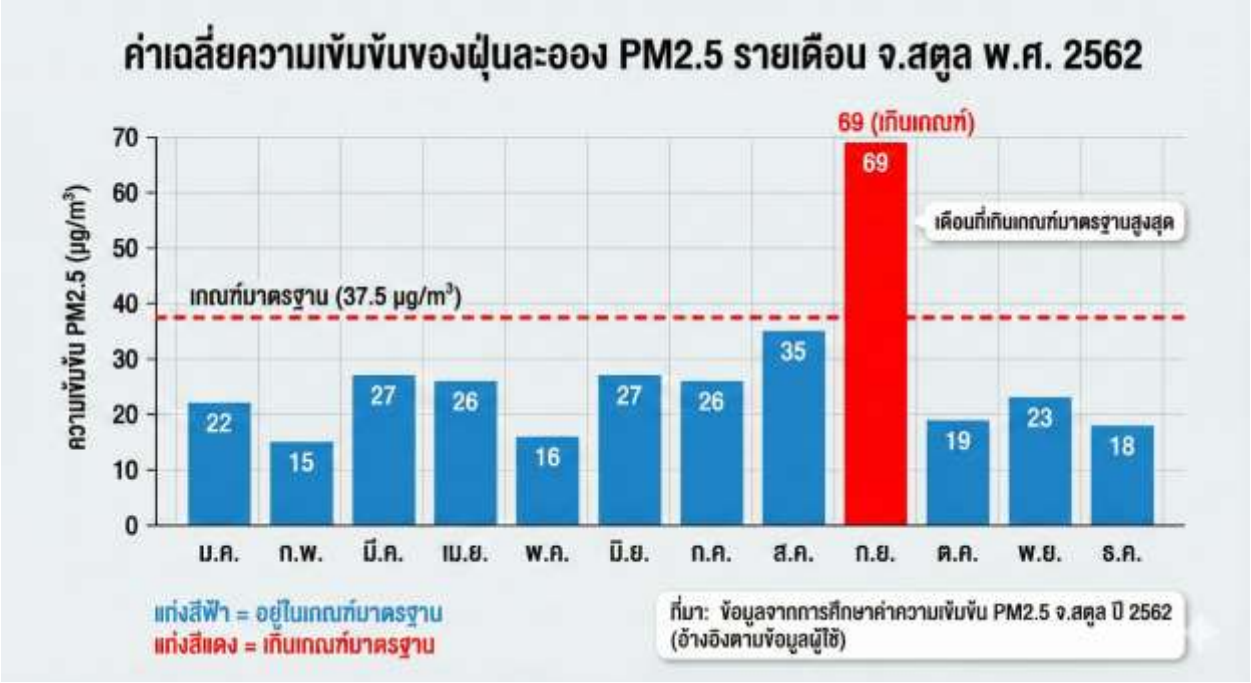
จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ความเข้มข้นของฝุ่นละออง PM2.5 ในจังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2562

จากการศึกษาค่าความเข้มข้นของฝุ่นละออง PM2.5 ตลอดระยะเวลา 365 วัน พบว่า ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของฝุ่นละออง PM2.5 ในจังหวัดสตูล อยู่ที่ 14.23±8.612 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร โดยมีค่าต่ำสุดที่ 3 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร และค่าสูงสุดที่ 69 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร เมื่อพิจารณาในรายเดือนพบว่า เดือนกันยายนมีค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของฝุ่นละออง PM2.5 สูงสุดที่ 69 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพอากาศที่กำหนดไว้ที่ 37.5 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ส่วนเดือนกุมภาพันธ์มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดที่ 15 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (ภาพประกอบ 1)



ภาพประกอบ 1 ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของฝุ่นละออง PM2.5 รายเดือน:

เมื่อจำแนกตามช่วงเวลาการเกิดหมอกควัน พบว่า ในช่วงก่อนมีหมอกควัน (212 วัน) มีค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของฝุ่นละออง PM2.5 อยู่ที่ 13.67±5.23 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ช่วงระหว่างมีหมอกควัน (60 วัน) มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ 22.17±15.38 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร และช่วงหลังหมอกควัน (92 วัน) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดที่ 10.24±4.25 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร โดยพบว่าช่วงระหว่างมีหมอกควันมีความแปรปรวนของค่าความเข้มข้นสูงที่สุด สะท้อนให้เห็นถึงความผันผวนของระดับมลพิษในช่วงดังกล่าว (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าความเข้มข้นของฝุ่นละออง PM2.5 แยกตามช่วงเวลาการศึกษา จังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2562

ช่วงเวลา	จำนวนวัน	ค่าต่ำสุด (μg/m³)	ค่าสูงสุด (μg/m³)	ค่าเฉลี่ย (μg/m³)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ตลอดระยะเวลาการศึกษา	365	3	69	14.23	8.612
ก่อนช่วงมีหมอกควัน	212	3	27	13.67	5.23
ระหว่างช่วงมีหมอกควัน	60	4	69	22.17	15.38
หลังช่วงมีหมอกควัน	92	4	23	10.24	4.25

หมายเหตุ: μg/m³ = ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยนอกโรคระบบทางเดินหายใจ

การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นโรคระบบทางเดินหายใจที่มีกลไกการเกิดโรคเชื่อมโยงกับค่าความเข้มข้นของฝุ่นละออง PM2.5 ได้แก่ โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด และโรคจมูกอักเสบ โดยไม่รวมโรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆ เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งแม้จะมีอัตราความชุกสูง แต่สาเหตุหลักเกิดจากการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย ซึ่งอาจไม่ได้รับผลกระทบจากมลพิษทางอากาศโดยตรง

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมีจำนวนทั้งสิ้น 1,869 ราย มีอายุเฉลี่ย 45.57 ปี พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.49 โดยโรคที่ผู้ป่วยมารับการรักษามากที่สุดคือ โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) คิดเป็นร้อยละ 53.77 รองลงมาคือโรคจมูกอักเสบ ร้อยละ 33.17 และโรคหอบหืด ร้อยละ 13.06 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยนอกโรคระบบทางเดินหายใจ จำแนกตามชนิดโรค โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2562

ตัวแปร	**COPD (n=1,005)**	**หอบหืด (n=244)**	**จมูกอักเสบ (n=620)**	**รวม (n=1,869)**
เพศ				
ชาย	893 (88.85)	97 (39.75)	477 (76.93)	1,467 (78.49)
หญิง	112 (11.15)	147 (60.25)	143 (23.07)	402 (21.51)
กลุ่มอายุ				
≤ 12 ปี	19 (1.89)	91 (37.29)	434 (70.00)	544 (29.11)
13–59 ปี	274 (27.26)	89 (36.47)	113 (18.22)	476 (25.46)
≥ 60 ปี	712 (70.85)	64 (26.24)	73 (11.78)	849 (45.43)
พฤติกรรมการสูบบุหรี่				
สูบ	139 (13.83)	12 (4.91)	33 (5.32)	184 (9.84)
ไม่สูบ	510 (50.74)	219 (89.75)	567 (91.45)	1,296 (69.34)
เคยสูบ	356 (35.43)	13 (5.33)	20 (3.23)	389 (20.82)

เมื่อพิจารณาลักษณะของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรค พบว่ามีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยกลุ่มโรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุมากกว่า 60 ปี และส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน กลุ่มโรคหอบหืดพบได้ทั้งในเพศชายและหญิง โดยกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี และกลุ่มอายุ 13-59 ปี ซึ่งผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนกลุ่มโรคจมูกอักเสบพบมากในเพศชายกลุ่มเด็กที่มีอายุค่อนข้างน้อย และส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความแตกต่างเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าเพศ อายุ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีบทบาทต่อการเกิดและความรุนแรงของโรคระบบทางเดินหายใจทั้งสามกลุ่มที่แตกต่างกัน

จากการวิเคราะห์ผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มข้นฝุ่น$PM_{2.5}$และจำนวนผู้ป่วยนอกด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ (ปอดอุดกั้น, หอบหืด, จมูกอักเสบ) ได้ถูกนำเสนอในภาพรวมและจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มข้นฝุ่น $PM_{2.5}$และจำนวนผู้ป่วยนอกด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ(ปอดอุดกั้น, หอบหืด, จมูกอักเสบ)จำนวน 365 วัน พบว่าผู้ป่วยด้วยกลุ่มโรคหอบหืดและโรคจมูกอักเสบมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=0.260$, $p < 0.001$) และ($r=0.209$, $p < 0.001$) ตามลำดับแสดงให้เห็นว่าค่าความเข้มข้นฝุ่นที่เพิ่มสูงขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยนอกด้วยกลุ่มโรคดังกล่าวที่มาพบแพทย์ด้วยอาการกำเริบของการอักเสบระบบทางเดินหายใจส่วนต้นในขณะที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นแสดงความสัมพันธ์เชิงลบ($r=-0.366$, $p < 0.001$) ซึ่งมีความสัมพันธ์แบบส่วนทางกับค่าความเข้มข้นฝุ่นที่เพิ่มสูงขึ้นเนื่องอาจมีปัจจัยสำคัญอื่นที่ทำให้เกิดโรคในกลุ่มนี้ แสดงดังตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความเข้มข้นฝุ่น $PM_{2.5}$และจำนวนผู้ป่วยนอกด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ(ปอดอุดกั้น, หอบหืด, จมูกอักเสบ) จำแนกตามเพศ ตลอดปี 2562 พบว่าโรคหอบหืดและโรคจมูกอักเสบมีความสัมพันธ์กับค่าความเข้มข้นของปริมาณฝุ่นที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยเพศหญิง($r=0.204$, $p < 0.001$)และ($r=0.294$, $p < 0.001$) ตามลำดับเนื่องจากพฤติกรรมการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยเพศหญิงค่อนข้างสูงในขณะที่โรคปอดอุดกั้นกับระดับความเข้มข้นฝุ่นมีความสัมพันธ์เชิงลบสูงในเพศชาย($r=-0.328$, $p < 0.001$) ซึ่งอาจจะเกิดจากสาเหตุอื่นเช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นต้น แสดงดังตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความเข้มข้นฝุ่น $PM_{2.5}$และจำนวนผู้ป่วยนอกด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ(ปอดอุดกั้น, หอบหืด, จมูกอักเสบ) จำแนกตามกลุ่มอายุ โดยผู้วิจัยจะแยกลักษณะของผู้ป่วยนอกเป็นสามกลุ่มดังนี้ 1.กลุ่มวัยเด็กคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี 2.กลุ่มที่คือกลุ่มวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ คือกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 13-59 ปี 3.กลุ่มวัยสูงอายุ คือกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งจากการศึกษาพบว่า จำนวนของผู้ป่วยกลุ่มวัยเด็กที่มาเข้ารับการรักษาด้วยโรคหอบหืดและโรคจมูกอักเสบมีความสัมพันธ์กับระดับความเข้มข้นของฝุ่น$PM_{2.5}$ ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ ($r=0.205$, $p < 0.001$)และ($r=0.157$, $p < 0.001$)เนื่องจากกลุ่มวัยเด็กเหล่านี้เป็นกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุที่มาเข้ารับการรักษาด้วยโรคหอบหืดและโรคจมูกมีความสัมพันธ์แนวโน้มไปทางบวกแต่ขนาดเล็กเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยวัยเด็ก ในขณะที่ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยโรคปอดอุดกั้นแสดงความสัมพันธ์เชิงลบกับกลุ่มวัยสูงอายุ($r=-0.243$, $p < 0.001$) เนื่องจากกลุ่มวัยดังกล่าวมีความเสี่ยง อาจจะมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการรักษาเป็นแบบผู้ป่วยในเป็นต้น แสดงดังตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความเข้มข้นฝุ่น $PM_{2.5}$และจำนวนผู้ป่วยนอกด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ(ปอดอุดกั้น, หอบหืด, จมูกอักเสบ) จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งทางผู้วิจัยได้แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสูบบุหรี่

กลุ่มไม่เคยสูบบุหรี่ และกลุ่มเคยสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มารับการรักษาด้วยโรคหอบหืดและโรคจมูกอักเสบมีค่าความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับค่าระดับความเข้มข้นฝุ่น $PM_{2.5}$ อย่างมีนัยสำคัญ ($r=0.264$, $p < 0.001$) และ ($r=0.223$, $p < 0.001$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปริมาณที่เพิ่มขึ้นสูงขึ้นของความเข้มข้นฝุ่น $PM_{2.5}$ กระตุ้นอาการให้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการสูบ/เคยบุหรี่ นั้นค่อนข้างมีแนวโน้มความสัมพันธ์กับค่าความเข้มข้นของฝุ่นในทิศทางลบแสดงดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับ PM2.5 กับจำนวนผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ จำแนกตามโรค เพศ อายุ
และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

กลุ่มโรค / เกณฑ์จำแนก	รวมทุกกลุ่ม	**ชาย**	**หญิง**	**≤12 ปี**	**13–59 ปี**	**≥60 ปี**	**สูบ**	**ไม่สูบ**	**เคยสูบ**
โรคปอดอุดกั้น (COPD)	-0.366**	-0.328**	-0.086**	-0.110	-0.127**	-0.243**	-0.101**	-0.202**	-0.173**
โรคหอบหืด (Asthma)	0.260**	0.137**	0.204**	0.205**	0.098**	0.077**	-0.029	0.264**	-0.003
โรคจมูกอักเสบ (Chronic rhinitis)	0.209**	0.041	0.294**	0.157**					

** ความสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปและอภิปรายผล

จังหวัดสตูลนั้นเป็นหนึ่งในจังหวัดที่ได้รับผลกระทบจากหมอกควันไฟป่าซึ่งมาจากต่างประเทศโดยเดือนที่มักได้รับผลกระทบคือเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน ระดับความเข้มข้นของฝุ่น $PM_{2.5}$ จากสถานีตรวจวัดที่ 80T ตั้งอยู่ศาลากลางจังหวัดสตูล พบว่ามีค่าความเข้มข้นของฝุ่นสูงเกินค่าทั้งมาตรฐานของกรมควบคุมมลพิษและองค์การอนามัยโลก เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย[3] ที่ศึกษาในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกได้แก่ จังหวัด ระยอง ชลบุรี และฉะเชิงเทราซึ่งเป็นพื้นที่อุตสาหกรรมขนาดใหญ่ของประเทศ พบว่าระดับความเข้มข้นของฝุ่น $PM_{2.5}$ เฉลี่ย 24 ชั่วโมงของจังหวัดระยองมีค่าใกล้เคียงกันโดยมีค่าเท่ากับ 21.56 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ส่วนการศึกษานี้ระดับความเข้มข้นของฝุ่น $PM_{2.5}$ เฉลี่ย 24 ชั่วโมง อยู่ที่ 14.23 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรทำให้เห็นว่าปัญหามลพิษอากาศไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะพื้นที่อุตสาหกรรมหรือพื้นที่ภาคเหนือเพียงเท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วโดยการศึกษาของ A Lee Mitchell และคณะ[4] ที่รัฐ Oregon ประเทศสหรัฐอเมริกา มีระดับ $PM_{2.5}$ เฉลี่ยรายวันอยู่ที่ 15.8 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถึงแม้มลพิษอากาศอยู่ในระดับที่ต่ำก็อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพได้เช่นกัน

โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเข้มข้นของฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ กับจำนวนผู้มารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกด้วยโรคระบบทางเดินหายใจพบว่ามีความสัมพันธ์กันซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปยาณี กษิรวัฒน และคณะ[5] กล่าวคือเมื่อปริมาณความเข้มข้นของฝุ่นเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น ซึ่งการศึกษาของงานวิจัยนี้ได้ทำการวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามปัจจัยระดับบุคคล คือ แบ่งตามโรคที่มารับการรักษา ได้แก่ โรคปอดอุดกั้น

(COPD),โรคหอบหืด และโรคจมูกอักเสบ แบ่งตามเพศ แบ่งตามกลุ่มอายุ กลุ่มเด็กอายุตั้งแต่ 0-12 ปี ,กลุ่มวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 13-59 ปี,วัยผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปและพฤติกรรมการสูบบุหรี่แบ่งออกเป็น กลุ่มสูบบุหรี่,กลุ่มไม่สูบบุหรี่ และกลุ่มเคยสูบบุหรี่

เมื่อเปรียบเทียบตามการเข้ารับการรักษาด้วยโรคจากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD) ส่วนใหญ่พบในเพศชายที่อยู่ในกลุ่มสูงอายุที่ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิศักดิ์ เด่นดวงใจ[6] และ Gabriel Okello และคณะ[7]อาจเนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่นเช่น การเข้ารับการรักษาในรูปแบบอื่น เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงซึ่งในวันที่ฝุ่นสูงอาการของผู้ป่วยในโรคกลุ่มนี้จะมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นได้มากอาจจะต้องเข้ารักการรักษาตัวในห้องฉุกเฉินหรือรักษาในลักษณะแบบผู้ป่วยใน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงผู้ป่วย COPD โดยเฉพาะผู้สูงอายุ อาจเป็นกลุ่มที่ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตัวเองดีอยู่แล้วเมื่อทราบว่าค่าฝุ่นสูงผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเลือกที่จะไม่ออกไปทำกิจกรรมกลางแจ้ง และดูแลตัวเองเป็นพิเศษ ทำให้ลดโอกาสการสัมผัสฝุ่นและลดการเกิดอาการของโรคส่งผลให้จำนวนการมาโรงพยาบาลลดลงหรือผลกระทบที่ล่าช้าผลกระทบของฝุ่น $PM_{2.5}$ ต่อผู้ป่วยอาจไม่ได้เกิดขึ้นในวันเดียวกันแต่อาจมีผลล่าช้าไป 1-3 วัน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในวันเดียวกันจึงอาจไม่พบความสัมพันธ์เชิงบวก

ในขณะที่จำนวนของผู้ป่วยกลุ่มวัยเด็กที่มาเข้ารับการรักษาด้วยโรคหอบหืดและโรคจมูกอักเสบซึ่งไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับระดับความเข้มข้นของฝุ่น $PM_{2.5}$ ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากกลุ่มวัยเด็กเหล่านี้เป็นกลุ่มเปราะบาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของภัทราภรณ์ ภู่พงษา[8] แสดงว่าเด็กมีโอกาสได้รับฝุ่น $PM_{2.5}$ เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในอนาคตควรมีการปรับปรุงข้อมูลเพื่อเพิ่มความแม่นยำทั้งข้อมูลการรับสัมผัสเช่นข้อมูลระดับมลพิษที่ยาวนานมากขึ้น ใช้โมเดลในการศึกษาหาผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น DLNM ใช้ข้อมูลจากโถงพยาบาลอื่นๆในพื้นที่และเพิ่มข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยในตลอดจนศึกษาผลกระทบของฝุ่นขนาดเล็กต่อโรคระบบหลอดเลือดขยายขอบเขตการศึกษาเพิ่มเพื่อให้เห็นแนวโน้มของผู้ป่วยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer.(2025). List of classifications, agents classified by the IARC Monographs, (Vol 1–124) 2019. [cited 2025 Feb 14]:109. Available from: https://monographs.iarc.fr/list-of- classifications
2. Apichai SUNCHINDAH.(2015). Transboundary haze pollution problem in southeast asia reframing ASEAN's response 2015: 4-6.
3. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2564). ความสัมพันธ์ระหว่างฝุ่นละอองขนาดเล็กกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก และการเสียชีวิตด้วยโรคระบบทางเดินหายใจในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกประเทศไทย. 2564 ;24-36.
4. A Lee Mitchell, Kyle Chapman, Kerry Farris, Pooya Naderi, Ashley Hansen.(2024). A case-crossover analysis to quantify the impact of wildfire smoke on hospital respiratory admissions in the Rogue Valley, Oregon. 2024 ;2-6.

5. ปิยาณี กษิรวัฒน์, ระชา เดชชาญชัยวงศ์, ธรรมสินธ์ อิงวิยะ.(2565). ผลกระทบของหมอกควันข้ามแดนต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนกเนื่องจากโรคระบบทางเดินหายใจและโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในเขตสุขภาพที่ 12. 2565 ;607
6. นายสุทธิศักดิ์ เด่นดวงใจ.(2563). ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ รายวันในอากาศกับการมารับการรักษาด้วยโรคกลุ่ม ระบบทางเดินหายใจและระบบหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลราชบุรี อ.เมือง จ.ราชบุรี. 2563 ;54-61.
7. Gabriel Okello, Rebecca Nantanda, Lambed Tatah, Richard Sserunjogi, Olatunji Johnson, Babatunde Awokola, et al.(2024). Association between ambient air pollution and respiratory health in Kampala, Uganda: Implications for policy and practice. 2024; 6-11.
8. ภัทราภรณ์ ภู่พงษา. ความสัมพันธ์ของฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน และ 2.5 ไมครอน กับข้อมูลสุขภาพของประชาชนจังหวัดสระบุรี.2565 ;131-132

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

ปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Carbohydrate Intake and Related Factors in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus.

(Received: December 7,2025 ; Revised: December 18,2025 ; Accepted: December 31,2025)

มนต์ชนก เพ็ชรแก้ว[1] พรพิมล ชูพานิช[2]
Monchanok Phetkaew Pornpimon Chuphanich

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรูปแบบการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยจำนวน 282 ราย ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลการบริโภคอาหารด้วยแบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง วิเคราะห์หาพลังงานและสารอาหารที่ได้รับด้วยโปรแกรม INMUCAL Version 4.0 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตด้วยสถิติการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับพลังงานทั้งหมดเฉลี่ยที่ 1,244.15 ± 483.35 กิโลแคลอรี่ต่อวัน โดยได้รับปริมาณคาร์โบไฮเดรตเฉลี่ยที่ 177.77 ± 2.79 กรัมต่อวัน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 57.19 ± 10.93 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศหญิง (Coef. Adjusted = -12.92, 95%CI = -23.83 ถึง -2.01, P-value = 0.02) อายุที่เพิ่มขึ้น (Coef. Adjusted = -0.83, 95%CI = -1.65 ถึง -0.012, P-value = 0.047) และระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา (Coef. Adjusted = -23.43,95%CI = -38.75 ถึง -8.12, P-value = 0.03)

คำสำคัญ : คาร์โบไฮเดรต; ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง; ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

A survey research by cross-sectional study aimed to assess carbohydrate intake and related factors in patients with type 2 diabetes. Sample size were conducted among 282 patients attending Ban That Subdistrict Health Promoting Hospital, Phen District, Udon Thani Province. Participants were selected using multi-stage sampling. Dietary intake data were collected through 24-hour dietary recall interviews and analyzed using the INMUCAL Version 4.0 program. Descriptive statistics were used to summarize demographic and dietary data, while multiple linear regression analysis was applied to identify factors associated with carbohydrate intake.

The results showed that participants had a mean total energy intake of 1,244.15 ± 483.35 kilocalories per day and a mean carbohydrate intake of 177.77 ± 2.79 grams per day, accounting for 57.19 ± 10.93% of total energy intake. Factors significantly associated with lower carbohydrate intake included being female (Adjusted Coefficient = -12.92, 95% CI: -23.83 to -2.01, P = 0.02), older age (Adjusted Coefficient = -0.83, 95% CI: -1.65 to -0.012, P = 0.047), and education level higher than secondary school (Adjusted Coefficient = -23.43, 95% CI: -38.75 to -8.12, P = 0.03).

Keywords: carbohydrate; associated factors; type 2 diabetes mellitus patients

[1] ส.ม.หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] ส.ด.สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข ส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น Corresponding author

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจำนวน 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มเป็น 643 ล้านคน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอัตราผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] ในประเทศไทย พบว่า ประมาณ 1 ใน 10 ของประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นประมาณ 100,000 คนต่อปี และมีเพียง1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในประเทศสูงถึง 200 คนต่อวัน[2] เป้าหมายสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวาน คือ การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต โดยมี 2 แนวทางหลัก ได้แก่ การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมอาหาร โดยเฉพาะการบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต[3] การบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมีผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาแนะนำว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 45-60 ของปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อวัน หรืออย่างน้อย130 กรัมต่อวัน ขณะที่ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยแนะนำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรเลือกบริโภคคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ผัก ธัญพืชไม่ขัดสี ลดการเติมน้ำตาลและหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวานและน้ำผลไม้[4,5]

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การจำกัดคาร์โบไฮเดรตให้อยู่ในช่วง 50–130 กรัมต่อวัน สามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C; HbA1c) ได้ภายใน 6 เดือน[6] และยังพบว่าการลดปริมาณหรือจำกัดการบริโภคคาร์โบไฮเดรตเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ลดการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และช่วยปรับปรุงภาวะเสี่ยงด้านเมตาบอลิซึมได้[7] อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังคงบริโภคคาร์โบไฮเดรตในปริมาณที่สูง จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า มีการบริโภคคาร์โบไฮเดรตเฉลี่ย 252.02 ± 52.58 กรัมต่อวัน คิดเป็นสัดส่วนการบริโภคมากกว่าร้อยละ 50 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน[8] และจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีการบริโภคคาร์โบไฮเดรตเฉลี่ย 405.04 กรัมต่อวัน หรือประมาณร้อยละ 65.59 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน โดยพลังงานส่วนใหญ่มาจากข้าว แป้งและผลิตภัณฑ์จากแป้ง[9] นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่บริโภคข้าวขัดขาวเป็นหลัก โดยมีความถี่ในการบริโภคทุกวันสูงถึงร้อยละ 62.6[10] จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ อาชีพ ความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การเข้าถึงแหล่งอาหาร การสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค [11,12]

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี พบว่ามีเพียงร้อยละ 25.06 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี [13] และในพื้นที่นี้ยังไม่เคยมีการศึกษาปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาก่อน ดังนั้น การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการดูแลและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุ เ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Survey research by Cross - sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 833 คน[13] คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบจำนวนประชากร[14] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 282 คน มีเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ ผู้ที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทานเพียงอย่างเดียว ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยในขั้นแรกแบ่งพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ออกเป็น 13 หมู่บ้าน จากนั้นสุ่มเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนประชากร โดยเรียงรายชื่อผู้ป่วยตามอายุจากน้อยไปหามาก แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามช่วงของการสุ่ม (systematic sampling) จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 282 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง น้ำตาลสะสมในเลือด ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรต จำนวน 15 ข้อ คำตอบให้เลือกตอบใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน หลังจากนั้นพิจารณาแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom (1975)[15] ดังนี้ ระดับมาก (ร้อยละ 80 – 100) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) ระดับน้อย (ร้อยละ 0 – 59)

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรตต่อโรคเบาหวาน จำนวน 7 ข้อ และการรับรู้ต่ออุปสรรคในการบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต จำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบมาตรวัดลิเคิร์ท (Likert rating scales) ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยปานกลาง และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามเชิงบวกเรียงคะแนนเป็น 3 2 1 ตามลำดับ หากเป็นข้อคำถามเชิงลบ คะแนนจะกลับเป็น 1 2 3 ตามลำดับ หลังจากพิจารณาจัดเป็นระดับ 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยแบ่งช่วงคะแนนตามเกณฑ์ของ Best (1977)[16] คือ (คะแนนสูงสุด -คะแนนต่ำสุด) / 3

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลังใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ประกอบด้วยมื้ออาหาร เวลาที่รับประทาน เมนูและส่วนประกอบของอาหาร โดยการเก็บข้อมูล 3 วัน ได้แก่ วันธรรมดา 2 วัน และวันหยุด 1 วัน

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์หาดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of objective-item congruence) ซึ่งอยู่ในช่วง 0.8 – 1.0 หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ วัดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ 0.83 และตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบทดสอบความรู้ โดยใช้สูตรคูเดอร์และริชาร์ดสัน 20 (Kuder–Richardson Formula 20: KR-20) ได้ค่าที่ 0.86 แสดงว่าแบบสัมภาษณ์อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2567 โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การเตรียมการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อขอหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านธาตุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จากนั้นนำหนังสือดังกล่าวเข้าพบผู้ใหญ่บ้านและแกนนำชุมชนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของการเก็บข้อมูล และขออนุญาตเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

2. วิธีการเก็บข้อมูล

2.1 การวัดสัดส่วนร่างกาย ชั่งน้ำหนักตัวด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักอัตโนมัติแบบดิจิทัล โดยให้ผู้ถูกวัดอยู่ในสภาวะที่ยังไม่รับประทานอาหาร ถอดเสื้อผ้าหนาและรองเท้าออก บันทึกค่าน้ำหนักด้วยความละเอียดทศนิยม 1 ตำแหน่ง สำหรับการวัดส่วนสูง ให้ผู้ถูกวัดยืนตรงบนเครื่องวัดส่วนสูงโดยไม่สวมรองเท้า ตามองตรงไปข้างหน้า แขนทั้งสองแนบข้างลำตัว บันทึกค่าส่วนสูงด้วยความละเอียดทศนิยม 1 ตำแหน่ง นำค่าน้ำหนักและส่วนสูงที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) จากสูตร: น้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตร) ยกกำลังสอง

2.2 การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่เพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 30–45 นาที เก็บข้อมูลตามเครื่องมือวิจัยส่วนที่ 1 ถึงส่วนที่ 3 สำหรับการบริโภคอาหาร เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง (24-hour Dietary Recall) โดยเก็บข้อมูลทั้งหมด 3 วัน ได้แก่ วันธรรมดา 2 วัน และวันหยุด 1 วัน สัมภาษณ์ครั้งแรกที่ รพ.สต.บ้านธาตุในวันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามที่คลินิกโรคเบาหวาน และสัมภาษณ์อีก 2 ครั้งในวันเวลาและสถานที่ที่สะดวกแก่ผู้ป่วย เช่น ที่บ้านหรือทางโทรศัพท์ ในระหว่างการสัมภาษณ์ ใช้อุปกรณ์ชั่งตวงวัด ได้แก่ ช้อนกินข้าว ทัพพี และถ้วยตวง เพื่อประมาณปริมาณอาหารที่รับประทาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลการบริโภคอาหารที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์หาปริมาณพลังงานและสารอาหารโดยใช้โปรแกรม INMUCAL-N Version 4.0 ของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป แบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตด้วยสถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression) นำเสนอผลด้วยค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยที่ปรับแล้ว (Adjusted Coefficient) และช่วงเชื่อมั่น 95% (95% Confidence Interval; 95% CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE672033 รับรอง ณ วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 282 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 มีอายุเฉลี่ย 55.4 ปี (S.D = 9.2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 38.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 87.6

มีภาวะโภชนาการปกติหรือดัชนีมวลกาย 18.5 – 22.9 กก./ ตร.ม. ร้อยละ 39.7 มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มากกว่า 7 mg% ร้อยละ 45.1 เกินครึ่งหนึ่งมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (DTX) มากกว่า 130 mg/dL ขึ้นไป ร้อยละ 58.9 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 72.7 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่พบส่วนใหญ่ คือ เบาหวานขึ้นตา ร้อยละ 83 และกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพียงโรคเดียวไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 63.1

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรต การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ต่ออุปสรรคในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.0 ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.4 และการรับรู้ต่ออุปสรรคในการบริโภคคาร์โบไฮเดรตระดับปานกลาง ร้อยละ 76.6

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรต การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ต่ออุปสรรคในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต (**n** = 282 คน)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	**ระดับสูง**
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรต	104 (36.9)	155 (55.0)	23 (8.1)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรต	6 (5.3)	60 (21.3)	216 (73.4)
การรับรู้ต่ออุปสรรคในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต	48 (17.0)	216 (76.6)	18 (6.4)

พลังงานและสารอาหารที่ได้รับของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างบริโภคปริมาณคาร์โบไฮเดรตมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 177.77 กรัม/วัน (S.D = 2.79) หรือคิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ 57.19 (S.D = 10.93) ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน โดยได้รับปริมาณน้ำตาลเท่ากับ 19.98 กรัม/วัน (S.D = 1.16) แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่าง (n = 282 คน)

พลังงานและสารอาหาร	**ปริมาณที่ได้รับ (Mean ± SD.)**	**สัดส่วนหรือร้อยละที่ได้รับ (Mean ± SD.)**
พลังงานทั้งหมดที่ได้รับ (กิโลแคลอรี่)	1,244.15 ± 483.35	-
คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	177.77 ± 2.79	57.19 ± 10.93
โปรตีน (กรัม)	59.27 ± 4.34	19.07 ± 5.47
ไขมัน (กรัม)	32.78 ± 1.18	23.73 ± 9.53
น้ำตาล (กรัม)	19.98 ± 1.16	-

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษา พบว่า เพศหญิงมีโอกาสบริโภคปริมาณคาร์โบไฮเดรตลดลงเมื่อเทียบกับเพศชาย (Coef. Adjusted = -12.92, 95%CI = -23.83 ถึง -2.01, P-value = 0.02) อายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสบริโภคปริมาณคาร์โบไฮเดรตลดลง (Coef. Adjusted = -0.83, 95%CI = -1.65 ถึง -0.012, P-value = 0.047) ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นมีโอกาสบริโภคปริมาณคาร์โบไฮเดรตลดลง (Coef.

Adjusted = -23.43, 95%CI = -38.75 ถึง -8.12, P-value = 0.03) ขณะที่ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรต การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคคาร์โบไฮเดรตต่อโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดย Multiple linear regression

ปัจจัย	coefficients			P-value
	Unadjusted	Adjusted	95%CI	
เพศ				0.02
ชาย	Ref.	Ref.	Ref.	
หญิง	-12.93	-12.92	-23.83 ถึง -2.01	
อายุ	0.0038	-0.83	-1.65 ถึง -0.012	0.047
ระดับการศึกษา				0.03
ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	Ref.	Ref.	Ref.	
ตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป	-12.29	-23.43	-38.75 ถึง -8.12	
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรต	0.17	0.21	-1.43 ถึง 1.86	0.797
การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรับรู้อุปสรรคในการบริโภคคาร์โบไฮเดรต	0.31	0.34	-0.86 ถึง 1.53	0.581

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการบริโภคคาร์โบไฮเดรตเฉลี่ย 177.77 ± 2.79 กรัมต่อวัน คิดเป็นสัดส่วนคาร์โบไฮเดรตเฉลี่ยร้อยละ 57.19 ± 10.93 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางสากลทั่วไปที่แนะนำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานบริโภคคาร์โบไฮเดรตในช่วงสัดส่วนร้อยละ 45–60 ของพลังงานทั้งหมดต่อวัน [17] เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของสุธินีย์ เขียวดี และบำเหน็จ แสงรัตน์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีการบริโภคคาร์โบไฮเดรตเฉลี่ยสูงกว่าคือ 252.02 ± 52.58 กรัม/วัน และพบว่าสัดส่วนการบริโภคคาร์โบไฮเดรตสูงกว่าที่ควรได้รับ (มากกว่าร้อยละ 50)[8] นอกจากนี้ การศึกษาแบบอภิมานวิเคราะห์เชิงปริมาณ (a quantitative assessment and meta-analysis of the evidence) แนะนำว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานควรตั้งเป้าหมายการได้รับพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 55 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน เพื่อการจัดการโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ[17] อย่างไรก็ตาม แม้ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการศึกษาครั้งนี้โดยรวมจะอยู่ในช่วงที่แนะนำ แต่จากศึกษาอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่กลุ่มตัวอย่างบริโภคส่วนใหญ่จะเป็นข้าวเหนียวมากกว่าข้าวจ้าว ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้น การติดตามปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตร่วมกับการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้ การวางแผนการบริโภคอาหารที่เน้นลดการบริโภคปริมาณคาร์โบไฮเดรตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และเน้นเลือกรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ธัญพืชไม่ขัดสี ผัก และผลไม้ที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ อาจช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว และส่งเสริมการ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา โดยพบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มบริโภคคาร์โบไฮเดรตน้อยกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Coef. Adjusted = -12.92, 95% CI = -23.83 ถึง -2.01, P-value = 0.02) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของภัสราภรณ์ ทองภูธรณ์และสุวลี โล่วิรกรณ์ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพศชายมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่าเพศหญิง 3.69 เท่า (95% CI=1.15-13.59)[18] และสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ชายมีแนวโน้มบริโภคพลังงานรวมและสารอาหารหลักในปริมาณที่สูงกว่าผู้หญิง โดยเฉพาะกลุ่มอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต[19] ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความตระหนักด้านสุขภาพของผู้หญิงที่มักใส่ใจเรื่องอาหารมากกว่า จึงทำให้มีแนวโน้มควบคุมปริมาการบริโภคคาร์โบไฮเดรตได้ดีกว่าผู้ชาย ปัจจัยด้านอายุ พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่ลดลง (Coef. Adjusted = -0.83, 95% CI = -1.65 ถึง -0.012, P-value = 0.047) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการบริโภคคาร์โบไฮเดรตเฉลี่ย 405.04 กรัมต่อวัน หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 65.59 ของพลังงานทั้งหมด[9] จากผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าอายุเพิ่มขึ้นการบริโภคคาร์โบไฮเดรตลดลง อาจเนื่องมาจากเมื่ออายุมากขึ้น ความต้องการพลังงานโดยรวมจะลดลง ส่งผลให้ปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตลดลงด้วย นอกจากนี้ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้มบริโภคคาร์โบไฮเดรตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Coef. Adjusted = -23.43, 95% CI = -38.75 ถึง -8.12, P-value = 0.03) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษาสูงมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [20] ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะเข้าถึงความรู้ด้านโภชนาการได้มากกว่า และสามารถตีความคำแนะนำด้านโภชนาการได้ดีกว่า [21] และผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงกว่า ทำให้สามารถเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพที่หลากหลายมากขึ้น รวมถึงอาหารที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ [22] อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรต การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรคในการบริโภคคาร์โบไฮเดรตไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัสราภรณ์ ทองภูธรณ์และสุวลี โล่วิรกรณ์ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเบาหวานกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้[18]

ดังนั้น ในการวางแผนเพื่อหาแนวทางหรือมาตรการเกี่ยวกับโภชนบำบัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรพิจารณาปัจจัยเฉพาะบุคคล เช่น เพศ อายุ และระดับการศึกษา เพื่อให้สามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และควรมีการติดตามการประเมินปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรต เช่น การนับคาร์โบไฮเดรต รวมถึงการติดตามประเมินระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับแนวทางการดูแลให้เหมาะสมและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการวางแผนโภชนบำบัดเฉพาะบุคคลตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยเพศชาย ผู้ป่วยวัยทำงาน และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ

1.2 ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกบริโภคคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ธัญพืชไม่ขัดสี แทนข้าวเหนียวและข้าวขัดขาว เพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

1.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีระบบติดตามและประเมินปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างสม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าวเหนียว ข้าวจ้าว และข้าวกล้อง กับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.2 ควรศึกษาแบบยาวตามเพื่อประเมินผลกระทบของปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

2.3 ควรทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมแทรกแซงในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยเน้นผู้ป่วยเพศชาย ผู้ป่วยวัยทำงาน และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ

เอกสารอ้างอิง

1.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2566). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ [อินเทอร์เน็ต]. ค้นเมื่อ 3 ธ.ค. 2566. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/

2.ธนรัตน์ เขียวลายเลิศ.(2566). ‘เบาหวาน’ ฆ่าคนไทยวันละ 200 ศพ 50% ของผู้ป่วยไม่รู้ตัว เพราะหมอไม่กล้าบอก แพทย์แนะ ‘เจาะเลือด’ หลังกินข้าว จะเห็น ‘ระดับน้ำตาล’ จากมื้ออาหารได้ชัด [อินเทอร์เน็ต]. ค้นเมื่อ 3 ธ.ค. 2566. เข้าถึงได้จาก: https://www.thecoverage.info/news/content/4214

3.American Diabetes Association.(2017). Diabetes Care [อินเทอร์เน็ต]. 2017. เข้าถึงเมื่อ 14 มิ.ย. 2565. เข้าถึงได้จาก: https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/sup-pl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf

4.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.(2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย; 2560.

5.American Diabetes Association.(2022). Standards of Medical Care in Diabetes 2022. Diabetes Care. 2022;45(1):S63–S65.

6.McArdle PD, Greenfield SM, Rilstone SK, Narendran P, Haque MS, Gill PS.(2019). Carbohydrate restriction for glycaemic control in Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabet Med. 2019;36(3):335–48.

7.Feinman RD, Pogozelski WK, Astrup A, Bernstein RK, Fine EJ, Westman EC, et al.(2015). Dietary carbohydrate restriction as the first approach in diabetes management: Critical review and evidence base. Nutr. 2015;31(1):1–13.

8.สุธินีย์ เขียวดี, บำเหน็จ แสงรัตน์.(2563). การบริโภคคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่เวชสาร. 2563;59(4):227–39.

9.วินัฐ ดวงแสนจันทร์, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์, ณัฐพงศ์ โฆษชุณหนันท์.(2565). การบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2565;49(3):122–33.

10.จงรัก ทองน้อย.(2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2560;14(1):11–22.

11.ศิริพร นิธิวัฒน์, สุปรียา ตันสกุล, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามี.(2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. 2558.

12.ดวงหทัย แสงสว่าง, อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, นิลาวรรณ งามขำ.(2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ. 2561.

13.Health Data Center: HDC จังหวัดอุดรธานี.(2565). ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. ค้นเมื่อ 5 ต.ค. 2565. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/hdc/main/

14.ณัฐพงศ์ โฆษชุณหนันท์.(2556). ตำราการป้องกันและรักษาโรคเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ร้านทริคธิงค์; 2556.

15.อรพิณท์ ฟักแฟง.(2565). วิเคราะห์ปัจจัยเพื่อทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบางกระดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2565;7(2):พ.ค.–ส.ค.

16.เนตรนภา อิ่มสาราญ, ธีรศักดิ์ พาจันทร์, สุพัฒน์ อาสนะ.(2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามรูปแบบการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. 2566;36(1):1–18.

17.Anderson JW, Randles KM, Kendall CW, Jenkins DJ.(2004). Carbohydrate and fiber recommendations for individuals with diabetes: a quantitative assessment and meta-analysis of the evidence. J Am Coll Nutr. 2004;23(1):5–17.

18.ภัสราภรณ์ ทองภูธรณ์, สุวลี โล่วิรกรณ์.(2563). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563;13(1):23–32.

19.Bennett E, Peters SAE, Woodward M.(2018). Sex differences in macronutrient intake and adherence to dietary recommendations: findings from the UK Biobank. BMJ Open. 2018;8(4):e020017.

20.Schwingshackl L, Hoffmann G, Lampousi AM, Knüppel S, Iqbal K, Schwedhelm C, et al.(2018). Foodngroups and risk of type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. Eur J Epidemiol. 2018;32(5):363–75.

21.จิระเดช ทองเรือง.(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 2565;2(2):40–54.

22.Drewnowski A, Rehm CD.(2015). Socioeconomic gradient in diet quality translates into differences in longevity. Proc Natl Acad Sci U S A. 2015;112(27):8501–6.

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต

A Quality of Life Enhancement Model and Its Effects on Clinical Outcomes in End-Stage Renal Disease Patients Not Receiving Renal Replacement Therapy.

(Received: December 9,2025 ; Revised: December 21,2025 ; Accepted: December 23,2025)

นิภา สุทธิพันธ์[1] ญาณิพิชย์ เพชรรามพะเนาว์[2] และปัณณทัต บนขุนทด[2]
Nipar Suttipun[1] ,Yanipit Pechrampanao[2] and Punnathut Bonkhunthod[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และประเมินผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนาร่วมกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็นสามระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 และญาติผู้ดูแลจำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทางเลือกการรักษา แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบฟอร์มการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และแบบบันทึกตัวชี้วัดทางคลินิก การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ประกอบด้วยการให้ความรู้เฉพาะราย การสื่อสารเป้าหมายการรักษา การสนับสนุนการตัดสินใจ และการติดตามต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับทางเลือกการรักษาที่เหมาะสมมากขึ้น สามารถกำหนดเป้าหมายการรักษาในระยะท้ายได้ชัดเจน คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นหลังทดลองใช้รูปแบบ และตัวชี้วัดทางคลินิกหลายรายการ เช่น ความดันโลหิตและอาการรบกวนจากโรค มีแนวโน้มดีขึ้น นอกจากนี้การสัมภาษณ์เชิงลึกสะท้อนว่าผู้ป่วยรู้สึกมีพลังในการใช้ชีวิตมากขึ้น ลดความกังวลเกี่ยวกับการรักษา และได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมจากทีมสหวิชาชีพ
คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพชีวิต; ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย; การดูแลแบบประคับประคอง; การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

Abstract

This study aimed to develop a quality of life enhancement model for end-stage renal disease (ESRD) patients who are not receiving renal replacement therapy, and to evaluate its effects on clinical outcomes and overall quality of life. A Research and Development approach integrated with participatory action research was applied in three phases: situation analysis, development of an Advance Care Planning (ACP) model, and implementation with evaluation. The sample consisted of 30 ESRD patients and their primary caregivers, purposively selected. Research instruments included demographic questionnaires, a knowledge assessment on treatment options, a quality-of-life assessment tool, an ACP form, and clinical outcome recording sheets. Quantitative data were collected before and after the intervention; qualitative data were obtained through in-depth interviews and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results indicated that the developed model—which comprised individualized education, goal-of-care communication, shared decision-making support, and continuous follow-up—enhanced patient

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา Corresponding Author: Yanipit Pechrampanao E-mail address: yanipit.p@nrru.ac.th

knowledge regarding treatment options, clarified end-of-life care goals, and improved overall quality of life. Several clinical indicators, such as blood pressure and symptom burden, also showed improvement after the intervention. Qualitative findings revealed that patients experienced enhanced self-empowerment, reduced treatment-related anxiety, and perceived holistic support from the multidisciplinary team.
Keywords: Quality of life, End-stage renal disease, Palliative care, Advance care planning

บทนำ

โรคไตเรื้อรังยังคงเป็นภาระด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในสัดส่วนสูง เมื่อพิจารณาจากรายงานสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2567 ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่จำนวน 773,000 คน จากประชากรที่ได้รับการตรวจคัดกรอง 3.93 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.69 ของผู้เข้ารับการคัดกรองทั้งหมด[1] มาตรการสำคัญในการควบคุม และจัดการโรคประกอบด้วยการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การจำกัดอาหารเค็ม รวมถึงมาตรการต่อภาคอุตสาหกรรมอาหาร เช่น การพิจารณาเก็บภาษีโซเดียมเพื่อช่วยลดปริมาณการบริโภคในระดับประชากร[1] ขณะเดียวกัน นโยบายใหม่ที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้ตามความเหมาะสม ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่เลือกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นและความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ[1]

แม้ว่าวิธีการบำบัดทดแทนไตจะช่วยให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ขั้นตอนการรักษามักมาพร้อมความทุกข์ทรมานจากโรค และภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[2] งานวิจัยของ กุมาลีพร ตรีสอน[2] ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งแบบฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าการมีอายุยืนยาวขึ้นไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเสมอไป การเจ็บป่วยเรื้อรัง และความทุกข์จากการรักษายังอาจสร้างความเปราะบางทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย และครอบครัว นำไปสู่การตายที่ไม่สงบหรือไม่เป็นไปตามธรรมชาติของวงจรชีวิต ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองจึงมีบทบาทสำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมุ่งช่วยลดความทุกข์ทรมาน รักษาคุณภาพชีวิต และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญระยะท้ายของชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี โดยคำนึงถึงคุณค่า ความต้องการ และเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว[3]

ปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคองถือเป็นทางเลือกสำคัญสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในรายที่โรคมีความรุนแรง และคาดว่ามีระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่จำกัด การดูแลรูปแบบนี้มุ่งลดอาการรบกวน ความไม่สุขสบาย และภาวะแทรกซ้อนจากโรค พร้อมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยไม่ใช้การบำบัดทดแทนไต การดูแลต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของคุณค่า ความต้องการ และเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว[4] นอกจากนี้ การศึกษาของ ทินเทวัญ พุทธลา[4] พบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต พบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การให้ความรู้เฉพาะรายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินอาการและคุณภาพชีวิตอย่างสม่ำเสมอ การติดตามอาการรายเดือน การรักษาตามปัญหาที่พบ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและการให้คำปรึกษาผ่านระบบ Telemedicine กระบวนการดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น มีพลังใน

การดำเนินชีวิต และได้รับการดูแลที่เป็นศูนย์กลางบนพื้นฐานความใส่ใจและทักษะของทีมสหวิชาชีพ อีกทั้งการนำข้อมูลการดูแลมาทบทวนร่วมกับแพทย์เฉพาะทางยังส่งเสริมประสิทธิภาพของระบบบริการโดยรวม ส่งผลให้รูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงและมีความเหมาะสม ช่วยยกระดับคุณภาพระบบบริการคลินิกโรคไตวายเรื้อรัง โดยเฉพาะด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รักษาแบบไม่ฟอกไต

แม้ว่าการบำบัดทดแทนไตจะช่วยยืดอายุผู้ป่วย แต่กระบวนการรักษามักสร้างความทุกข์ทรมาน และทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเลือกที่จะไม่รับการฟอกไต จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ เพื่อคงคุณภาพชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อน งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การดูแลแบบองค์รวม และการติดตามต่อเนื่องสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีชีวิตที่ดีขึ้น แต่ยังขาด “รูปแบบการดูแลที่เป็นระบบ และประเมินผลทางคลินิกชัดเจน” ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปใช้จริงเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในบริบทชุมชน รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และเอื้อต่อการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคอง ทั้งด้านทางเลือกการรักษา คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ (Model Development) และการประเมินผลเชิงก่อน–หลังการใช้รูปแบบ (Pre-Post Intervention Study) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Model Development: ACP Model) และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล (Implementation & Evaluation)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (End-Stage Renal Disease: ESRD) ซึ่งยังไม่เคยได้รับการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดทดแทนไต และเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง โดยผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอยู่ในระยะของโรคที่มีความซับซ้อนสูง และจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาผลของรูปแบบการดูแลหรือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในบริบทชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ร่วมกับญาติผู้ดูแลหลัก จำนวนทั้งสิ้น 30 ราย ซึ่งเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากข้อมูลเวชระเบียน ประกอบกับการ

ประเมินและข้อเสนอแนะของแพทย์หรือพยาบาลประจำคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD clinic) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และสามารถสะท้อนผลลัพธ์ของการดูแลได้อย่างเหมาะสมในบริบทของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ต้องเป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและเพิ่มความถูกต้องของผลการศึกษา โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 โดยมีอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate: eGFR) น้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ซึ่งสะท้อนถึงภาวะไตเสื่อมระยะสุดท้ายตามเกณฑ์มาตรฐานทางคลินิก

2. ยังไม่ได้เริ่มต้นการบำบัดทดแทนไตทุกรูปแบบ ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะสภาวะสุขภาพพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน

3. มีความสามารถในการสื่อสาร เข้าใจคำถาม และให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้ด้วยตนเอง หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้โดยตรง ต้องมีญาติหรือผู้ดูแลหลักที่ใกล้ชิดซึ่งสามารถให้ข้อมูลแทนได้อย่างครบถ้วนและน่าเชื่อถือ

4. แสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ภายหลังได้รับการอธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

เพื่อป้องกันปัจจัยรบกวนที่อาจส่งผลต่อความถูกต้องของข้อมูลและผลการวิจัย ผู้ป่วยจะถูกคัดออกจากการศึกษา หากมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

1. มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือภาวะทางการแพทย์ที่รุนแรง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารหรือการให้ข้อมูล เช่น ภาวะหมดสติ หรืออยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

2. มีความบกพร่องทางการรับรู้ ความจำ หรือภาวะสมองเสื่อมในระดับที่ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม และไม่มีญาติหรือผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูลแทนได้

3. ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือแสดงความประสงค์ถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการดำเนินการศึกษา ทั้งนี้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างครอบคลุม โดยเครื่องมือวิจัยประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้รวบรวมลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง อันเป็นข้อมูลสำคัญในการอธิบายบริบทด้านสังคมและสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะของโรคไตตามค่าประมาณอัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) และโรคร่วมที่สำคัญ ข้อมูลดังกล่าวช่วยให้สามารถวิเคราะห์ความแตกต่างของผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกตามลักษณะประชากร รวมถึงใช้เป็นข้อมูลควบคุมในการอธิบายผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทางเลือกการรักษาโรคไตวายระยะสุดท้าย แบบประเมินนี้ใช้ในการประเมินระดับความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคไตวายระยะสุดท้าย โดยครอบคลุมทางเลือกหลัก ได้แก่ การ

ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการดูแลแบบประคับประคอง เนื้อหาของแบบประเมินมุ่งเน้นข้อดี ข้อจำกัด ขั้นตอนการรักษา ภาระการดูแล และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว เครื่องมือนี้มีบทบาทสำคัญในการสะท้อนความพร้อมของผู้ป่วยในการรับรู้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่าและเป้าหมายชีวิต ซึ่งเป็นกลไกหลักของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตในงานวิจัยนี้

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย การประเมินคุณภาพชีวิตใช้เครื่องมือที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก เช่น WHOQOL-BREF[5] หรือเครื่องมือเฉพาะโรค ได้แก่ KDQOL[6] ซึ่งเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย เครื่องมือดังกล่าวครอบคลุมหลายมิติ ได้แก่ สภาวะทางกาย สภาวะทางจิตใจ อาการและภาระจากโรค ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวม[5] การใช้แบบประเมินนี้ช่วยให้สามารถสะท้อนผลลัพธ์โดยตรงของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มุ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคองและการคำนึงถึงคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

4. แบบบันทึกการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP Form) แบบบันทึกการวางแผนการดูแลล่วงหน้าพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดการสื่อสารเชิงกระบวนการของ Sudore และคณะ[7] ซึ่งเน้นการพูดคุยอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลในระยะท้ายของชีวิต เครื่องมือนี้ใช้บันทึกความต้องการ ค่านิยม และการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลในอนาคต โดยเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เชื่อมโยงการเสริมสร้างอำนาจในการตัดสินใจของผู้ป่วยกับผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก

5. แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกใช้สำหรับเก็บข้อมูลตัวชี้วัดด้านสรีรวิทยาที่สำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ ค่า eGFR ระดับครีอะตินิน ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ค่า Hematocrit และระดับโพแทสเซียมในเลือด ตัวชี้วัดเหล่านี้สะท้อนความรุนแรงของโรค การควบคุมอาการ และความมั่นคงทางคลินิกของผู้ป่วย ซึ่งนำมาใช้ในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกควบคู่กับผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต เพื่อแสดงให้เห็นผลของรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นรูปธรรม

6. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามสนทนากลุ่ม การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ เครื่องมือนี้มุ่งสำรวจประสบการณ์ ความรู้สึก มุมมอง และการรับรู้ต่อการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ช่วยอธิบายและสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณ ทำให้เข้าใจกลไกการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกภายใต้รูปแบบการพัฒนาที่นำเสนอได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) การพัฒนาเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้มุ่งให้ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งประกอบด้วยมิติด้านความรู้ การตัดสินใจทางการรักษา และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามและแบบประเมินทุกฉบับเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไต การดูแลแบบประคับประคอง และการวิจัยทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษา การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา

ดำเนินการโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามต่อวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับที่ค่าคะแนนตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผลการประเมินพบว่าเครื่องมือวิจัยทุกฉบับมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 สะท้อนให้เห็นว่าเนื้อหาของข้อคำถามมีความเหมาะสม ครอบคลุม และสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายอย่างชัดเจน

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability Testing) ภายหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้รวมอยู่ในการศึกษาหลัก เพื่อประเมินความสม่ำเสมอของการวัดในบริบทการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคไตวายระยะสุดท้ายและทางเลือกการรักษา ได้รับการประเมินค่าความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.78 แสดงถึงความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้ ส่วนแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.85 ซึ่งบ่งชี้ถึงความเที่ยงในระดับดี สำหรับแบบสัมภาษณ์แนวคิดและกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้มีความน่าเชื่อถือและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการวิจัย

3. การปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง จากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับผลการทดสอบนำร่อง ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยในหลายประเด็น ได้แก่ การปรับถ้อยคำให้สอดคล้องกับบริบทชีวิตและประสบการณ์ของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ลดความซับซ้อนทางวิชาการ และหลีกเลี่ยงถ้อยคำที่อาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการตีความ นอกจากนี้ยังมีการปรับลำดับคำถามให้มีความต่อเนื่องและสอดรับกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามรูปแบบที่นำเสนอ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกผ่านการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะการพัฒนารูปแบบ และระยะการทดลองใช้และประเมินผล ซึ่งผสานแนวคิดการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ (Model Development) ร่วมกับการประเมินผลเชิงก่อน–หลังการใช้รูปแบบ (Pre–Post Intervention Study) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการและการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis Phase)

ระยะนี้เป็นขั้นตอนพื้นฐานของการพัฒนารูปแบบโดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจบริบทการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าทั้งในและต่างประเทศ เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ แนวปฏิบัติที่เหมาะสม และช่องว่างของการดูแลผู้ป่วย

จากนั้นทำการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต โดยจัดประชุมระดมความคิดเห็นร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุขในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสะท้อนประสบการณ์การดูแลจริง ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึง

ข้อจำกัดของระบบบริการ ผลจากระยะนี้นำไปสู่การกำหนดกรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบ ACP ที่เน้นการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการและการพัฒนารูปแบบ (Model Development Phase)

ระยะที่ 2 เป็นขั้นตอนหลักของการพัฒนารูปแบบ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ควบคู่กับแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (R&D) เพื่อให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในชุมชน กระบวนการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนตามวงจร PAR ได้แก่

1) การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยร่วมกับทีมสหวิชาชีพจัดทำแผนการนำรูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไปใช้ในเวชปฏิบัติจริง โดยออกแบบกระบวนการใช้แบบฟอร์ม ACP ให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พร้อมทั้งจัดอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวทางการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง และการประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

2) การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการนำรูปแบบ ACP ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล โดยแพทย์และพยาบาลชุมชนทำหน้าที่ให้การปรึกษา สนับสนุนการตัดสินใจ และอำนวยความสะดวกในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้เลือกแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่าและความต้องการของตนเอง เช่น การดูแลแบบประคับประคอง หรือการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (หากมีข้อบ่งชี้) พร้อมทั้งบันทึกความประสงค์ล่วงหน้า (Living Will) ลงในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) การสังเกตการณ์ (Observation) ผู้วิจัยติดตามการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ค่าการทำงานของไต (eGFR) ความดันโลหิต ระดับ Hematocrit และตัวชี้วัดทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เพื่อสะท้อนประสบการณ์ ความรู้สึก และกระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว

4) การสะท้อนผล (Reflecting) นำข้อมูลที่ได้มาสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการนำรูปแบบ ACP ไปใช้จริง จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ผลจากระยะนี้นำไปสู่การจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับใช้ในระดับชุมชน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และการประเมินผล (Implementation and Evaluation Phase)

ระยะสุดท้ายเป็นการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสกัดประเด็นสำคัญที่สะท้อนกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การตัดสินใจของผู้ป่วย และความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง ผลการวิเคราะห์จากทั้งสองส่วนถูกนำมาสังเคราะห์ร่วมกัน เพื่ออธิบายความเชื่อมโยงระหว่าง

กระบวนการดูแล คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างเป็นองค์รวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลจากแบบสอบถามทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกก่อน–หลังการดำเนินโปรแกรมวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิงอนุมาน ใช้การทดสอบ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าทางคลินิกและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พิจารณาระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มถูกวิเคราะห์ด้วยวิธี Content Analysis

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลขที่รับรอง BRO 2023-106 รับรองวันที่ 26 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาเป็นเพศชายร้อยละ 46.7 โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 60–69 ปี (ร้อยละ 28.3) และช่วง 50–59 ปี (ร้อยละ 25.0) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุและวัยก่อนสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพและต้องการการดูแลต่อเนื่องอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และมีโรคร่วมสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินโรคและภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ด้านสิทธิการรักษาพบว่าส่วนใหญ่อยู่ภายใต้สิทธิบัตรผู้สูงอายุ (ร้อยละ 28.3) และสิทธิบัตรผู้พิการ (ร้อยละ 18.3)

ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลที่บูรณาการกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) เข้ากับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยระดับความดันโลหิตทั้งค่าซิสโตลิก (SBP) และไดแอสโตลิก (DBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ ระดับโพแทสเซียมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ขณะเดียวกัน พบว่าค่าฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียลดลง มีสมรรถนะในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น และสนับสนุนคุณภาพชีวิตโดยรวม แม้ว่าค่าการทำงานของไต (eGFR) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่า HbA1C จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภาพรวมของผลลัพธ์ทางคลินิกสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ที่มุ่งเน้นการควบคุมอาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตมากกว่าการชะลอการเสื่อมของไตเพียงอย่างเดียว

ด้านคุณภาพชีวิต ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นในหลายมิติ โดยเฉพาะมิติ “ความลำบากจากโรคไต” ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รวมถึงมิติ “ผลกระทบของโรคไตต่อชีวิตประจำวัน” และ “อาการและปัญหาที่เกิดจากโรคไต” ซึ่งลดลงอย่างชัดเจนภายหลังการดำเนินโปรแกรม เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับ “ต่ำ” ไปสู่ระดับ “ปานกลาง” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหาการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พัฒนา

รูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และศึกษาผลลัพธ์ของการวางแผนดังกล่าวต่อการเข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ผลการวิเคราะห์สถานการณ์สะท้อนให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในพื้นที่ยังมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและกระบวนการหลายประการ โดยเฉพาะการขาดกลไกการบริหารจัดการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ แม้ว่าจะมีผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่การดำเนินงานยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การวางแผน การกำกับติดตาม และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการขาดความต่อเนื่อง ซึ่งกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง สอดคล้องกับบริบทของทรัพยากรสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิที่ยังไม่สามารถรองรับการดูแลระยะท้ายได้อย่างเต็มศักยภาพ ขณะเดียวกัน ด้านทรัพยากรบุคคลและทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่ายังขาดการพัฒนาสมรรถนะอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะทักษะด้านการจัดการอาการระยะท้าย การสื่อสารเชิงลึกเกี่ยวกับพยากรณ์โรค และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อดิศร อุดรทักษ์ และคณะ[8] ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในชุมชนยังขาดรูปแบบที่ชัดเจน ผู้ดูแลขาดทักษะและประสบการณ์ รวมถึงการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลยังไม่เข้มแข็ง อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization)[9] ที่ชี้ให้เห็นว่าการขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย การขาดงบประมาณและอุปกรณ์สนับสนุน รวมถึงการขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะท้ายในชุมชน จากข้อมูลเชิงประจักษ์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำประเด็นปัญหาเข้าสู่กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับบุคลากรผู้ให้บริการในพื้นที่ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในการวางรากฐานของรูปแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อสภาพจริง และนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

2. การพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแสดงให้เห็นว่า การออกแบบระบบบริการที่ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพสามารถเสริมสร้างความพร้อมและความเข้มแข็งของการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านการนำองค์กรและธรรมาภิบาล การจัดตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอและการกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ช่วยให้การบริหารจัดการ การวางแผน และการติดตามผลเป็นไปอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและมีทิศทางเดียวกัน ด้านการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากร การจัดตั้งศูนย์บริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดข้อจำกัดด้านอุปกรณ์และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง อันเป็นปัจจัยพื้นฐานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย ในส่วนของการพัฒนาบุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าการอบรมและเสริมสร้างสมรรถนะให้กับแพทย์ พยาบาล เภสัชกร บุคลากร รพ.สต. อสม. และผู้ดูแล รวมถึงการแต่งตั้งพยาบาลเฉพาะทาง เช่น PCWN และ PCCN ช่วยเพิ่มศักยภาพในการประเมิน วางแผน และจัดการอาการระยะท้ายได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้อง

กับแนวคิดของ Sudore และคณะ[7] ที่ระบุว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่มีประสิทธิผลจำเป็นต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความพร้อมและสามารถสื่อสารร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านระบบบริการและกระบวนการทำงาน การเชื่อมโยงการดูแลระหว่างคลินิกโรคไตและคลินิกประคับประคอง รวมถึงการมีแนวทางปฏิบัติและคู่มือการดูแลที่ชัดเจน ช่วยให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็นมาตรฐานทั้งในสถานบริการและในชุมชน ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีพร ศิริยะพันธุ์ และคณะ[10] ที่พัฒนาโมเดล ASCE ซึ่งเป็นกรอบการดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การจัดการอาการ การประสานงาน และการดูแลระยะท้าย โดยมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3. ผลลัพธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง ผลการศึกษาผลลัพธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมักมีอาการไม่สุขสบายหลายด้าน โดยเฉพาะอาการอ่อนเพลีย หอบเหนื่อย และสับสน อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ อาการดังกล่าวลดลงอย่างชัดเจน สะท้อนถึงประสิทธิผลของการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นการจัดการอาการและคุณภาพชีวิตเป็นสำคัญ นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความประสงค์ ยังเป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพการดูแลระยะท้ายที่ตอบสนองต่อความต้องการเชิงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรม สะท้อนถึงการลดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์[11] และ บงกชรัตน์ ยานะรมย์[12] ที่พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองที่บูรณาการตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลถึงชุมชน สามารถยกระดับคุณภาพการดูแล ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญ

โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่บูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเข้ากับระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ สามารถส่งผลเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อันเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองในบริบทของระบบสุขภาพไทย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในครั้งนี้

1. เชิงนโยบายและระบบบริการสุขภาพ ควรผลักดันให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการมาตรฐานสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคร่วมหลายชนิด เพื่อให้การดูแลสอดคล้องกับคุณค่า ความต้องการและเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย ลดการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ทางคลินิก และสนับสนุนผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของโรค

2. เชิงระบบข้อมูลและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ควรพัฒนาการบูรณาการระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ เช่น ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้สามารถบันทึกและติดตามข้อมูลการดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การประเมินอาการและคุณภาพชีวิตอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล และสะท้อนผลลัพธ์ตามกรอบรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3. เชิงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ป่วยและครอบครัว ควรเสริมสร้างการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการ

ดูแลแบบประคับประคอง ทั้งในระดับโรงพยาบาลและชุมชน ควบคู่กับการให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจร่วมกัน (Shared decision-making) รวมถึงการประเมินด้านอาการ ภาวะโภชนาการ สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การขยายขอบเขตและความแข็งแรงของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ควรนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไปศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น เช่น หลายพื้นที่ หลายระดับบริการ และหลายจังหวัด เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตในบริบทที่แตกต่างกัน อันจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการประยุกต์ใช้รูปแบบดังกล่าวในระบบบริการสุขภาพโดยรวม

2. การศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวและผลกระทบเชิงเปรียบเทียบของรูปแบบการดูแลควรมีการวิจัยเชิงติดตามระยะยาวและการวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า กับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับรูปแบบดังกล่าว เพื่อประเมินผลต่อคุณภาพชีวิต ผลลัพธ์ทางคลินิก อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาระของครอบครัว และการเสียชีวิตอย่างสงบ ซึ่งจะสะท้อนคุณค่าของรูปแบบการดูแลอย่างเป็นรูปธรรม

3. การพัฒนาองค์ความรู้เชิงลึกและการสนับสนุนด้วยนวัตกรรมสุขภาพ ควรส่งเสริมการวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อศึกษาเจตคติ ประสบการณ์ ความต้องการ และความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล รวมถึงการใช้ระบบดิจิทัลในการสนับสนุนการประเมินคุณภาพชีวิตและการสื่อสารแผนการดูแล อันจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่มีความเหมาะสม ยั่งยืน และสอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพไทย

เอกสารอ้างอิง

1.สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2567). รายงานสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2567. กรุงเทพฯ. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

2.กุมาลีพร ตรีสอน.(2561). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561;15(1):13-20.

3.สุวารีวรรณ จิระเสวกดิลก.(2563). การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. ใน: ปฐมพร ศิรประภาศิร, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563. p.125-33.

4.ทินเทวัญ พุทธลา.(2567). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2567;20(2):39–52.

5.WHOQOL Group.(1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med. 1998;28(3):551–558.

6.Hays RD, Kallich J, Mapes D, et al. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), Version 1.3. Santa Monica, CA: RAND.

7.Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al.(2017). Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. J Pain Symptom Manage. 2017;53(5):821–32.

8.อดิศร อุดรทักษ์, สุลาวัณย์ วรรณโคตร, วิชชุนี ละม้ายศรี, ธัญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์.(2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):532-44.

9.World Health Organization.(2020). Palliative care: Key facts. WHO.

10.สุรีพร ศิริยะพันธุ์, นิฮูดา ชายเกตุ, เนตรชนก สันตรัตติ.(2564). การพัฒนาแบบแผนการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาล. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;4(2):1-15.

11.ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์.(2560). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2560;13(1):25-36.

12.บงกชรัตน์ ยานะรมย์.(2563). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย โรงพยาบาลยโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(4):195-200.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

EFFECT OF THE PROGRAM TO CHANGE BEHAVIOR TO PREVENT LIVER FLUKE DISEASE AMONG PEOPLE AT RISK IN THE THAI-CAMBODIAN BORDER AREA, PHUSING DISTRICT, SISAKET PROVINCE.

(Received: December 9,2025 ; Revised: December 21,2025 ; Accepted: December 23,2025)

วัฒนา สุพรรณ[1] อารี บุตรสอน[2]
Wattana Supan[1] Aree Butsorn[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 41 คน รวม 82 คน กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 10 กันยายน 2568 ถึงวันที่ 10 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ ANCOVA กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ทัศนคติต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลองแล้วกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ทัศนคติต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมที่ออกแบบบนพื้นฐานทฤษฎีด้านพฤติกรรมสุขภาพและบริบทของชุมชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยงอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรม พฤติกรรม โรคพยาธิใบไม้ตับ พื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a behavior modification program for preventing liver fluke infection among at-risk populations in the Thai–Cambodian border area, Phusing District, Sisaket Province. The sample consisted of 82 participants, divided equally into an experimental group and a comparison group, with 41 participants in each group. The experimental group comprised at-risk residents in the Thai–Cambodian border area of Phusing District, Sisaket Province, while the comparison group consisted of at-risk residents in the

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี Corresponding author: E-mail: aree.b@ubu.ac.th

Thai–Cambodian border area of Khun Han District, Sisaket Province. The experimental group received the researcher-developed program for a period of 12 weeks, whereas the comparison group received the routine program. Data were collected using questionnaires on two occasions: before and after the intervention, between September 10, 2025, and December 10, 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, and the 25th and 75th percentiles. Differences in mean scores between the experimental and comparison groups before the intervention were analyzed using an independent t-test, and post-intervention differences were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA). The level of statistical significance was set at 0.05. The results showed that before the intervention, the experimental and comparison groups differed significantly in mean scores of perceived barriers at the 0.05 level, while no statistically significant differences were found for the other variables. After controlling for pre-intervention scores, the experimental group had significantly higher mean scores than the comparison group in knowledge about liver fluke disease, attitudes toward disease prevention, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, social support, intention to prevent the disease, self-efficacy, and liver fluke prevention behaviors at the 0.05 level. These findings indicate that the developed behavior modification program was effective in promoting liver fluke prevention behaviors among at-risk populations. The results further suggest that programs designed based on health behavior theories and community context can be appropriately applied to liver fluke prevention in other risk areas with similar characteristics.

Keywords: Program, Behavior, Liver fluke disease, Thai-Cambodian border area

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยถือเป็นประเทศที่มีอัตราการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[1] ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่ามีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับไม่ต่ำกว่า 6 ล้านคน ซึ่งกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในอนาคต เนื่องจากการติดเชื้อเรื้อรังหรือการติดเชื้อซ้ำเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในระยะยาว[2] จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเกิดมะเร็งท่อน้ำดี โดยผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อถึง 8.4 เท่า สถานการณ์ในปี 2558 มีรายงานผู้เสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดีถึง 28,000 รายต่อปี หรือเฉลี่ย 76 รายต่อวัน ในบางพื้นที่ของประเทศพบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 85[3] กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (2559-2568) โดยมีเป้าหมายลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 และลดอัตราการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ลงร้อยละ 50 ภายในปี 2568 ผ่านกลยุทธ์สำคัญ ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การรักษาผู้ติดเชื้อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน[4] จากการประเมินผลการดำเนินงานในระยะ 5 ปีแรก (2559-2563) พบว่าสามารถลดอัตราการติดเชื้อลงได้เหลือร้อยละ 15.7 แต่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงสูง (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2564) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7-10 ได้บูรณาการการทำงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ผ่านโครงการ "อีสานปลอดพยาธิ ร่วมใจก้าวไกลสู่อีสานปลอดมะเร็งท่อน้ำดี" มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับจังหวัด และพัฒนาระบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตร้าซาวด์ในโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการคัดกรองที่จำกัด และการกลับมาติดเชื้อซ้ำในพื้นที่เสี่ยงสูง[5] สำหรับเขตสุขภาพที่ 10 ได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฉพาะพื้นที่ผ่าน

โครงการ "คนอีสานใต้ร่วมใจ ห่างไกลพยาธิใบไม้ตับ" โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการบูรณาการกับวัฒนธรรมท้องถิ่น มีการจัดตั้งทีมเฝ้าระวังโรคในชุมชน (อสม.พยาธิ) และพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศในพื้นที่ชายแดน แต่ยังพบความท้าทายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงที่ฝังรากลึกในวิถีชีวิตของประชาชน[6] จังหวัดศรีสะเกษได้ดำเนินการตามนโยบาย "ศรีสะเกษโมเดล" ในการป้องกันและควบคุมโรค โดยบูรณาการการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและติดตามการรักษา รวมทั้งสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการออกข้อบัญญัติควบคุมการจำหน่ายอาหารเสี่ยง อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่อำเภอภูสิงห์ซึ่งมีพรมแดนติดกับประเทศกัมพูชา ยังพบความท้าทายในการควบคุมการระบาดของโรค เนื่องจากการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามพรมแดนที่เอื้อต่อการแพร่กระจายตัวของพยาธิระหว่าง คน สัตว์ สิ่งแวดล้อมทั้งสองประเทศ รวมทั้งความรู้ความเข้าใจของประชาชนยังอยู่ในระดับต่ำ และการดำรงอยู่ของรังโรคในสัตว์และสิ่งแวดล้อม[7]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบกิจกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่หลากหลายและแตกต่างกันไปตามพื้นที่และบริบทเช่นการให้ความรู้ผ่านการบรรยายและสื่อการเรียนรู้ต่าง ๆ[7] การใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมและกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม[9] การจัดเวิร์กช็อปและกิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน[10] รวมถึงการพัฒนารูปแบบการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเพิ่มความมั่นใจในตนเองและการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน[11] กิจกรรมอื่น ๆ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคผ่านคำแนะนำเชิงโภชนาการ[12] และการสร้างความตระหนักรู้ในกลุ่มเป้าหมายผ่านกิจกรรมในโรงเรียนและชุมชน[13] ล้วนแสดงผลลัพธ์ที่เป็นไปในทางบวก โดยช่วยเพิ่มความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันของกลุ่มเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายพื้นที่ ทั้งนี้ การศึกษายังชี้ว่าการบูรณาการกิจกรรมเข้ากับบริบทของชุมชนและการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว

พื้นที่ชายแดนไทย–กัมพูชา โดยเฉพาะอำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ยังคงประสบปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่องแม้มีแนวโน้มลดลง จากข้อมูลปี 2564–2566 ที่พบอัตราการติดเชื้อในจังหวัดศรีสะเกษอยู่ที่ร้อยละ 2.27, 1.59 และ 1.63 ตามลำดับ ขณะที่ในอำเภอภูสิงห์พบร้อยละ 1.92, 1.98 และ 1.78 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2567) ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของเขตสุขภาพที่ 10 ที่กำหนดให้อัตราการติดเชื้อไม่เกินร้อยละ 1 ภายในปี 2568 พื้นที่ดังกล่าวมีลักษณะภูมิประเทศเป็นแหล่งน้ำ และมีวิถีชีวิตผูกพันกับการบริโภคปลาน้ำจืดดิบ เช่น การกินก้อยปลาและปลาร้าดิบ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการติดเชื้อ Opisthorchis viverrini ผนวกกับการค้าชายแดนผ่านด่านช่องสะงำที่ทำให้มีการเคลื่อนย้ายประชากรอย่างต่อเนื่อง จึงเอื้อต่อการแพร่กระจายตัวของพยาธิระหว่างคน สัตว์สิ่งแวดล้อมทั้งสองประเทศ รวมทั้งความรู้ความเข้าใจของประชาชนที่ยังอยู่ในระดับต่ำ และการดำรงอยู่ของรังโรคในสัตว์และสิ่งแวดล้อม[6] ทำให้การดำเนินงานควบคุมโรคที่ผ่านมาไม่สามารถลดอัตราการติดเชื้อได้อย่างยั่งยืน ประกอบกับนโยบายระดับชาติที่มุ่งลดอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และประเมินผลอย่างเป็นระบบผ่านการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ลดการติดเชื้อซ้ำ และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชายแดนไทย- กัมพูชา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ทัศนคติต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ทัศนคติต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi– Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest–Posttest Design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง (samples) กลุ่มทดลอง ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชายแดนไทย- กัมพูชา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณจำนวน 41 คน กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชายแดนไทย- กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 41 คน

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน[14] ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 41 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 3 แบบสอบทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 4 แบบสอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนที่ 5 แบบสอบแรงสนับสนุนทางสังคมในการการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 6 แบบสอบความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 7 แบบสอบการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 8 แบบสอบพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่าง

จุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ ตำบลไพรพัฒนา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้ KR-20 ทัศนคติต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.731 ทัศนคติต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.753 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.745 ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 0.798 และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.877 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05 วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกตินำเสนอโดยใช้ค่ามัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ paired t test การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ ANCOVA (Analysis of Covariance)

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ รหัสโครงการ UBU-REC-89/2568 ลงวันที่ 9 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1. กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.1 มีอายุเฉลี่ย 50.37 ปี (S.D. = 8.49 ปี) ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 63.4 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 68.3 มีมัธยฐานรายได้ต่อเดือน 5,000 บาท (P25 = 4,000 บาท : P75 = 6,800 บาท) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 82.9 ยังไม่เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 95.1 ไม่เคยเข้าร่วมอบรมหรือกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 51.2 มีมัธยฐานของระยะเวลาการอาศัยอยู่ในพื้นที่ 44 ปี (P25 = 33.5 ปี : P75 = 46 ปี) และแหล่งข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 73.2 ตามลำดับ

1.2 กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.7 มีอายุเฉลี่ย 52.73 ปี (S.D. = 8.55 ปี) ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 51.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 68.3 มีมัธยฐานรายได้ต่อเดือน 5,000 บาท (P25 = 3,000 บาท : P75 = 9,000 บาท) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 82.9 ยังไม่เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 82.9 ไม่เคยเข้าร่วมอบรมหรือกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 68.3 มีมัธยฐานของระยะเวลาการอาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง 51 ปี (P25 = 45.5 ปี : P75 = 59 ปี)

และแหล่งข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 65.9 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.126) เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05(p-value<0.001)

2.2 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.441) เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

2.3 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.402) เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

2.4 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value= 0.519) เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

2.5 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.057) เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

2.6 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.025) เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

2.7 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.109) เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

2.8การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.260) เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

2.9 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.096) เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

2.10 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.864) เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถบรรลุ

วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยหลังการทดลอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรก่อนการทดลองแล้ว กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นได้ออกแบบตามกรอบทฤษฎีด้านพฤติกรรมสุขภาพและบริบทของชุมชน ทำให้กิจกรรมมีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ทั้งยังใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การให้ข้อมูลความรู้ การสาธิต การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตลอดจนการเสริมแรงทางสังคมจากครอบครัว ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมเกิดความตระหนัก เห็นประโยชน์ รู้จักลดอุปสรรค และมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้น ทำให้คะแนนทุกตัวแปรดีขึ้นและแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับทฤษฎีที่ชี้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นตัวกำหนดสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าหลังการทดลองคะแนนในทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มทดลองที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เมื่อนำมาพิจารณาร่วมกับผลด้านความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มทดลอง อาจสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมทำให้ประชาชนตระหนักรู้อุปสรรคจริงในชีวิตประจำวันมากขึ้น เช่น ความเคยชินในการกินปลาดิบ อิทธิพลของวัฒนธรรมการกินในครอบครัวและชุมชน การเข้าถึงอาหารปลอดภัย หรือข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ การตระหนักรู้อุปสรรคอย่างชัดเจนประกอบกับการได้รับทางเลือกเชิงปฏิบัติที่เป็นไปได้ เช่น ร้านส้มตำปลาร้าสุก การสาธิตการปรุงอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน จึงช่วยให้ประชาชนสามารถวางแผนและหาวิธีลดอุปสรรคได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สมาน อารีย์ (2566)[24] และ ธนกร จันทาคืมบง และคณะ (2557)[18] ที่พบว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานของ ศุภกานต์ กันสูง และสุคนธ์ทิพย์ บัวแดง (2566)[23] Panithanang และคณะ (2018)[10] Kaewpitoon และคณะ (2016)[8] และ Padchasuwan และคณะ (2016)[9] ที่ยืนยันว่าการเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การสนับสนุนทางสังคม และการบูรณาการกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ควรพิจารณาขยายการดำเนินโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปยังพื้นที่ชุมชนเสี่ยงอื่น โดยเฉพาะเขตชายแดนที่มีอัตราการติดเชื้อสูง เพื่อเพิ่มประสิทธิผลด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับประชากร

1.2 ควรเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ประกอบการร้านอาหารท้องถิ่นให้เป็นกลไกหลักของการรณรงค์และควบคุมโรค เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ

1.3 ควรบูรณาการโปรแกรมเข้ากับระบบเฝ้าระวังและการคัดกรองทางห้องปฏิบัติการอย่าง

สม่ำเสมอ เพื่อเสริมความต่อเนื่องของการป้องกันโรคและลดความเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรดำเนินการศึกษาติดตามผลระยะยาว (longitudinal study) เพื่อตรวจสอบความยั่งยืนของพฤติกรรมการป้องกันและประเมินผลกระทบต่ออัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในระดับประชากร

2.2 ควรศึกษาปัจจัยเชิงสังคมและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคปลาดิบโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจบริบทเชิงลึกและนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่ตอบสนองอุปสรรคจริงได้ดียิ่งขึ้น

2.3 ควรพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมรูปแบบใหม่ เช่น การใช้สื่อดิจิทัล แอปพลิเคชัน หรือการสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์เปรียบเทียบกับโปรแกรมแบบเผชิญหน้า เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของการรณรงค์ในกลุ่มวัยแรงงานและเยาวชน

เอกสารอ้างอิง

1.Ajzen, I. (1988). Attitudes, personality, and behavior. Dorsey Press.

2.Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50(2), 179–211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

3.Ajzen, I., & Fishbein, M. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Addison-Wesley.

4.Cohen, S. (1988). Social support: The psychological mediators of health. Health Psychology, 7(3), 241–267.

5.House, J. S. (1981). Work stress and social support. Addison-Wesley.

6.Kaewpitoon, N., Kaewpitoon, S. J., Pengsaa, P., & Sripa, B. (2015). Opisthorchis viverrini: The carcinogenic human liver fluke in Thailand. World Journal of Gastroenterology, 21(30), 9335–9343. https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i30.9335

7.Kaewpitoon, S. J., Rujirakul, R., Wakkuwattapong, P., Benjaoran, F., Norkaew, J., Kujapun, J., Ponphimai, S., Chavenkun, W., Kompor, P., Padchasuwan, N., & Kaewpitoon, N. (2016). Development of a health education modification program regarding liver flukes and cholangiocarcinoma in high-risk areas of Nakhon Ratchasima province using self-efficacy and motivation theory. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 17(6), 2947–2951.

8.Kaewpitoon, S. J., Thanapatto, S., Nuathong, W., Rujirakul, R., Wakkuwattapong, P., Norkaew, J., & Kaewpitoon, N. (2016). Effectiveness of a health educational program based on self-efficacy and social support for preventing liver fluke infection in rural people of Surin Province, Thailand. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 17(3), 1111–1114. https://doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.3.1111

9.Padchasuwan, N., Kaewpitoon, S. J., Rujirakul, R., Wakkuwattapong, P., Norkaew, J., Kujapun, J., & Kaewpitoon, N. (2016). Modifying health behavior for liver fluke and cholangiocarcinoma prevention with the health belief model and social support theory. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 17(8), 3721–3725. https://doi.org/10.14456/ apjcp.2016.160

10.Panithanang, B., Srithongklang, W., Kompor, P., Pengsaa, P., Kaewpitoon, N., Wakkhuwattapong, P., & Kaewpitoon, S. J. (2018). The effect of health behavior modification program for liver fluke prevention among the risk group in rural communities, Thailand. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 19(9), 2673–2680. https://doi.org/10.22034/APJCP.2018. 19.9.2673

11.Phatisena, P., Eaksanti, T., Wichantuk, P., Tritipsombut, J., Kaewpitoon, S. J., & Kaewpitoon, N. (2016). Behavioral modification regarding liver fluke and cholangiocarcinoma using integrated learning. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 17(6), 2889–2894.

12.Sripa, B., Kaewkes, S., Sithithaworn, P., Mairiang, E., Laha, T., Smout, M., & Brindley, P. J. (2010). Liver fluke induces cholangiocarcinoma. PLoS Medicine, 7(1), e1000218. https://doi.org/ 10.1371/journal.pmed.1000218

13.กรมควบคุมโรค. (2559). แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2559–2568. กระทรวงสาธารณสุข.

14.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. สำนักพิมพ์กรมควบคุมโรค.

15.กรมควบคุมโรค. (2567). คู่มืออสม.หมอประจำบ้านด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. กระทรวงสาธารณสุข. https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/ 1057720201009062730.pdf

16.กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2563). ข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. กรมควบคุมโรค.

17.กิตติศักดิ์ ประครองใจ, สุมัทนา กลางคาร, และสมศักดิ์ ศรีภักดี. (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7(4), 87–97.

18.ธนกร จันทาคีมบง, ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี, และพงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง. (2557). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(5), 822–831.

19.นิภาพร ปัญญาทิพย์, อักษรา ทองประชุม, และกรรณิการ์ ณ ลำปาง. (2564). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน, 1(2), 14–21.

20.ปรัชญา รักษานา. (2562). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6 อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สคร. 9, 25(2), 45–55.

21.ปัญญาพร ชมบ้านแผ้ว, และปวีณา ลิมปิทีปราการ. (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของประชาชน ตำบลโคกสะอาด อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพและสาธารณสุขศึกษา, 29(1), 1–15.

22.ศิวัชญ์ ทองนาเมือง, และรุจิรา ดวงสงค์. (2555). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข. (บศ.), 12(2), 80–89.

23.ศุภกานต์ กันสูง, และสุคนธ์ทิพย์ บัวแดง. (2566). ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 2(3), 130–136.

24.สมาน อารีย์. (2566). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลบุสูง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(3), 417–425.

25.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7. (2564). รายงานผลการดำเนินงานโครงการอีสานปลอดพยาธิ ปีงบประมาณ 2564. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7.

26.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. (2564). สรุปผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ 10. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10.

27.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2564). รายงานประจำปี 2564 งานควบคุมโรคติดต่อ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.

28.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). รายงานสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดศรีสะเกษ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.

29.สำนักโรคติดต่อทั่วไป. (2564). รายงานการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระยะ 5 ปี. กรมควบคุมโรค.

30.แผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10. (2567). แนวทางการควบคุมโรคและเป้าหมายการลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เขตสุขภาพที่ 10. เขตสุขภาพที่ 10.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง ในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย

Development of nursing practice guidelines for patients with coronary artery disease after coronary catheterization in the cardiac intensive care unit Nong Khai Hospital.

(Received: December 10,2025 ; Revised: December 21,2025 ; Accepted: December 21,2025)

วรรณธนา สมน้อย[1]
Wanthana Somnoi[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสวนหัวใจแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 33 คน ดำเนินการระหว่าง มกราคม - มิถุนายน 2568 แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ศึกษาสถานการณ์ปัญหา การพัฒนาแนวปฏิบัติ และการประเมินผลแนวปฏิบัติ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired sample T-test และ Independent Samples T-test

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติพบว่า พยาบาลมีความรู้และทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นตามมาตรฐาน ส่งผลให้ภาวะแทรกซ้อนหลังการสวนหัวใจลดลงจาก 5 ราย เหลือ 0 ราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = 0.033 และระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = 0.04 สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล, โรคหลอดเลือดหัวใจ, การสวนหัวใจ

Abstract

This study aimed to develop nursing practice guidelines for caring for patients with coronary artery disease after undergoing PCI via the radial artery in the Coronary Care Unit (CCU) at Nong Khai Hospital. A research and development (R&D) design was employed. Purposive sampling selected 12 professional nurses, while 33 patients undergoing PCI were recruited through simple random sampling. The study was conducted from January to June 2025 and consisted of three phases: (1) assessment of current problems, (2) development of nursing practice guidelines, and (3) evaluation of the implemented guidelines. Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-tests, and independent samples t-tests.

The findings showed that the developed guidelines significantly improved nurses' knowledge and clinical skills. Post-procedural complications decreased from five cases to zero, with statistical significance (P-value = 0.033). Additionally, the average length of hospital stay was significantly reduced (P-value = 0.04), indicating the effectiveness of the implemented guidelines in improving patient outcomes.

Keywords: Development of Nursing Practice Guidelines, Coronary Artery Disease, Cardiac Catheterization

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้กว่า 17.9 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั้งหมด[1] ขณะที่ประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตประมาณ 37,000 รายต่อปี[2] โรคเกิดจากการตีบแคบของหลอดเลือดแดงหัวใจ อันเป็นผลจากภาวะ Atherosclerosis ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด[3] ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันสูง การสูบบุหรี่ โรคอ้วน การขาดการ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย

ออกกำลังกาย และความเครียด[4] เมื่อหลอดเลือดตีบมากขึ้นอาจเกิดลิ่มเลือดอุดตันเฉียบพลัน ทำให้เกิด Acute Coronary Syndrome (ACS) ซึ่งเป็นภาวะที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง[5] เทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันช่วยให้การวินิจฉัยและรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการตรวจสวนหัวใจ (Cardiac Catheterization) และการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ซึ่งเป็นมาตรฐานสากลในการรักษาผู้ป่วย ACS[6] อย่างไรก็ตาม การทำหัตถการดังกล่าวยังมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น เลือดออกที่ตำแหน่งใส่สายสวน ก้อนเลือดใต้ผิวหนัง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ไตวายเฉียบพลัน ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือภาวะช็อก โดยมีรายงานว่าผู้ป่วย ACS ที่ได้รับ PCI ยังพบภาวะแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 28.5 และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันในประเทศไทยสูงถึงร้อยละ 16.8 ดังนั้น การดูแลพยาบาลหลังทำ PCI จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย[7]

โรงพยาบาลหนองคายเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่ให้บริการแก่ประชากรกว่า 5 แสนคน มีผู้ป่วย ACS เข้ารับการรักษาปีละกว่า 200 ราย และได้เปิดให้บริการห้องสวนหัวใจ (Cath Lab) ตั้งแต่เดือนเมษายน 2567 โดยดำเนินการ CAG และ PCI รวมกว่า 100 รายภายใน 5 เดือนแรก การขยายบริการดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยหลังทำหัตถการที่มีมาตรฐาน โดยเฉพาะในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ (CCU) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังอาการและจัดการภาวะแทรกซ้อน[8] แนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานเดียวกัน ลดความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน และส่งเสริมความปลอดภัย งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่า การประยุกต์ใช้ CNPG ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพการพยาบาล เช่น แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลังทำ PCI ของ Rolley et al. (2011) และการพัฒนา CNPG ในไทยหลายฉบับที่ช่วยเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย ACS อย่างมีนัยสำคัญ[9] จากการสำรวจพยาบาลใน CCU โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลหลังทำ PCI ที่เป็นมาตรฐาน ทำให้การดูแลมีความแตกต่างกัน พยาบาลขาดหลักฐานอ้างอิงในการประเมินและจัดการภาวะแทรกซ้อน และทำให้ความมั่นใจในการดูแลลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด 6 ราย ทำให้การดูแลมีความแตกต่างกัน พยาบาลขาดหลักฐานอ้างอิงในการประเมินและจัดการภาวะแทรกซ้อน และทำให้ความมั่นใจในการดูแลลดลง จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาCNPGที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน[8]

การพัฒนา CNPG ในการดูแลผู้ป่วยหลังทำ PCI ของโรงพยาบาลหนองคายจะใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) ซึ่งครอบคลุม 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะศึกษาข้อมูลพื้นฐาน โดยวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ (2) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยยกร่าง ตรวจสอบคุณภาพ และปรับปรุงเนื้อหา (3) ระยะทดลองใช้และประเมินผล ซึ่งจะวัดผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ภาวะแทรกซ้อน ความปลอดภัย ความรู้และทักษะของพยาบาล ตลอดจนความพึงพอใจของผู้ป่วย แนวปฏิบัติที่จะพัฒนาขึ้นจะครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยแรกรับจาก Cath Lab การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออก หัวใจเต้นผิดจังหวะ และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ผู้วิจัยคาดหวังว่า CNPG นี้จะช่วยให้การพยาบาลมีความเป็นมาตรฐาน ใช้งานได้จริง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดวันนอนโรงพยาบาล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว พร้อมทั้งเป็นต้นแบบให้หน่วยงานอื่นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย

2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย

3. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย ต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการประเมินสถานการณ์และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ครอบคลุม 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาปัญหา การพัฒนาแนวปฏิบัติ และการนำไปใช้จริง เก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลและผู้ป่วย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร (Population) ประชากร ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 12 คน และผู้ป่วยจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง ช่วงเดือน มกราคม 2568 จำนวน 43 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง (Sample) เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 12 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย คัดเลือกกลุ่มแบบสุ่ม อย่างง่าย(Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวน แนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสอบถาม ให้สอดคล้องกับตัวแปร แต่ละตัวตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามการวิจัย สำหรับพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็นส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 8 ข้อได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ การได้รับการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเคยอ่านคู่มือเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก ให้ 0 คะแนน แปลค่าคะแนนเฉลี่ย[10]คือ

มีความรู้ระดับดี ได้ 13.34 - 20.00 คะแนน

มีความรู้ระดับปานกลาง ได้ 6.68 - 13.33 คะแนน

มีความรู้ระดับต่ำ ได้ 0.00 - 6.67 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง จำนวน 37 ข้อ แบ่งความคิดเห็นเป็น 3 ระดับได้แก่ ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน แปลค่าคะแนนเฉลี่ย[10]คือ

มีการปฏิบัติระดับดี ได้ 86.34 - 111.00 คะแนน

มีการปฏิบัติระดับปานกลาง ได้ 61.68 - 86.33 คะแนน

มีการปฏิบัติระดับต่ำ ได้ 37.00 - 61.67 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเหมาะสมและการนำไปใช้ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย แบ่งความคิดเห็นเป็น 5 ระดับได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุดให้ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก ให้ 4 เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย ให้ 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน แปลค่าคะแนนเฉลี่ย[10] คือ

มีความเหมาะสมฯระดับดี ได้ 88.01 - 120.00 คะแนน

มีความเหมาะสมฯระดับปานกลาง ได้ 56.01 – 88.00 คะแนน

มีความรู้ระดับต่ำ ได้ 24.00 - 56.00 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ แบ่งความคิดเห็นเป็น 3 ระดับได้แก่ มาก ให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน น้อย ให้ 1 คะแนน แปลค่าคะแนนเฉลี่ย[10] คือ

มีความพึงพอใจระดับดี ได้ 11.68 - 15.00 คะแนน

มีความพึงพอใจระดับปานกลาง ได้ 8.34 - 11.67 คะแนน

มีความพึงพอใจระดับต่ำ ได้ 5.00 - 8.33 คะแนน

2. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง แบ่งเป็นส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด อาชีพ สถานภาพการสมรส การสูบบุหรี่ ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง จำนวน 18 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อ[11,12] (Content Validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 5 ท่าน ผลการทดสอบความตรงของเครื่องมือเชิงเนื้อหา มีค่าเฉลี่ยทั้งฉบับ 0.89 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามชุดนี้นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา(Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล[13,14]ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน สถิติ Paired Sample T Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ระดับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังดำเนินการ และใช้สถิติ Independent T Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ ข้อมูลด้านคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบ และการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหนองคาย เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2567 เลขที่ 47/2567

ผลการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ (2 วงรอบ)

วงรอบที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกต จากพยาบาลวิชาชีพ และเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ มกราคม 2568 - กุมภาพันธ์ 2568

พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงมีความเสี่ยงต่อการ

เกิดภาวะเลือดออกบริเวณตำแหน่งแทงสายสวน รวมทั้งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจและภาวะโรคของตนเอง นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวดถ่างหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะผู้ที่มีการทำงานของไตบกพร่องเดิม มีความกังวลต่อภาวะไตเสื่อม จึงจำเป็นต้องได้รับการติดตามการทำงานของไตอย่างใกล้ชิด อีกทั้งผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังทำหัตถการ ส่งผลให้เกิดความกังวลในด้านการใช้ยา การพักผ่อน และการดำเนินชีวิตประจำวัน

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51 - 68 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 อายุต่ำสุด 32 ปี อายุสูงสุด 86 ปี อายุเฉลี่ย 64.3 การศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 42.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา/ทำไร่ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 48.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุรี่ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 39.41ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 36.4 ส่วนใหญ่ได้รับการการวินิจฉัยโรคเป็น NSTEMI จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 45.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ Single vessel disease (ตีบ 1 เส้น) และ Triple vessel disease (ตีบ 3 เส้น) จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนที่ตีบส่วนใหญ่ Left Anterior Descending Artery (LAD)) จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 หัตถการที่ใช้กับผู้ป่วยส่วนใหญ่ CAG จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 พบภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจ พบภาวะเลือดออกที่แผล (bleeding) จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.0 พบก้อนเลือดใต้ผิวหนัง(hematoma) จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.2 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 2 - 4 วัน จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 วันนอนเฉลี่ย 4.39 วัน วันนอนต่ำสุด 2 วัน วันนอนสูงสุด 9 วัน

ประเมินความรู้และประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงของพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการพัฒนา

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง โดยการประชุมคณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและปรับบริบทให้เหมาะสม และใช้แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นดำเนินการ มกราคม 2568 - กุมภาพันธ์ 2568 ได้มีข้อคิดเห็นตรงกันเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. สถานการณ์ข้อมูลด้านคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง ในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว มาด้วยอาการแน่นหน้าอก และภายหลังหัตถการอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกบริเวณตำแหน่งแทงสายสวนและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ทั้งนี้ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการรักษาในด้านการใช้ยา การพักผ่อน และการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ข้อเสนอแนะเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังสวนหัวใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนางาน สภาพแวดล้อมที่มีผล ต่องาน

พบว่า การดูแลผู้ป่วยในช่วง 4 ชั่วโมงแรกหลังทำหัตถการมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยต้องมีการติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ตรวจประเมินบริเวณที่ทำหัตถการเพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออก และจัดการความปวดพร้อมประเมินผลการบรรเทาอาการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรมีแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจนและเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติหรือมีปัญหาการทำงานของไต เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

3. ปัญหาเกี่ยวกับ คน งบประมาณ การจัดการ คู่มือ วัสดุอุปกรณ์ ที่เพียงพอเหมาะสม เป็นอย่างไร พบว่า ปัจจุบันยังขาดคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยอาศัยความรู้และประสบการณ์เฉพาะบุคคล ซึ่งอาจไม่

ครอบคลุมสถานการณ์ที่ซับซ้อนหรือภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นจริง นอกจากนี้ การส่งต่อข้อมูลระหว่างเวรยังขาดความครบถ้วนและต่อเนื่อง โดยเฉพาะข้อมูลด้านการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่องและอาจกระทบต่อความปลอดภัยในการรักษา

4. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ คน งบประมาณ การจัดการ คู่มือ วัสดุอุปกรณ์ ที่เพียงพอ เหมาะสม

ควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลใหม่ให้มีความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งจัดให้มีพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจให้การกำกับดูแลและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องจนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ

5. ปัญหาเกี่ยวกับความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

จากความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ายังขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยอาศัยประสบการณ์ส่วนบุคคลและมีความแตกต่างในการปฏิบัติ นอกจากนี้ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้านยังขาดความเป็นระบบและความต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและเกิดการกลับมารับบริการซ้ำด้วยปัญหาเดิม สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติและกระบวนการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

6. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงใหม่ควรเป็นอย่างไร พยาบาลวิชาชีพเห็นว่าควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีโครงสร้างชัดเจนตามลำดับเวลา ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมรับผู้ป่วย การดูแลหลังออกจากห้องสวนหัวใจในแต่ละช่วง จนถึงการจำหน่ายผู้ป่วย โดยจัดทำในรูปแบบ checklist รวมถึงการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติและตรวจสอบการดูแลได้อย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน ช่วยส่งเสริมความต่อเนื่อง ความปลอดภัย และคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

จัดประชุมครั้งที่ 2 จัดทำรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568 ได้กำหนดแนวทางโดยแบ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่องและระยะจำหน่าย และใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น ระหว่าง กุมภาพันธ์ - เมษายน 2568

ระยะที่ 3 ประเมินความรู้และประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงของพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ และข้อมูลด้านคลินิกของผู้ป่วย หลังการพัฒนา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการพัฒนา n = 12

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย	n	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการพัฒนา	12	ปานกลาง	11.17	3.51	-6.70	11	<0.001*
หลังการพัฒนา	12	ดี	17.08	1.98			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการพัฒนา อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 11.17 (S.D.= 3.51) หลังการพัฒนา อยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 17.08 (S.D.= 1.98) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P–value < 0.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการพัฒนา n = 12

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย	n	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการพัฒนา	12	ปานกลาง	80.75	7.36	-14.29	11	<0.001*
หลังการพัฒนา	12	ดี	110.37	0.65			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการพัฒนา อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 80.75 (S.D.= 7.36) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 110.37 (S.D.= 0.65) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P–value < 0.001)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการพัฒนา n = 33

การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจ	จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อน	t	df	P-value
ก่อนการพัฒนา	5	2.235	32	0.033*
หลังการพัฒนา	0			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง ก่อนการพัฒนา มีจำนวน 5 คน หลังการพัฒนา ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลย ซึ่งลดลงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P–value = 0.033)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับการสวนหัวใจผ่าน หลอดเลือดแดงในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย ก่อนและหลังการพัฒนา n = 33

จำนวนวันนอนของผู้ป่วย	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการพัฒนา						
2 - 4 วัน	21	4.39	2.46	2.146	32	0.04*
5 - 7 วัน	6					
8 - 9 วัน	6					
หลังการพัฒนา						
2 - 4 วัน	28	3.21	1.76			
5 - 7 วัน	4					
8 - 9 วัน	1					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่า จำนวนวันนอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง ก่อนการพัฒนา เฉลี่ย 4.39 วัน (S.D.= 2.46) หลังการพัฒนา เฉลี่ย 3.21 (S.D.= 1.76) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P–value = 0.04)

วงรอบที่ 2

ระยะที่1 นำผลการประเมินแนวปฏิบัติจากวงรอบแรกมาทบทวนเพื่อหาช่องว่างในการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการประชุมคณะทำงานดำเนินการระหว่างเดือน เมษายน 2568 - พฤษภาคม 2568

ระยะที่ 2 นำข้อมูลและข้อสรุปที่ได้ มาปรับปรุงการดำเนินการปรับปรุงเพิ่มเติมจากการพัฒนาในวงรอบ

แรก ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้
ดำเนินการ เดือน พฤษภาคม 2568

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ระดับความเหมาะสมและการนำไปใช้ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงของพยาบาลวิชาชีพ n=12

ความเหมาะสมและการนำไปใช้ต่อการใช้แนวการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย	ระดับ			$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	ดี	ปานกลาง	ต่ำ			
ความเหมาะสมและการนำไปใช้	11 (91.7)	1 (8.3)	0 (0.0)	113.42	11.10	ดี

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับความเหมาะสมและการนำไปใช้ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 113.42 (S.D.= 11.10)

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ระดับความพึงพอใจต่อการใช้แนวการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงของพยาบาลวิชาชีพ n=12

ความพึงพอใจต่อการใช้แนวการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย	ระดับความพึงพอใจ			$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	ดี	ปานกลาง	ต่ำ			
ความพึงพอใจ	11 (91.7)	1 (8.3)	0 (0.0)	14.00	1.28	ดี

จากตารางที่ 6 พบว่าระดับความพึงพอใจต่อการใช้แนวการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงของพยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 14.00 (S.D.= 1.28)

ระยะที่ 3 จัดประชุมพยาบาลผู้เกี่ยว ข้อง (Focus group) เพื่อประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลดำเนินการ มิถุนายน 2568 จากการประชุมกลุ่ม พบว่า การมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนและครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยหลังการสวนหัวใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติหรือมีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง ช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างมีมาตรฐานและสามารถปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรายบุคคลได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย ได้ศึกษาสถานการณ์ปัญหาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง จากแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกต จากพยาบาลวิชาชีพ และเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ มกราคม 2568 - กุมภาพันธ์ 2568 พบว่า พยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุส่วนใหญ่ 24 - 32 ปี การศึกษาปริญญาตรี สถานภาพโสดมากที่สุด มีประสบการณ์งานตามตำแหน่งและระยะเวลาปฏิบัติงานส่วนใหญ่ 1 - 7 ปี ส่วนมากเคยได้รับการอบรมและอ่านคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านทาง

หลอดเลือด พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังสวนหัวใจส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 64.3 ปี โดยมากอยู่ในช่วง 51- 68 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถม อาชีพหลักทำนา/ทำไร่ และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ทั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนมากไม่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน และได้รับการวินิจฉัยเป็น NSTEMI พบความผิดปกติแบบตีบ 1 เส้นและ 3 เส้นมากที่สุด โดยตำแหน่งตีบพบบ่อยที่ LAD หัตถการส่วนใหญ่คือ CAG ภาวะแทรกซ้อนพบเลือดออกและก้อนเลือดใต้ผิวหนังบางราย ระยะนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4 วัน ส่วนใหญ่พัก 2 - 4 วัน

จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกต จากพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ผู้ป่วยหลังสวนหัวใจมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกและมีความกังวลเกี่ยวกับผลตรวจ โรคหัวใจ การกินยา การพักผ่อน และผลกระทบต่อไต โดยเฉพาะในผู้ป่วยไตบกพร่อง ญาติผู้ป่วยมีความกังวลด้านการดูแลหลังหัตถการ ขณะที่ผู้ป่วยบางรายยังไม่ทราบข้อควรระวังและแนวทางการดูแลตนเองหลังทำหัตถการ

2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า ได้ดำเนินระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2568 ในพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 12 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง 33 คน โดยใช้กระบวนการพัฒนาแบบวัฏจักร เริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหา (ม.ค.- ก.พ. 68) ผ่านการเก็บข้อมูลแนวปฏิบัติ อัตราภาวะแทรก ซ้อน การสังเกต สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มกับพยาบาล รวมทั้งทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 33 ราย จากนั้นเข้าสู่ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ (ก.พ. - เม.ย. 68) โดยประชุมคณะทำงานจัดทำแนวทาง 6 ประเด็นหลัก ครอบคลุมข้อมูลคลินิก นโยบาย ปัญหาทรัพยากร ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติเดิม และข้อเสนอ แนะในการจัดทำแนวปฏิบัติใหม่ วันที่ 14 ก.พ. 68 ได้จัดทำรูปแบบแนวปฏิบัติจำแนกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย ต่อมามีการประเมิน ผลหลังการใช้แนวทาง ทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล รวมถึงข้อมูลคลินิกผู้ป่วยหลังการพัฒนา วงรอบที่ 2 ระยะทบทวน (เม.ย. - พ.ค. 68) เป็นการนำผลประเมินจากรอบแรกมาวิเคราะห์ช่องว่าง ปัญหาเกี่ยวกับบุคลากร งบประมาณ การจัดการ คู่มือ และวัสดุอุปกรณ์ รวมถึงประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติที่พัฒนา พร้อมรวบรวมข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เมื่อได้ข้อสรุปแล้วจึงเข้าสู่ระยะปรับปรุง โดยปรับแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทและเสนอให้ผู้เกี่ยวข้องประเมินความเหมาะสม (พ.ค.68) ระยะสุดท้าย มีการจัดประชุม Focus group กับพยาบาล เพื่อประ เมินผลการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น รับฟังปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อให้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงมีความเหมาะสม ใช้ได้จริง และนำไปสู่คุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น ในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ.

3. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย ต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า ผลการการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง ในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง ก่อนการพัฒนา มีจำนวน 5 คน หลังการพัฒนา ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลย ซึ่งลดลงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P–value = 0.033) พบว่า จำนวนวันนอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง ก่อนการพัฒนา เฉลี่ย 4.39 วัน (S.D.= 2.46) หลังการพัฒนา เฉลี่ย 3.21 วัน (S.D.= 1.76) ลดลง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P–value = 0.04) สอดคล้องกับ กรรณิการ์ เกียรติสนธิ์[15] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาเกิด hematoma น้อยกว่าก่อนการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย (p<0.001) สอดคล้องกับ กันยารัตน์ กองแก้ว ทัศนีย์ แดขุนทด และอุไรวรรณ ศรีดามา[16] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล พบว่าผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ พบว่า กลุ่มทดลอง เกิดภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับจุฑามาศ หมื่นวิเศษ[17] ได้ศึกษาประสิทธิผลของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดกรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี พบว่า บุคลากรมีทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นตามมาตรฐาน ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดจากหลอดเลือดแดงตีบตันมีความปลอดภัยและมีผลการรักษาที่ดีเพิ่มขึ้น

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะการปฏิบัติ มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ได้มาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะยาว รวมทั้งเป็นต้นแบบในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้แก่หน่วยงานอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ด้านบริหาร ควรมีนโยบายส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่พัฒนาขึ้นไปใช้อย่างต่อเนื่อง และมีการขยายผลการใช้แนวปฏิบัติไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการสวนหัวใจได้

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรส่งเสริมให้มีการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้การปฏิบัติการพยาบาลโดยมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ใช้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงก่อนการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการอื่น ๆ เช่น การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram) การใส่บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angioplasty) การใส่เครื่อง กระตุ้นหัวใจ (Permanent pacemaker implantation) การขยายหลอดเลือดและการใส่ขดลวดรักษาการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจต่อไป

2. เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพียงโรงพยาบาลเดียวและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีขนาดเล็กดังนั้นจึงควรมีการวิจัยในโรงพยาบาล อื่น ๆ และเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Cardiovascular diseases [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 7]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)

2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.(2563). อัตราตายจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อประชากรแสนคนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

3. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.(2562). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สมาคมฯ.
4. วิทยา ศรีดามา.(2563). หลักการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
5. เกรียง ตั้งสง่า และคณะ.(2560). แนวทางการดูแลรักษาภาพรวมผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย.
6. ปริญา สากิยลักษณ์, ณัฐวุฒิ อนรรถมณี.(2564). การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดในปัจจุบัน. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;29(1):1-14. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/sdhjournal/article/view/243954
7. Shroff A, Kupfer J, Gilchrist IC.(2016). Same-day discharge after percutaneous coronary intervention: Current perspectives and strategies for implementation. JAMA Cardiol. 2016;1(2):216–23. https://doi.org/10.1001/jamacardio.2016.0148
8. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลหนองคาย.(2567). ข้อมูลสถิติผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองคาย ปี พ.ศ. 2564–2566.
9. ปิ่นรัตน์ นวลศรี, นุจรี ไชยมงคล, กรรณิการ์ สุวรรณโคตร.(2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. Ramathibodi Nurs J. 2561;24(3):342–63. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/226269
10. Likert R.(1932). A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;140:1-55.
11. พิสณุ ฟองศรี.(2554). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.
12. สรายุทธ กันหลง.(2555). การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย [Internet]. 2555 [cited 2024 Dec 7]. Available from: http://www.ipernity.com/blog/252172/477413
13. ยุทธ ไกยวรรณ์.(2553). หลักสถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
14. บุญเรียง ขจรศิลป์.(2554). เทคนิคการอ่านและตีความหมายจากผลการวิเคราะห์ทางสถิติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
15. กรรณิการ์ เกียรติสนธ์.(2566). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข. 2566;1(2):28–43.
16. กันยารัตน์ กองแก้ว, ทัศนีย์ แดขุนทด, อุไรวรรณ ศรีดามา.(2566). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2566;26(3):96–107.
17. จุฑามาศ หมื่นวิเศษ.(2566). ประสิทธิผลของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือด: กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี. ระบบเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. 2566 [cited 2024 Dec 7]. Available from: https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MTA

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในกรุงเทพมหานคร

Organizational Engagement of Registered Nurses in Bangkok Metropolitans.

(Received: December 24,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ประเสริฐ สิทธิจิรพัฒน์[1] กิ่งแก้ว พรอภิรักษสกุล[2]
Prasert Sitthijirapat [1] Kingkaeo Phonaphiraksakun [2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์การกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.33, SD = 0.67) ส่วนผลการวิเคราะห์ภาพรวมของปัจจัยองค์กร พบว่า บุคลากรมีระดับความผูกพันต่อองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.36, SD = 0.69) โดยองค์ประกอบด้านความมั่นคงมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก (Mean = 4.66, SD = 0.50) สำหรับผลการทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยองค์การและความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยองค์การโดยรวมมีความสัมพันธ์ทิศทางเดียวกันในระดับปานกลางกับความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
คำสำคัญ: ความผูกพันต่อองค์กร พยาบาลวิชาชีพในกรุงเทพมหานคร

Abstract

This survey research aimed to: 1) examine the level of organizational engagement among registered nurses, and 2) investigate the relationship between organizational factors and organizational engagement of professional nurses in Bangkok. The sample consisted of 400 registered nurses working in a hospital in Bangkok. Data were collected using a questionnaire. The statistical methods employed included percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that the overall level of Employee engagement among professional nurses was high (Mean = 4.33, SD = 0.67). Regarding organizational factors, the overall level was found to be high (Mean = 4.36, SD = 0.69). Among these factors, job security recorded the highest mean score at a very high level (Mean = 4.66, SD = 0.50). Moreover, the results of the correlation analysis indicated that overall organizational factors were positively and moderately correlated with the overall organizational engagement of registered nurses, with statistical significance at the 0.05 level.
Keywords: Organizational commitment, Professional nurses in Bangkok.

บทนำ

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหนึ่งในระบบสุขภาพที่มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและยังเป็นผู้ประสานงานกระบวนการรักษากับสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความสามารถ ความอดทน และทักษะต่างๆ เพื่อให้ผลลัพธ์ทางการ

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการตลาดดิจิทัล คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม

พยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและสามารถตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของประชาชน แต่เนื่องจากสภาพการทำงานที่ต้องอยู่ภายใต้ความกดดัน ความเครียดจากการทำงานหนักและเสี่ยงอันตราย ค่าตอบแทนที่ไม่สมดุลกับภาระงาน สวัสดิการที่ไม่เพียงพอ และขาดความก้าวหน้าในวิชาชีพ เป็นสาเหตุของการลาออกจากวิชาชีพ[1,2] แต่หากบุคลากรมีความเป็นอยู่ที่ดี มีชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม ชีวิตส่วนตัวมีความสมดุล ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและมีสวัสดิการต่าง ๆ ที่เพียงพอ และมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ ย่อมส่งผลให้อัตราการลาออกหรือโอนย้ายลดลง เกิดความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งความผูกพันต่อองค์กร (Employee Engagement) จะสร้างแรงศรัทธาและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรมีความรู้สึกที่ดีต่อองค์การ สร้างความจงรักภักดี เสียสละเพื่อองค์การ รวมถึงสร้างมาตรฐานในการทำงาน สร้างบรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน หากพยาบาลมีความผูกพันต่อองค์กรที่สูงย่อมนำไปสู่การทำงานอย่างทุ่มเท ลดอัตราการลาออก และรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพให้อยู่กับองค์กรในระยะยาว ทำให้องค์กรมีศักยภาพในการแข่งขันมากขึ้น[3]

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวของ ขอนำเสนอรายละเอียดดังนี้

ความผูกพันของพนักงานเป็นการแสดงออกของบุคคลที่เต็มใจอุทิศตนเพื่อองค์การให้ประสบความสำเร็จ ความผูกพันของพนักงานเป็นการความเชื่อมโยงทั้งหมดระหว่างบุคคลและองค์กร เป็นตัวบ่งชี้ความต้องการเป็นสมาชิกขององค์กรต่อไป หากบุคคลรู้สึกอึดอัด ไม่พึงพอใจ พนักงานก็จะไม่รู้สึกผูกพัน ส่งผลให้ลาออกจากองค์การ[4] Aon Hewitt[5] ได้ให้ความหมายของความผูกพันของพนักงานว่าเป็นสิ่งที่แสดงออกได้ทางพฤติกรรมที่เห็นได้จาก 1. การพูด (Say) จะเป็นการพูดถึงองค์กรในด้านบวก 2. การดำรงอยู่ (Stay) จะเป็นความประสงค์ของพนักงานที่จะเป็นพนักงานต่อไป 3. ความพยายามเต็มความสามารถของพนักงาน (Strive) ที่จะช่วยเหลือสนับสนุนธุรกิจขององค์กรให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งพฤติกรรมดังกลาวจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางธุรกิจหรือผลการดำเนินงานขององค์กร เช่น อัตราการคงอยู่ของบุคลากร สุขภาวะทางจิต หรือ อัตราการขาดงานของบุคลากรในองค์กร ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติงาน เช่น อัตราความปลอดภัย และผลิตภาพ ผลลัพธ์ที่เกิดต่อลูกค้า เช่น ความพึงพอใจของลูกค้า และผลลัพธ์ทางการเงิน เช่น รายได้ หรือ ยอดขาย เป็นต้น ความผูกพันต่อองค์กรจึงเป็นการแสดงออกที่มากกว่าความจงรักภักดีตามปกติ เพราะความผูกพัน เป็นความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นและผลักดันให้บุคคลเต็มใจที่จะอุทิศตัวเองเพื่อการสร้างสรรค์ให้องค์กรเจริญก้าวหน้าขึ้น

Aon Hewitt[6] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของพนักงานประกอบด้วย 6 มิติ ได้แก่

1. แบรนด์ (Brand) หมายถึง ชื่อเสียงขององค์กร ผู้บริหาร บรรษัทภิบาลหรือความ รับผิดชอบต่อสังคม

2. ภาวะผู้นำ (Leadership) ได้แก่ ภาวะผู้นำระดับอาวุโส ภาวะผู้นำระดับหน่วยธุรกิจ

3. ผลการดำเนินงาน (Performance) ได้แก่ โอกาสในอาชีพ การเรียนรู้และพัฒนาการบริหารผลการดำเนินงาน การบริหารคน ผลตอบแทนและการให้ความสำคัญแก่พนักงาน

4. แนวปฏิบัติขององค์กร (Company Practices) ได้แก่ การสื่อสาร การให้ความสำคัญกับลูกค้า โครงสร้างพื้นฐานที่ใช้ในการทำงาน และการบริหารความสามารถและการคัดเลือก พนักงาน

5. ปัจจัยความต้องการพื้นฐาน (The basics) ได้แก่ ผลประโยชน์ ความมั่นคงในหน้าที่การงาน ความปลอดภัย สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน

6. ปัจจัยเกี่ยวกับงาน (The work) ได้แก่ ความร่วมมือ การมอบอำนาจหรืออำนาจการตัดสินใจ และลักษณะงาน

นอกจากนี้ Aon Hewitt[7] ยังได้อธิบายเสริมว่า ความผูกพันของพนักงานมีพัฒนาการเริ่มจากความพึงพอใจในการทำงาน (Employee Satisfaction) ซึ่งนำไปสู่ความผูกพันทางจิตใจหรือพันธะสัญญาต่อองค์กร (Commitment) และพัฒนาเป็นความผูกพันของพนักงานต่อองค์กร (Employee Engagement) ในที่สุด องค์กรส่วนใหญ่มุ่งหวังให้พนักงานเกิดความผูกพันดังกล่าว โดยพนักงานจะค่อย ๆ พัฒนาความรักและความผูกพันต่อองค์กรเมื่อองค์กรเห็นคุณค่าในตัวพนักงานและสามารถสร้างความพึงพอใจในการทำงานได้อย่างเหมาะสม

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพัน Herzberg[8] เสนอว่า ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคคลขึ้นอยู่กับระดับความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของพนักงาน โดยแบ่งปัจจัยออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ปัจจัยค้ำจุน และปัจจัยจูงใจ

1) ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันหรือบรรเทาความไม่พึงพอใจในการทำงาน โดยเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน ประกอบด้วย

1.1 นโยบายและการบริหาร หมายถึง การบริหารจัดการที่สอดคล้องกับนโยบายองค์กร มีความเป็นธรรม ชัดเจน และมีการสื่อสารอย่างทั่วถึง

1.2 ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน หมายถึง ความสัมพันธ์อันดี ความเข้าใจซึ่งกันและกัน รวมถึงการได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา

1.3 ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในองค์กร การให้ความร่วมมือและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

1.4 สภาพแวดล้อมในการทำงาน หมายถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ การระบายอากาศ บรรยากาศการทำงาน ชั่วโมงการทำงาน รวมถึงอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการทำงาน

1.5 ความมั่นคงในงาน หมายถึง ความรู้สึกมั่นคงต่อการทำงาน ความต่อเนื่องของอาชีพ และภาพลักษณ์ของตำแหน่งงาน

1.6 ผลประโยชน์และค่าตอบแทน หมายถึง ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่องค์กรจัดให้แก่พนักงานนอกเหนือจากเงินเดือน เช่น ประกันสุขภาพ วันหยุดพักผ่อน บำเหน็จบำนาญ และโบนัส

1.7 คุณภาพชีวิตในการทำงาน หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการทำงาน เช่น ความเป็นอยู่ ความสะดวกในการเดินทาง และความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว

2) ปัจจัยจูงใจ (Motivator Factors) เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกและก่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน โดยเกี่ยวข้องกับลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ได้แก่

2.1 ความสำเร็จในการทำงาน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายและการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนางาน

2.2 การยอมรับและการยกย่อง หมายถึง การได้รับการชื่นชม ให้กำลังใจ และการยอมรับในความสามารถในการทำงาน

2.3 ลักษณะของงาน หมายถึง งานที่มีความน่าสนใจ ท้าทาย ใช้ความคิดสร้างสรรค์ มีอิสระ และสอดคล้องกับความถนัดของผู้ปฏิบัติงาน

2.4 ความรับผิดชอบในงาน หมายถึง การได้รับความไว้วางใจ มอบหมายงานสำคัญ และมีอำนาจในการตัดสินใจเพื่อให้งานบรรลุผล

2.5 ความก้าวหน้าในการทำงาน หมายถึง โอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง การปรับค่าตอบแทน

และการพัฒนาความรู้ความสามารถผ่านการศึกษาและการฝึกอบรม

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg[8] มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยเห็นว่า การสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานจำเป็นต้องอาศัยทั้งปัจจัยค้ำจุนและปัจจัยจูงใจควบคู่กัน ทั้งนี้ ปัจจัยค้ำจุนมีบทบาทในการป้องกันหรือบรรเทาความไม่พึงพอใจในการทำงานภายในองค์กร แต่ไม่สามารถก่อให้เกิดความพึงพอใจได้โดยตรง ขณะที่ปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงาน นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ควบรวมปัจจัยที่มีความใกล้เคียงกันตามแนวคิดคุณลักษณะของงานของ Hackman และ Oldham[9] โดยลดจำนวนปัจจัยจากเดิม 4 ปัจจัย เหลือ 2 ปัจจัย ได้แก่ การควบรวมปัจจัยด้านลักษณะงานกับปัจจัยด้านความรับผิดชอบในงาน และการควบรวมปัจจัยด้านความสำเร็จในการทำงานกับปัจจัยด้านการยกย่องนับถือหรือการยอมรับ ส่งผลให้ปัจจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ปัจจัย ได้แก่ 1) นโยบายและการบริหาร 2) ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน 3) ผลประโยชน์และค่าตอบแทน 4) ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน 5) คุณภาพชีวิตในการทำงาน 6) ความมั่นคงในงาน 7) ความสำเร็จในการทำงาน 8) ความก้าวหน้าในอาชีพและการพัฒนาพนักงาน 9) ลักษณะงาน และ 10) สภาพแวดล้อมในการทำงาน

ภายใต้บริบทของสภาวะการแข่งขันในตลาดแรงงานพยาบาลที่สูงขึ้น ยังอาจทำให้การรักษาบุคลากร (Retention) กลายเป็นความท้าทายขององค์กร จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ทราบถึงข้อเท็จจริงของระดับความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อองค์กร อันจะเป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งถือว่าเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญต่อองค์กรให้มีความรัก ความตั้งใจในการปฏิบัติงาน เพื่อส่งผลต่อความสำเร็จในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ขององค์กร อันนำไปสู่ความมีเสถียรภาพขององค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในกรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยองค์การกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

วิธีการดำเนินวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อศึกษาความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในกรุงเทพมหานคร

2. กลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 382 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามเชิงโครงสร้าง (Structured Questionnaire) ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของพนักงาน เช่น เพศ สถานภาพสมรส ระดับศึกษา

3.2 แบบวัดปัจจัยองค์การ ได้แก่ 1) นโยบายและการบริหาร 2) ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน 3) ผลประโยชน์และค่าตอบแทน 4) ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน 5) คุณภาพชีวิตในการทำงาน 6) ความมั่นคงในงาน 7) ความสำเร็จในการทำงาน 8) ความก้าวหน้าในอาชีพและการพัฒนาพนักงาน 9)

ลักษณะงาน และ 10) สภาพแวดล้อมในการทำงาน ใช้มาตราส่วนประเมินค่าแบบ Likert 5 ระดับ

3.3 แบบวัดความผูกพันของพนักงาน (Employee Engagement) ได้แก่ 1) การพูด (Say) 2. การดำรงอยู่ (Stay) และ 3) ความพยายามเต็มความสามารถของพนักงาน (Strive)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาคำนวณค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และนำค่ามาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ในการแปลผล ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่าน และคำนวณดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ 0.84 สามารถนำมาใช้ในการวิจัยได้ ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability Test) โดยใช้ Cronbach's Alpha ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ 0.91 ซึ่งสามารถน้ามาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Methods) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ทั้งในรูปแบบเอกสารและระบบออนไลน์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความสมัครใจ โดยข้อมูลที่เก็บได้ผ่านการตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำมาวิเคราะห์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยมีขั้นตอนดังนี้

5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อนำเสนอระดับความผูกพันธ์ของพยาบาลวิชาชีพ

5.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังนี้

ตัวแปรต้น ได้แก่ 1) นโยบายและการบริหาร 2) ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน 3) ผลประโยชน์และค่าตอบแทน 4) ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน 5) คุณภาพชีวิตในการทำงาน 6) ความมั่นคงในงาน 7) ความสำเร็จในการทำงาน 8) ความก้าวหน้าในอาชีพและการพัฒนาพนักงาน 9) ลักษณะงาน และ 10) สภาพแวดล้อมในการทำงาน

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.75 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 32.25 มีสถานภาพโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.75 รองลงมามีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 30.25 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.25 รองลงมามีการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 12.75

ผลการวิเคราะห์ความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพรวม พบว่า บุคลากรมีระดับความผูกพันต่อองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.33, SD = 0.67) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า Say (การพูดถึงองค์กรในแง่ดี) มีคะแนนเฉลี่ยสูง (Mean = 4.47, SD = 0.60) แสดงถึงความภาคภูมิใจในองค์กรสูง Strive ผลการวิเคราะห์ภาพรวมของปัจจัยองค์กร พบว่า บุคลากรมีระดับความผูกพันต่อองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.36, SD = 0.69) โดย ปัจจัยความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และปัจจัยความมั่นคงในงาน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก (Mean = 4.52, SD = 0.56 และ Mean = 4.66, SD = 0.50 ตามลำดับ) นอกจากนี้ ปัจจัยอื่น เช่นปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน ลักษณะงาน ความก้าวหน้าในอาชีพและการพัฒนาพนักงาน คุณภาพชีวิตในการทำงาน ฯลฯ ล้วนมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยองค์การและความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจัย	ความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	Sig	ผลการวิเคราะห์
ปัจจัยองค์การ	0.667	0.000*	มีความสัมพันธ์ทิศทางเดียวกันในระดับปานกลาง

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยองค์การโดยรวมมีความสัมพันธ์ทิศทางเดียวกันในระดับปานกลางกับความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์ 0.667

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพในกรุงเทพมหานครครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า

1. ความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.33, SD = 0.67) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า Say (การพูดถึงองค์กรในแง่ดี) มีคะแนนเฉลี่ยระดับสูง (Mean = 4.47, SD = 0.60) Strive (ความมุ่งมั่นทุ่มเท) มีคะแนนเฉลี่ยระดับสูงเช่นกัน (Mean = 4.33, SD = 0.65) และ Stay (ความตั้งใจที่จะอยู่) เป็นพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 4.18, SD = 0.77) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Preecha, Kaenin[4] ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของบุคลากรโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

2. ผลการวิเคราะห์ภาพรวมของปัจจัยองค์กร พบว่า บุคลากรมีระดับความผูกพันต่อองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.36, SD = 0.69) โดยองค์ประกอบด้านความมั่นคงมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก (Mean = 4.66, SD = 0.50) ส่วนองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านผลประโยชน์และค่าตอบแทน (Mean = 3.86, SD =

0.93) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kangwan, Yodsitsak, & Rattinya, Yooyen[10] ที่ศึกษาเรื่องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานกลุ่มเจเนอเรชันซีที่ปฏิบัติงานในภูมิภาคของประเทศไทย

3. ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยองค์การและความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าปัจจัยองค์การโดยรวมมีความสัมพันธ์ทิศทางเดียวกันในระดับปานกลางกับความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์ 0.667 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Darunee, Chomsri, Phonchai, Junmet, & Narin, Krajai-klang[11] ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบรายครั้งจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ทำให้ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปใช้ได้กับทุกบริบท

2. อาศัยการประเมินด้วยการตอบแบบสอบถาม ซึ่งขึ้นอยู่กับการรับรู้และอารมณ์ของผู้ตอบ

3. การเก็บรวมรวมข้อมูลเป็นลักษณะตัดขวาง (Cross-sectional) จึงไม่สามารถอธิบายเหตุและผลเชิงเวลา

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิเคราะห์ความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความตั้งใจที่จะอยู่ (Stay) เป็นพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 4.18, SD = 0.77) ซึ่งถือเป็นจุดอ่อนที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากบ่งชี้ถึงบุคลากรอาจมีการคิดถึงการลาออก ฝ่ายบริหารควรพัฒนาเส้นทางสายอาชีพ (Career Path) โดยสื่อสารเส้นทางความก้าวหน้า และสร้างระบบระบบ Talent Pool

2. ผลการศึกษา พบว่า ผลตอบแทนและสวัสดิการ มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าปัจจัยอื่น ๆ ชี้ให้เห็นถึงประเด็นที่องค์กรควรพิจารณาทบทวนโครงสร้างเงินเดือนและค่าตอบแทนให้สอดคล้องกับค่าครองชีพในปัจจุบัน โดยอาจพิจารณาเพิ่มสวัสดิการที่ลดภาระค่าครองชีพ เช่น ค่าอาหาร หรือค่าเดินทาง

เอกสารอ้างอิง

1. Thongkaeo T, Suppapitiporn S. (2018). Stress in workplace and its related factors among registered nurse at outpatient department of a hospital in Bangkok. *Chula Med Journal*, (Mar – Apr; 62(2): 197 – 209.
2. Kerdsang, P. (2019). *Organizational Commitment of Professional nurses in Nakhon Pathom Hospital*. A Study Report in Master Degree of Arts Department of Organizational Administration, Faculty of Liberal Arts, Krirk University.
3. Saks, A.M. (2019). Antecedents and consequences of employee engagement revisited, *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance,* 6 (1): 19–38.
4. Preecha, Kaenin (2022). Factors affecting organizational engagement of personnel at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. *Academic Website of Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital*, 2, 1–16.
5. Nat Lertphongsaphat (2017). *Organizational engagement: A case study of Bangkok Drug Store Co., Ltd. Independent Study*, Master of Management Program, Mahidol University.

6. Witoon, Chotanaphan. (2020). *The relationship between employee engagement, organizational citizenship behavior, and individual job performance: A case study of the Metropolitan Waterworks Authority*. Independent Study, Master of Business Administration Program, Thammasat University.
7. Aon Hewitt. (2015). *Aon Hewitt's Engagement Model of Employee Engagement*. Proprietary and Confidential.
8. Herzberg, F. (1966). *Work and the nature of man*. World Publishing Company.
9. Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology, 60*(2), 159–170. https://doi.org/10.1037/h0076546
10. Kangwan, Yodsitsak, & Rattinya, Yooyen (2023). A study of factors affecting organizational engagement of Generation Z employees working in regional areas of Thailand. *Payap University Journal*, 33(2), 108–125.
11. Darunee, Chomsri, Phonchai, Junmet, & Narin, Krajai-klang (2018). Factors related to organizational Engagement of personnel in the Faculty of Nursing, Burapha University. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(1), 268–280.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การเปรียบเทียบผลการพอกเข่ากับการนวดกดจุดประคบเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

Comparison of the Effects of Knee Poultice and Knee acupressure massage in Patients with Osteoarthritis.

(Received: December 24,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

วิภาวีร์ ฤทธิ์แก้ว[1]
Viphawee Litkaew[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อประเมินผลของยาพอกสมุนไพรในการลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 2) เพื่อประเมินผลของการนวดกดจุด การประคบสมุนไพรในการลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และ 3) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้ยาพอกสมุนไพรกับการนวดกดจุดประคบสมุนไพรต่ออาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest with two groups design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 266 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการพอกสมุนไพรเข่า จำนวน 133 คน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลด้วยการนวดประคบเข่า จำนวน 133 คน ใช้แบบประเมิน WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities steoarthritis Index) เป็นเครื่องมือประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา, สถิติ Paired t-test, Independent t-test

ผลการศึกษา: การพอกสมุนไพรเข่า มีประสิทธิผลทำให้ความปวด อาการข้อฝืด ข้อยึด และความสามารถในการใช้งานของข้อลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.001 การนวดประคบสมุนไพร มีประสิทธิผลทำให้ความปวด อาการข้อฝืด ข้อยึด และความสามารถในการใช้งานของข้อลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.001 โดยเมื่อเปรียบเทียบการพอกสมุนไพรเข่า และการนวดประคบสมุนไพร พบว่าทั้ง 2 วิธี มีประสิทธิผลทำให้ความปวด อาการข้อฝืด ข้อยึด และความสามารถในการใช้งานของข้อลดลง มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : โรคข้อเข่าเสื่อม, การพอกสมุนไพรเข่า และการนวดกดจุด

Abstract

The objectives of this study were: 1)to evaluate the effect of herbal poultices in reducing pain in patients with osteoarthritis of the knee. 2)to evaluate the effects of acupressure massage and herbal compresses in reducing pain in patients with osteoarthritis of the knee; and 3) to compare the effectiveness of herbal poultices with acupressure massage and herbal compresses in reducing pain in patients with osteoarthritis of the knee. This study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with two groups: an experimental group and a control group. The sample consisted of 266 patients diagnosed with knee osteoarthritis in Phra Pradaeng District, Samut Prakan Province. The experimental group (n = 133) received herbal poultices applied to the knee, while the control group (n = 133) received knee massage and herbal compresses. The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) was used to assess outcomes before and after the intervention. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

Results: Herbal poultices applied to the knee were found to be effective in significantly reducing pain, joint stiffness, limited range of motion, and joint function (p<.001). Herbal massage is effective in relieving pain, joint stiffness, limited range of motion, and reduced joint function (p<.001). When comparing herbal knee poultices with herbal massage and compresses, both interventions were found to be effective in reducing pain, joint stiffness, joint

[1] แพทย์แผนไทยชำนาญการ กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ภารกิจงานด้านเศรษฐกิจสุขภาพและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

rigidity, and limitations in joint function; however, no statistically significant differences were observed between the two methods.

Keywords: Osteoarthritis, herbal knee poultice, and acupressure massage.

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นโรคของการเสื่อมสภาพของข้อ (Degenerative joint disease) โดยมีการเกิดพยาธิสภาพอย่างเรื้อรังและถาวรที่กระดูกอ่อนผิวข้อ (Articular cartilage) ของข้อชนิดมีเยื่อบุ (Diarthrodial joint) การทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ทำให้กระดูกอ่อนไม่สามารถรองรับน้ำหนักและมีการสูญเสียคุณสมบัติของน้ำหล่อเลี้ยงเข่า เมื่อมีการเคลื่อนไหวของเข่าก็จะเกิดการเสียดสี และเกิดการสึกหรอของกระดูกอ่อน ทำให้เกิดการอักเสบของข้อ มีอาการปวดข้อเรื้อรังบวม กดเจ็บ เคลื่อนไหวลำบากและข้อผิดรูป และต่อเนื่องตามเวลาที่ผ่านไป ข้อที่มักพบการเสื่อมลักษณะนี้เป็นข้อที่ต้องรับ น้ำหนักมาก อีกทั้งยังอาจมีการ ลุกลามทำลายไปยังกระดูกบริเวณใกล้เคียง เช่น ขอบกระดูกในข้อ (Sun-chondral bone) ทำให้มีการหนาตัวขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำไขข้อทำให้คุณสมบัติการหล่อลื่นลดลง พยาธิสภาพเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดอาการปวดจากผิวข้อชำรุด และการอักเสบส่งผลให้การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวลดลงและทำให้ข้อผิดรูปและพิการในที่สุด[1]

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยจากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2567 พบว่าประเทศไทยนั้นมีประชากรผู้สูงอายุซึ่งอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นจำนวน 13 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด จึงสามารถกล่าวได้ว่าขณะนี้ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ ไม่เพียงเท่านั้นในอนาคตอัตราการเกิดของคนไทยยังมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะขยับเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสุดยอดหรือมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2576 จากข้อมูลนี้ ทำให้เราต้องให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น โดยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์แล้ว แน่นอนว่าจะมุ่งเน้นไปที่การดูเป็นหลัก ไม่ว่าจะทั้งทางร่างกายหรือทางจิตใจ[2] นอกจากการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว การใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยบำบัดอาการเจ็บป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ มีหลายวิธี ได้แก่ การรักษาโดยการนวดกดจุดรักษา ประคบสมุนไพร การพอกยาสมุนไพร เป็นต้น ซึ่งใช้สมุนไพรหลายชนิด เป็นส่วนผสมในยาพอกเข่า และปัจจุบันนิยมใช้รักษาในสถานพยาบาลหลายแห่ง ทั้งในระดับโรงพยาบาล ศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้มีการเผยแพร่นวัตกรรมสมุนไพรพอกเข่าลดอาการปวดและมีการอบรมการพอกเข่าด้วยยาสมุนไพรให้กับเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย ให้มีความรู้เรื่องการดูแลรักษาการพอกเข่าด้วยยาสมุนไพร อีกทั้งเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วย[3]

อำเภอพระประแดง พบว่าปัญหาด้านสาธารณสุข จากสถิติพบว่ามีกลุ่มผู้สูงอายุได้รับวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 993 ราย ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 1,163 ราย และในปี พ.ศ.2567 จำนวน 1,335 ราย จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น จากการสำรวจผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอพระประแดง พบมีจำนวน 876 ราย เนื่องจากพฤติกรรมการนั่งกับพื้น นั่งพับเพียบ คุกเข่า หรือนั่งในท่าที่ข้อเข่างอพับมากที่สุดและเป็นเวลานาน ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงไม่ดี และการกดทับทำให้ข้อเข่าขาดอาหารหล่อเลี้ยงชั่วคราว ปัจจุบันการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม มีวิธีการรักษาได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการปวดและความเสี่ยงของข้อเข่า การรักษาด้วยการใช้ยาเพื่อลดอาการปวด หรือการ

เพิ่มปริมาณน้ำในไขข้อ และรักษา ด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จุดมุ่งหมายในการรักษาข้อเข่าเสื่อมทุกวิธีเพื่อลดอาการปวดเคลื่อนไหวข้อเข่าได้ดีขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ และอำเภอพระประแดงยังไม่มีผู้ศึกษาวิจัยเรื่องการเปรียบเทียบผลการพอกเข่ากับการนวดกดจุดประคบเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากการบำบัดทางเลือกแบบไม่ใช้ยา โดยใช้วิธีหัตถบำบัดการพอกสมุนไพรเข่า การนวดกดจุดประคบสมุนไพรด้วยสมุนไพรไทยในการลดอาการปวดและเพิ่มสมรรถภาพข้อเข่า ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและการหลั่งสารระงับปวดตามธรรมชาติ ทำให้สามารถลดอาการปวดและการอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะ ในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถรับประทานยาได้ต่อเนื่อง จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อนำผลวิจัยมาพัฒนาระบบงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในบริบทบริการสุขภาพไทย ของอำเภอพระประแดง และพัฒนางานไปยังอำเภอในจังหวัดสมุทรปราการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลยาพอกสมุนไพรในการลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2. เพื่อประเมินผลของการนวดกดจุด การประคบสมุนไพรในการลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
3. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้ยาพอกสมุนไพรกับการนวดกดจุดประคบสมุนไพรต่ออาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest with two groups design) ของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ได้รับการพอกสมุนไพรเข่า และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลด้วยการนวดกดจุดประคบเข่า วัดผลการทดลอง 2 ครั้ง คือ วัดก่อนการทดลอง (Pretest) และภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที (Posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยอายุ 40 – 75 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมในอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 876 คน และหาขนาดจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ (Daniel (2010) ได้จำนวนตัวอย่างศึกษา 266 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive.sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด และทำการสุ่มอย่างง่ายแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 133 คน และกลุ่มควบคุม 133 คน

1) คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ประกอบด้วย (1) เป็นผู้มีสัญชาติไทย อายุระหว่าง 40 – 75 ปี ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม (2) คัดกรองคุณสมบัติเพิ่มเติมด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) คัดผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้มีอาการ โรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง 20 – 29 คะแนน (3) ไม่ได้รับการผ่าตัดเข่า (4) ไม่มีประวัติข้อเข่าเสื่อมสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือภาวะกระดูกผิดรูป (5) ไม่มีภาวะโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ หรือข้ออักเสบจากการติดเชื้อ (6) ไม่มีภาวะอัมพาต อัมพฤกษ์เดินไม่ได้ (7) ไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจ โรคออโตอิมมูนและภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (8) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับความรู้สึก (9) ไม่เป็นโรคผิวหนัง (10) ไม่มีข้อจำกัดในการรักษาทางแพทย์แผนไทยด้วยการพอกยา นวดกดจุดประคบ (11) สามารถอ่านออกเขียนได้ หรือสามารถตอบคำถามงานวิจัยได้ (12) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจและให้ความยินยอมร่วมงานวิจัย

2) **เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)** ประกอบด้วย (1) มีอักเสบจากการติดเชื้อ (2) อยู่ในภาวะหลังผ่าตัดกระดูกหัก (3) มีอาการเกี่ยวกับการแพ้สมุนไพรชนิดต่าง ๆ (4) ผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้ร้องขอไม่เข้าร่วม หรือยกเลิกการเข้าร่วมโครงการ (5)

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีผิวหนังไหม้หลังการประคบสมุนไพรด้วยลูกประคบสมุนไพร (6) มีภาวะแทรกซ้อนอื่นที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) ยาพอกสมุนไพร ประกอบด้วย ดองดึง 100 กรัม แป้งข้าวเจ้า 500 กรัม แป้งข้าวหมาก 2 ลูก น้ำมันไพลสกัด 1,000 มิลลิกรัม น้ำมันงา 20 มิลลิกรัม น้ำมันขิง 100 มิลลิกรัม การบูร 100 กรัม เมนทอล 50 กรัม พิมเสน 25 กรัม ปูนแดง 20 กรัม น้ำเปล่า 1 ลิตร

2) ลูกประคบสมุนไพร ประกอบด้วยไพล 500 กรัม ผิวมะกรูด 100 กรัม ตะไคร้บ้าน 200 กรัม ใบมะขาม 100 กรัม ขมิ้นชัน 100 กรัม ใบส้มป่อย 50 กรัม การบูร 30 กรัม เกลือ 60 กรัม พิมเสน 30 กรัม [4]

3) การนวดรักษาแบบราชสำนัก ประกอบด้วย นวดพื้นฐานขา เปิดประตูลม นวดสัญญาณ 1 - 3 เข่า นวดสัญญาณ 1 – 4 ขาด้านนอก เน้นสัญญาณ 4 นวดสัญญาณ 1 – 4 ขาด้านในเน้นสัญญาน 3 - 4

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการประเมินประสิทธิผลการรักษาอาการปวดเข่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดำเนินของโรค สาเหตุการเกิดโรค โรคประจำตัว จำนวนข้อเข่าที่เป็น เป็นต้น

แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค ข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) เป็นเครื่องมือมาตรฐานใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 0 คะแนนสูงสุด 48 คะแนน โดยมีการแปลผลค่าคะแนน ดังนี้

0 – 9 คะแนน มีข้อบ่งชี้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง

20 – 29 คะแนน มีข้อบ่งชี้มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง

30 – 39 คะแนน มีข้อบ่งชี้เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม

40 – 48 คะแนน ยังไม่พบอาการผิดปกติ

การประเมินภาวะข้อจำกัดจากอาการปวดเข่า ใช้เครื่องมือ Modified WOMAC scale (Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index) ฉบับภาษาไทย เป็นการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยมิติการประเมิน 3 ด้าน ดังนี้

(1) อาการปวดข้อ (pain dimension) มี 5 ข้อย่อย เป็นการสอบถามอาการปวดข้อในอิริยาบถต่าง ๆ ได้แก่ ขณะเดิน ขึ้น – ลงบันได เวลากลางคืน ขณะพักและขณะยืนลงน้ำหนัก

(2) อาการข้อฝืด ข้อตึง (stiffness dimension) มี 2 ข้อย่อย เป็นการสอบถามอาการข้อฝืด ยึดตึงในแต่ละช่วงของวัน ได้แก่ ช่วงเช้า (ขณะตื่นนอน) และในช่วงระหว่างวัน

(3) การใช้งานข้อ (function dimension) มี 15 ข้อย่อย เป็นการสอบถามความสามารถ ในการทำงานข้อในอิริยาบถต่างๆ ได้แก่ การลุกยืนจากท่านั่ง การยืน การเดินบนพื้นราบ การขึ้น – ลงรถยนต์ การไปซื้อของ การใส่ – ถอดกางเกง การขึ้น – ลงรถยนต์ การไปซื้อของ การใส่ – ถอดกางเกง การลุกจากเตียง การอาบน้ำเอง การนั่งเก้าอี้และการนั่งส้วม การทำงานบ้านทั้งงานหนักและงานเบา

คำถาม 22 ข้อ และ 3 ส่วน คือ คำถามระดับความปวด ระดับข้อฝืด ข้อตึง และระดับความสามารถในการใช้งานข้อ คำถามเป็นแบบมาตรวัดตั้งแต่ 0 ไม่ปวดเลย จนถึง 10 ปวดมากจนทนไม่ได้ ผู้ตอบเลือกตอบโดยการกาเครื่องมือ หรือวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับอาการของตนมากที่สุด 5 ระดับ (0,1,2,3,4) มีค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 -0.97[5]

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นจึงนำเครื่องมือมา

ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำแบบทดสอบที่ปรับปรุง ไปทดสอบความเที่ยง โดยสำรวจนำร่อง(Pilot coefficient) กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในเขตอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถาม เพื่อคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (alpha coefficient) เสนอแนะโดย Cronbach's coefficient of alpha method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความปวดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (Western Ontario and McMaster University, WOMAC) โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) และสถิติ Paired t-test, Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างการวิจัยและขออนุมัติไปยังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุขในคน จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อพิจารณารับรองการศึกษาวิจัย และได้ใบรับรองจริยธรรมเลขที่ 12/2568 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 266 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 133 คน และกลุ่มควบคุม 133 คน พบว่ากลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.7 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 14.3 มีอายุสูงกว่า 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 76.7 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 51.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.40 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 41.35 ทุกคนไม่มีประวัติการแพ้สมุนไพร มีส่วนสูงเฉลี่ย 157.25 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 62.50 กิโลกรัม และมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.27 กก./ม^2 และกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.70 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 23.30 มีอายุสูงกว่า 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 59.40 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 41.40 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.64 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 42.11 ทุกคนไม่มีประวัติการแพ้สมุนไพร มีส่วนสูงเฉลี่ย 160.07เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 65.47 กิโลกรัม และมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.56 กก./ม^2

2. วิเคราะห์ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ผลการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 266 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อประเมินรายข้อ พบว่าในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยปัญหาปวดเข่าในขณะที่นอนกลางคืนสูงที่สุด 2.14 และมีระดับคะแนนเฉลี่ยในขณะที่ทำงาน/ทำงานบ้านมีอาการปวดเข่าน้อยที่สุด 1.98 ในกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนเฉลี่ยของอาการเจ็บเข่าสูงที่สุด 2.23 และมีระดับคะแนนเฉลี่ยสามารถนั่งลงคุกเข่าและลุกขึ้นได้น้อยที่สุด 1.84

3. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความปวด/ความฝืด/ความสามารถในการใช้งานข้อเข่า ก่อน - หลังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดในอิริยาบถต่าง ๆ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดก่อนการทดลองที่ 4.50 และหลังการทดลองมีระดับความปวดเฉลี่ยลดลงเหลือ 2.59 โดยการปวดข้อขณะอยู่เฉยๆ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองลดลงมากที่สุด และกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดก่อนการทดลองที่ 4.46 และหลังการทดลองมีระดับความปวดเฉลี่ยลดลงเหลือ 2.92 โดยการปวดข้อตอนกลางคืน มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองลดลงมากที่สุด

ผลการวิเคราะห์ระดับอาการข้อฝืด ยึดตึงในแต่ละช่วงของวัน พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด ก่อนการทดลองที่ 4.29 และหลังการทดลองมีระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด

เฉลี่ยลดลงเหลือ 2.61 โดยข้อฝืดในช่วงระหว่างวัน มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองลดลงมากที่สุด และกลุ่มควบคุม มีระดับคะแนนเฉลี่ยระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด ก่อนการทดลองที่ 4.24 และหลังการทดลองมีระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด เฉลี่ยลดลงเหลือ 2.76 โดยข้อฝืดช่วงเช้า(ขณะตื่นนอน) มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองลดลงมากที่สุด

ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้งานข้อ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้งานข้อ ก่อนการทดลองที่ 4.43 และหลังการทดลองมีระดับอาการคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้งานข้อ เฉลี่ยลดลงเหลือ 3.02 โดยการทำงานบ้านเบาๆ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองลดลงมากที่สุด และกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้งานข้อก่อนการทดลองที่ 4.62 และหลังการทดลองมีระดับอาการคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้งานข้อ เฉลี่ยลดลงเหลือ 3.26 โดยการลุกยืนจากท่านั่งมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองลดลงมากที่สุด

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยระดับความปวด/ความฝืด/ความสามารถในการใช้งานข้อเข่า ก่อน - หลัง ของได้รับการพอกยาสมุนไพร และได้รับการนวดกดจุด และประคบ ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยระดับความปวด/ความฝืด/ความสามารถในการใช้งานข้อเข่า ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพอกยาสมุนไพร ก่อนและหลังทดลองในด้านระดับความปวด ระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด ระดับความสามารถในการใช้งานของข้อ พบว่าคะแนนระดับความปวดก่อนการทดลอง 4.50 หลังการทดลอง 5.59 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001) คะแนนระดับอาการข้อฝืด ข้อยึดก่อนการทดลอง 4.29 หลังการทดลอง 2.61 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001) คะแนนระดับความสามารถในการใช้งานของข้อก่อนการทดลอง 4.43หลังการทดลอง 3.02 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001)

ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยระดับความปวด/ความฝืด/ความสามารถในการใช้งานข้อเข่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการนวดกดจุด และประคบ ก่อนและหลังทดลองในด้านระดับความปวด ระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด ระดับความสามารถในการใช้งานของข้อ พบว่าคะแนนระดับความปวดก่อนการทดลอง 4.46 หลังการทดลอง 2.92 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001) คะแนนระดับอาการข้อฝืด ข้อยึดก่อนการทดลอง 4.24 หลังการทดลอง 2.76 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001) คะแนนระดับความสามารถในการใช้งานของข้อก่อนการทดลอง 4.62 หลังการทดลอง 3.26 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดอาการข้อฝืด ข้อยึด และความสามารถในการใช้งานข้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 2.59 และ 2.92 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.91) คะแนนเฉลี่ยระดับอาการข้อฝืด ข้อยึดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 2.61 และ 1.11 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.22) คะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการใช้งานข้อในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 3.02 และ 0.74 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.45)

สรุปและอภิปรายผล

พบว่าการพอกสมุนไพรเข่า และการนวดกดจุดประคบสมุนไพร ทั้ง 2 วิธี ส่งผลทำให้ความปวด อาการข้อฝืด ข้อยึด และความสามารถในการใช้งานของข้อลดลงได้ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยระดับความปวด/ความฝืด/ความสามารถในการใช้งานข้อเข่า ลดลงโดยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพอกสมุนไพรเข่า มีความ

แตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองในด้านระดับความปวด ระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด และระดับความสามารถในการใช้งานของข้อ พบว่าคะแนนระดับความปวดก่อนการทดลอง 4.50 หลังการทดลอง 2.59 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001) คะแนนระดับอาการข้อฝืด ข้อยึดก่อนการทดลอง 4.29 หลังการทดลอง 2.61 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001) คะแนนระดับความสามารถในการใช้งานของข้อก่อนการทดลอง 4.43 หลังการทดลอง 3.02 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001) อธิบายได้ว่าอาจจะเกิดจากสารสำคัญในสมุนไพร เช่น ไพลดองดึง การบูร เมนทอล และน้ำมันงา ที่มีฤทธิ์ในการต้านการอักเสบ และกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต การพอกสมุนไพรที่สัมผัสโดยตรงกับผิวหนังอย่างต่อเนื่องยังอาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูดซึมสารออกฤทธิ์เข้าสู่บริเวณข้อเข่าได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงเวลาการสัมผัสกับสมุนไพรและการดูดซึมของตัวยาที่มากกว่าและสม่ำเสมอกว่า สอดคล้องกับการศึกษาการลดอาการปวดเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโดยใช้สมุนไพรพอกเข่า[3] พบว่าการใช้สมุนไพรพอกเข่ามีผลให้ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score) มีค่าเฉลี่ยลดลงจากก่อนการรักษา 6.83 ลดลงเป็นหลังการรักษา 3.98 และการศึกษาผลของยาพอกสมุนไพรลดอาการปวดเข่าในผู้งสูงอายุ หมู่บ้านคลองนุ้ย ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา[6]

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการนวดกดจุด และประคบ มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองในด้านระดับความปวด ระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด ระดับความสามารถในการใช้งานของข้อ พบว่าคะแนนระดับความปวดก่อนการทดลอง 4.46 หลังการทดลอง 2.92 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001) คะแนนระดับอาการข้อฝืด ข้อยึดก่อนการทดลอง 4.24 หลังการทดลอง 2.76 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001) คะแนนระดับความสามารถในการใช้งานของข้อก่อนการทดลอง 4.62 หลังการทดลอง 3.26 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<.001) อธิบายได้ว่าการนวดกดจุดร่วมกับการประคบช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตในบริเวณรอบข้อเข่า ทำให้เกิดการขยายหลอดเลือด เพิ่มการลำเลียงสารอาหารและออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่อ พร้อมทั้งช่วยลดการคั่งของเสียและสารก่อการอักเสบ ความร้อนจากการประคบช่วยให้กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นรอบข้อเกิดการคลายตัว ลดความตึงและเพิ่มความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่ออ่อน ส่งผลให้ความฝืดของข้อเข่าลดลงและช่วงการเคลื่อนไหวของข้อดีขึ้น นอกจากนี้การกดจุดยังมีผลกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ส่งเสริมการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphins) และเอนเคฟาลิน (Enkephalins) ซึ่งมีฤทธิ์ระงับปวดตามธรรมชาติของร่างกาย ทำให้ระดับความรู้สึกปวดลดลงและเกิดความผ่อนคลายโดยรวม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวข้อเข่าได้ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลการรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพร โรงพยาบาลหนองบัวระเหว[7] พบว่าการประสิทธิผลการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพรหลังได้รับการนวดราชสำนักและการประคบสมุนไพร จำนวน 3 ครั้ง มีระดับความเจ็บปวดหลังการรักษาพบว่าระดับความเจ็บปวดลดลงร้อยละ100 (ระดับ 1-2 คือ ปวดเล็กน้อย) ค่าเฉลี่ยหลังการรักษา (SD) =1.0 (1.41)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความปวด อาการข้อฝืด ข้อยึด และความสามารถในการใช้งานข้อ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 2.59 และ 2.92 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.91) คะแนนเฉลี่ยระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 2.61 และ 1.11 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.22) คะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการใช้งานข้อในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 3.02 และ 0.74 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.45) อธิบายได้ว่าทั้ง 2 วิธี ทั้งการพอกสมุนไพรเข่าและการนวดกดจุดประคบสามารถลดระดับความปวด ความฝืดข้อยึด และเพิ่มความสามารถในการใช้งานข้อได้มีประสิทธิผลใกล้เคียงกันในการบรรเทาอาการปวดข้อเข่าในระยะสั้น ซึ่งกลไกที่อาจอธิบายผลลัพธ์ดังกล่าวคือฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสมุนไพรที่ใช้ในการพอก เช่น ไพล ขมิ้นชัน การบูร และพิมเสน ที่มีคุณสมบัติต้านการอักเสบ ลดบวม และเพิ่มการไหลเวียนเลือดเฉพาะที่ และความร้อนจากการพอกที่ช่วยคลายกล้ามเนื้อและลดแรงตึงรอบข้อเข่า ส่งผลให้ความรู้สึกปวดลดลงอย่างเป็นธรรมชาติ[8] ในขณะที่การนวดกดจุดประคบออกฤทธิ์ผ่านการกระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึกและระบบไหลเวียนโลหิต ส่งผลให้กล้ามเนื้อคลายตัว ความตึงลดลง และเกิดการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphins) และเอนเคฟาลิน (Enkephalins) จะช่วยบรรเทาอาการปวด สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลการรักษาอาการปวดข้อเข่าโดยใช้การนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการประคบ และพอกเข่าด้วยสมุนไพร ในผู้ป่วย ที่มีอาการปวดเข่าหรือข้อเข่าเสื่อม อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี (ปิยาภรณ์ พงษ์เกิดลาภ, 2565)[9] พบว่าการรักษาทั้ง 2 แบบ สามารถรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุได้ดีขึ้น และการศึกษาประสิทธิผลของการพอกเข่าด้วยสมุนไพรร่วมกับการนวดไทยแบบราชสำนักต่อการรักษาโรคลมจับโปงแห้งเข่า โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าจังหวัดสมุทรสงคราม[10] พบว่าการพอกเข่าด้วยแผ่นพอกสมุนไพรร่วมกับการนวดไทยแบบราชสำนักให้ผลในการลดอาการปวดข้อ ข้อฝืด ข้อยึดได้เพิ่มความสามารถในการใช้งานข้อ และมุมการเคลื่อนไหวของข้อต่อที่เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1) การพอกสมุนไพรเข่า และการนวดกดจุดประคบ สามารถนำไปใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าได้ ช่วยลดความปวด และความฝืดของข้อ และเพิ่มสมรรถภาพการใช้งานข้อในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการใช้ยาแผนปัจจุบัน

2) ควรมีการขยายต่อยอดการจัดบริการบำบัดรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าด้วยวิธีการพอกเข้า การนวดประคบ ให้แก่หน่วยบริการในเครือข่าย โดยการจัดอบรมบุคลากรให้มีความชำนาญ และจัดเตรียมสมุนไพรและอุปกรณ์ประคบที่ได้มาตรฐานเพื่อเพิ่มประสิทธิผลและความปลอดภัย เพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และได้มาตรฐาน

3) ควรทำการศึกษาต่อยอดด้วยกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น และหลากหลายติดตาม ผลระยะยาวหรือเพิ่มจำนวนครั้งในการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม และใช้เครื่องมือวัดที่เป็นเชิงวัตถุร่วมกับแบบสอบถาม เพื่อยืนยันผลและประสิทธิผลของวิธีการบำบัดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ดลยา ถมโพธิ์, ลัดมะณี ศรีชา, สุนิษา ชูแสง. (2564). การศึกษาประสิทธิของการนวดกดจุด ประคบ และพอกสมุนไพรเพื่อบำบัดอาการปวดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมของโรงพยาบาลบัวใหญ่. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีษะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(2), 391-401. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/252859/172022
2. ธีระ กลลดาเรืองไกร,นิตยสารจีเจ อี-แมกซีน. (2568). ผู้สูงอายุ.รายปักษ์ ปีที่ 9 ฉบับที่ 31 เดือนเมษายน 2568
3. ธนวัฒน์ งามศรี, (2567). การศึกษาการลดอาการปวดเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโดยใช้สมุนไพรพอกเข่า
4. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2560) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน(หน้า 26-27)
5. Auw Yang. (2007). Validation of the short-form WOMAC function scale for the evalution of osteoarthritis of the knee. J Bone Joint Surg Br.29(1) : 50-6.

6. พรรธน์ชญมน เกตุรุ่ง, (2568). การศึกษาผลของยาพอกสมุนไพรลดอาการปวดเข่าในผู้งสูงอายุ หมู่บ้านคลองนุ้ย ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
7. เจริญ วันวาน, (2568). การศึกษาประสิทธิผลการรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดไทยแบบราชส านักร่วมกับการประคบสมุนไพร โรงพยาบาลหนองบัวระเหว
8. สุไลมาน เยะมูเร็ง.(2566). ประสิทธิผลของการใช้ยาพอกสมุนไพรต่ออาการปวดและองศาการเคลื่อนไหวในผ้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าไหล่. วิทยานิพนธ์. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนตะวันออก. มหาวิทยาลัยรังสิต
9. ปิยาภรณ์ พงษ์เกิดลาภ, (2565). ประสิทธิผลการรักษาอาการปวดข้อเข่า โดยใช้การนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการประคบและพอกเข่าด้วยสมุนไพร ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าหรือข้อเข่าเสื่อม อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี
10. อังสนาภรณ์ พาณิชอนุเคราะห์กุล, (2565). ประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยโดยผู้ดูแลในครอบครัว ตำบลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

ผลของการใช้โปรแกรมการให้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกล ต่อความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย

Effects of a Teledentistry Service Program on Medication Adherence Among Chronic Disease Patients in Sukhothai Province.

(Received: December 10,2025 ; Revised: December 21,2025 ; Accepted: December 23,2025)

ภัทราพร เมฆพัฒน์[1]
Pattraphorn Mekkhaphat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโปรแกรมบริการทันตกรรมทางไกลผ่านแอปพลิเคชัน “หมอพร้อม” ต่อความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก การเข้ารับบริการตามแผนการรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง (quasi-experimental research: two-group pretest–posttest design) ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน–กันยายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ เบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 - 60 ปี ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันตกรรมทางไกล 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบบันทึกการเข้ารับบริการตามแผนการรักษา และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test Independent t-test และ Chi-square test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากและอัตราการเข้ารับบริการตามแผนการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .001 และ P-value = .007 ตามลำดับ) และมีความพึงพอใจต่อบริการในระดับมากถึงมากที่สุด

คำสำคัญ ทันตกรรมทางไกล, ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstract

This study aimed to evaluate the effects of a teledentistry service program delivered via the “Mor Prom” mobile application on oral health care adherence, utilization of dental services according to the treatment plan, and satisfaction among patients with chronic diseases. A quasi-experimental two-group pretest–posttest design was conducted between April and September 2025 (B.E. 2568). The sample consisted of 60 patients aged 18–60 years with hypertension and/or type 2 diabetes residing in Sukhothai Province, divided into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The experimental group received an 8-week teledentistry program, while the control group received routine care. Data were collected using a general information questionnaire, an oral health care adherence scale, a service utilization record, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, and Chi-square test, with the level of statistical significance set at .05.

The results showed that: After implementing the program, the experimental group showed significantly higher scores on oral health care compliance and treatment enrollment rates compared to the control group (P-value < .001 and P-value = .007, respectively), and demonstrated high to very high satisfaction with the service.

Keywords: Teledentistry, Oral Health Care Adherence, Chronic Disease Patients

บทนำ

[1] กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาระยะยาว [1] ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากสูง เช่น โรคปริทันต์และฟันผุ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต หากขาดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้ป่วย [2,3]

จากรายงานองค์การอนามัยโลกระบุว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงโรคช่องปากสูง เช่น โรคเหงือก โรคปริทันต์ ฟันผุ การสูญเสียฟันก่อนวัยอันควร และภาวะแทรกซ้อนทางช่องปากอื่น ๆ ซึ่งปัญหาสุขภาพช่องปากเหล่านี้มีผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการควบคุมโรคเรื้อรังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย [4] อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในประเทศไทยยังพบว่า อัตราความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังคงอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ รายงานของสภาทันตกรรม [5] พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม และมีความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ 40-60 เท่านั้น โดยพฤติกรรมที่ขาด ได้แก่ การแปรงฟันอย่างถูกวิธี การใช้ไหมขัดฟัน การตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ และการติดตามสุขภาพช่องปากกับทันตแพทย์อย่างต่อเนื่อง

จากรายงานข้อมูลการคัดกรองและการให้บริการด้านสุขภาพช่องปากในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากมีภาวะเหงือกอักเสบ ฟันผุ หรือมีฟันที่ต้องถอน แต่ไม่สามารถ มารับบริการตามนัดได้สม่ำเสมอ เนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะทาง การเดินทาง และจำนวนทันตบุคลากรที่ยังมีอยู่อย่างจำกัด ทำให้การเข้าถึงบริการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดสุโขทัยยังไม่เต็มศักยภาพ [6] ซึ่งจังหวัดสุโขทัยจัดเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูง แต่ทรัพยากรด้านทันตกรรมค่อนข้างจำกัด อีกทั้งจังหวัดสุโขทัยมีสัดส่วนผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูง มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมาก ขณะที่ทรัพยากรด้านทันตกรรมและจำนวนทันตบุคลากรมีจำกัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับบริการทันตกรรมและการติดตามด้านสุขภาพช่องปากได้ตามความจำเป็น นำไปสู่ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับต่ำ [7]

จังหวัดสุโขทัยมีประชากรทั้งหมด 575,583 คน แต่มีทันตแพทย์เพียง 63 คน และทันตาภิบาล 33 คน คิดเป็นอัตราส่วนทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากร 9,200 คน สูงกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนด [4] อีกทั้ง จังหวัดสุโขทัยยังมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษาสูงถึง 142,815 ราย โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการขาดนัดและขาดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากสูงถึงร้อยละ 30 ปัญหานี้มีแนวโน้มรุนแรงยิ่งขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่ทุรกันดารที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทันตกรรม [7] จากรายงานผลการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ปี 2567 พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดสุโขทัยได้รับ การตรวจสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ 28.21 ของเป้าหมาย ผู้สูงอายุติดบ้านได้รับการตรวจเพียงร้อยละ 24.62 ผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 34.48 ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากดี (มีฟันแท้หรือฟันเทียมที่สามารถใช้งานได้) มีเพียงร้อยละ 27.37 เท่านั้น นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในผู้สูงอายุ ทำได้เพียงร้อยละ 24.03 [7]

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบงานระบบบริการทันตกรรม กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จึงมีแนวคิดพัฒนาการนำโปรแกรมการให้บริการ ผ่านระบบทันตกรรมทางไกล ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม (Teledentistry) ให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยบูรณา

การทฤษฎีเข้ากับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) และการเรียนรู้ทางสังคม [8] เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล การเสริมแรง และการติดตามที่สม่ำเสมอ ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก (Oral Health Care Adherence) ในการศึกษานี้ หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม สม่ำเสมอ และต่อเนื่องตามคำแนะนำของทันตบุคลากรใน 5 ด้าน ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก การปฏิบัติตามคำแนะนำ การควบคุมการบริโภค การตรวจสุขภาพช่องปาก และการสังเกต/ติดตามอาการในช่องปาก และการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก ลดภาระค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาในการเดินทางของผู้ป่วย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดสุโขทัยอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการศึกษาผลของโปรแกรมการให้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกลต่อความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก อัตราการเข้ารับบริการตามแผนการรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งจะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากของจังหวัดสุโขทัยให้มีประสิทธิภาพ และเป็นต้นแบบให้แก่พื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเข้ารับบริการตามแผนการรักษาด้านสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อการใช้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกล

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกล ผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อมมีคะแนนความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีอัตราการเข้ารับบริการตามแผนการรักษาด้านสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการทันตกรรมทางไกลอยู่ในระดับมาก ถึงมากที่สุด

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง (quasi-experimental research: two-group pretest–posttest design) ดำเนินการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลสุโขทัย โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย และโรงพยาบาลคีรีมาศ ระหว่างเดือน เมษายน–กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย ที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 12,495 ราย [6]

เกณฑ์คัดเข้า 1) อายุ 18–60 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 6 เดือน 3) ขึ้นทะเบียนรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลของรัฐ ใน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสุโขทัย โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย และโรงพยาบาลคีรีมาศ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในแบบฟอร์มแสดงเจตนายินยอม 5) มีคะแนนความเสี่ยงต่อโรค

ปริทันต์ระดับ 11–15 คะแนน (เสี่ยงสูง) 6) ลงทะเบียนและสามารถใช้แอปพลิเคชัน “หมอพร้อม” ได้ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในแบบฟอร์มแสดงเจตนายินยอม

เกณฑ์คัดออก 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคเรื้อรัง 2) มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารอย่างชัดเจน หรืออยู่ในพื้นที่ที่ไม่สามารถใช้สัญญาณโทรศัพท์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสุโขทัย โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย และโรงพยาบาลคีรีมาศ และ มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเลือก

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ใช้เกณฑ์ตามเกณฑ์ของ Dempsey and Dempsey (2000) [9] ที่แนะนำว่าการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างควรมีขั้นต่ำ 60 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ได้กลุ่มละ 30 ราย รวม 60 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ที่มีความพร้อมในการดำเนินระบบ ทันตกรรมทางไกล ผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม แห่งละ 20 ราย รวม 60 ราย แบ่งในแต่ละโรงพยาบาลออกเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย และกลุ่มควบคุม 10 ราย รวมกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ใช้เก็บข้อมูลเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาป่วย ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการรับบริการทันตกรรม แบบเลือกตอบ

2) แบบประเมินความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก (Oral Health Care Adherence) ประกอบด้วย 14 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก (เช่น ความถี่การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน) การปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตบุคลากร การควบคุมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล การตรวจสุขภาพช่องปากและการมาพบทันตแพทย์ตามนัด การสังเกตและติดตามอาการในช่องปากด้วยตนเอง ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (ปฏิบัติเป็นประจำ = 2 คะแนน ปฏิบัติบ้าง = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน) คะแนนรวม 0–28 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ มีคะแนนเต็ม 28 คะแนน แบ่งระดับความร่วมมือเป็น การแปลความหมายคะแนนแบ่งอิงเกณฑ์ 3 ระดับ [10] ดังนี้

ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป การแปลผล ความร่วมมือระดับสูง (23-28 คะแนน)

ร้อยละ 60.0 – 79.9 การแปลผล ความร่วมมือระดับปานกลาง (17-22 คะแนน)

ร้อยละ 60.0 ลงมา การแปลผล ความร่วมมือระดับต่ำ (น้อยกว่า 16 คะแนน)

3) แบบบันทึกการเข้ารับบริการตามแผนการรักษาด้านสุขภาพช่องปาก ใช้บันทึกการมารับบริการที่คลินิกทันตกรรมตามแผนการรักษาภายในช่วง 3 เดือนหลังเริ่มโปรแกรม จำแนกเป็น “มารับบริการตามแผนอย่างน้อย 1 ครั้ง” และ “ไม่มารับบริการตามแผน”

4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการทันตกรรมทางไกล มี 4 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1–5 คะแนน) ครอบคลุมด้านประสิทธิภาพของบริการ ความสะดวกในการเข้าถึง ความชัดเจนของคำแนะนำ และความพึงพอใจโดยรวม 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด, 2 = พึงพอใจน้อย, 3 = พึงพอใจปานกลาง, 4 = มาก, 5 = พึงพอใจมากที่สุด การแปลผลคะแนนความพึงพอใจใช้เกณฑ์การตีความคะแนน [11] ดังนี้

4.21–5.00 การแปลผล พึงพอใจมากที่สุด,

3.41–4.20 การแปลผล พึงพอใจมาก,

2.61–3.40 การแปลผล พึงพอใจปานกลาง,

1.81–2.60 การแปลผล พึงพอใจน้อย

1.00–1.80 การแปลผล พึงพอใจน้อยที่สุด

2. โปรแกรมการให้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกลผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม มีองค์ประกอบหลัก 2 ส่วน คือ

2.1 ระบบ Teledentistry ผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม ได้แก่ การลงทะเบียนและยืนยันตัวตน การนัดหมายวันเวลาให้คำปรึกษาผ่านวิดีโอคอล การบันทึกข้อมูลลงระบบ HIS การส่งข้อความเตือนนัดหมายและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

2.2 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและการเรียนรู้ทางสังคม ประกอบด้วย การค้นหาความเป็นจริงและปัญหาสุขภาพช่องปากร่วมกับผู้ป่วย การสะท้อนคิดถึงผลกระทบของปัญหาสุขภาพช่องปากต่อโรคเรื้อรัง การตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล การติดตามผลและให้แรงเสริมทางบวกผ่านช่องทางออนไลน์

กลุ่มทดลองได้รับการให้บริการผ่านโปรแกรมการให้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกลผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม โดยทันตแพทย์ 2 ครั้ง ภายใน 4 สัปดาห์ รวมทั้งการติดตามผ่านข้อความระหว่าง ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับบริการตามระบบปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง

การเก็บข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูล 2 ระยะ คือ ก่อนเริ่มโปรแกรมการให้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกลผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม (สัปดาห์ที่ 0) และหลังจบโปรแกรมการให้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกลผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม (สัปดาห์ที่ 4 และ 8) ดังนี้

1. ก่อนเริ่มโปรแกรม สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและให้ตอบแบบประเมินความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก (pretest)

2. หลังจบโปรแกรม ให้ตอบแบบประเมินความร่วมมือความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก (Oral Health Care Adherence) (post-test) เก็บข้อมูลการเข้ารับบริการจากระบบ HIS และแบบบันทึกการเข้ารับบริการ และให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการทันตกรรมทางไกล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรม ทบทวนบริบทของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสม โดยการทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้ การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแบบสอบถามทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ด้วยดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ไม่น้อยกว่า 0.5 ได้ค่าเท่า 0.71-0.79 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้น ไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาล สวรรคโลก 10 ราย และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's alpha ซึ่งพบว่า แบบประเมินความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากมีค่า 0.84 และแบบสอบถามความพึงพอใจมีค่า 0.89 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์น่าเชื่อถือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ โดยใช้วิธี MATCHED Pair ประกอบด้วยตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โดยใช้สถิติ Chi-square test เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังภายในแต่ละกลุ่ม ใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือก่อนและหลังการใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบอัตราการเข้ารับบริการตามแผนการรักษาภายในกลุ่มก่อนและหลัง ใช้ Chi-square test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการใช้โปรแกรม ใช้

Chi-square test คะแนนความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่ COA No. 27/2025, IRB No. 40/2025

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 61.7 มีอายุเฉลี่ย 59.2 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดร้อยละ 35.0 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไปร้อยละ 28.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 60.0 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 65.0 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียวร้อยละ 41.7 รองลงมาคือโรคเบาหวาน อย่างเดียวร้อยละ 25.0 และโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานร้อยละ 33.3 ระยะเวลาป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 10.0±4.1 ปี ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 78.3 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 75.0 ขณะที่มีเพียงร้อยละ 18.3 ที่เคยรับบริการทันตกรรมภายใน 1 ปีที่ผ่านมา และร้อยละ 81.7 ไม่เคยรับบริการภายใน 1 ปีที่ผ่านมา

ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการจับคู่ (match pair) ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ แล้วเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test สำหรับตัวแปรจัดประเภท และ independent t-test สำหรับอายุ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร (P-value > 0.05)

2. ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกลผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม เท่ากับ $\bar{X}$=18.9, SD = 3.0 และเพิ่มขึ้นเป็น $\bar{X}$= 24.3, SD = 2.2 หลังได้รับโปรแกรม เมื่อวิเคราะห์ด้วย Paired t-test พบว่าคะแนนหลังโปรแกรมสูงกว่าก่อนโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .001) สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการเสริมสร้างความร่วมมือของผู้ป่วย กลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมมีค่าใกล้เคียงกัน ($\bar{X}$=19.1, SD = 2.8 และ $\bar{X}$=19.0, SD = 3.1 ตามลำดับ) และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = .83) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

กลุ่ม	คะแนนความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก			
	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)	สถิติทดสอบ t (t-test)	P-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนใช้โปรแกรม	18.9	3.0		
หลังใช้โปรแกรม	24.3	2.2	9.62	<.001
กลุ่มควบคุม				
ก่อนใช้โปรแกรม	19.1	2.8		
หลังใช้โปรแกรม	19.0	3.1	0.21	.83

2. การเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากหลังการจัดโปรแกรมการให้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกลผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากหลังใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังโปรแกรมสูงกว่าอย่างชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก $\bar{X}$ = 24.3, SD = 2.2 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก $\bar{X}$ =19.0, SD = 3.1 การวิเคราะห์ด้วย Independent t-test พบว่าคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 7.98, *P-value* < .001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) หลังการใช้โปรแกรม

กลุ่ม	การเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากหลังใช้โปรแกรม			
	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)	สถิติทดสอบ t (t-test)	P-value
กลุ่มทดลอง (n=30)	24.3	2.2		
กลุ่มควบคุม (n=30)	19.0	3.1	7.98	<.001

3. อัตราการเข้ารับบริการตามแผนการรักษาด้านสุขภาพช่องปาก ผลการวิเคราะห์อัตราการเข้ารับบริการตามแผนการรักษาด้านสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยพบว่า กลุ่มทดลองมีผู้ป่วยมารับบริการตามแผนอย่างน้อยหนึ่งครั้งคิดเป็น ร้อยละ 86.7 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยมารับบริการคิดเป็น ร้อยละ 53.3 เมื่อทดสอบความแตกต่างของอัตราการเข้ารับบริการระหว่างสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเข้ารับบริการตามแผนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.007) สะท้อนว่าโปรแกรมทันตกรรมทางไกลผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อมมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามนัดหมายและแผนการรักษาได้ดียิ่งขึ้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราการเข้ารับบริการตามแผนการรักษาด้านสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) หลังการใช้โปรแกรม

การเข้ารับบริการตามแผนการรักษา	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มาตามแผนครบ/≥1 ครั้ง	26	86.7	16	53.3	7.20	.007
ไม่มาตามแผน	4	13.3	14	46.7		
รวม	30	100	30	100		

4. ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมให้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกลผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อบริการทันตกรรมทางไกลอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน โดยด้านความสะดวกในการเข้าใช้ระบบมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 4.67, SD = 0.48) รองลงมาคือความพึงพอใจโดยรวม ($\bar{X}$ = 4.63, SD = 0.44) และประสิทธิภาพของบริการ ($\bar{X}$ = 4.60, SD = 0.44) เมื่อพิจารณาคะแนนรวมทุกด้านพบว่ามีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 4.62, SD = 0.39) ซึ่งจัดอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนว่าผู้ป่วย โรคเรื้อรังมีการยอมรับสูงและมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้

บริการทันตกรรมทางไกลผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการให้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกลผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อมต่อความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก อัตราการเข้ารับบริการตามแผนการรักษาด้านสุขภาพช่องปาก และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสามารถเพิ่มคะแนนความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพิ่มอัตราการเข้ารับบริการตามแผน และได้รับความพึงพอใจในระดับสูง ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและแนวคิดด้านจิตสังคมในงานทันตสาธารณสุข โดยอภิปรายผลตามสมมุติฐานงานวิจัย 3 ข้อดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกลผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อมมีคะแนนความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อน การใช้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 1 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกลผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม มีคะแนนความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 9.62$, P-value $< .001$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองยังคงมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 7.98$, P-value $< .001$) ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของศุภศิลป์ ดีรักษา [12] ซึ่งรายงานว่าโปรแกรมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและการสื่อสารที่เป็นระบบมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างความร่วมมือของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการดูแลตนเอง ทั้งนี้ โปรแกรมทันตกรรมทางไกลผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อมไม่ได้เพียงเพิ่มความรู้ แต่ยังช่วยเสริมแรงการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ การสะท้อนคิด และการสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอ จึงรู้สึกมั่นใจและเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลช่องปากได้มากขึ้น ส่งผลต่อระดับความร่วมมือที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานของ Kruse [13] ที่รายงานว่าบริการ telehealth สามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสร้างความพึงพอใจต่อบริการด้านสุขภาพ รวมถึงสอดคล้องกับหลักฐานเชิงทฤษฎีของ Teledentistry [14] ที่ระบุว่าโปรแกรมที่ออกแบบบนพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัลสามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดดังกล่าวตรงกับ Social Cognitive Theory [8] ซึ่งเน้นบทบาทของ self-efficacy, observational learning และการเสริมแรง (reinforcement) ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) [15] ที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา ตั้งเป้าหมาย และกำหนดแผนการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 [3] ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลช่องปากไม่เพียงพอ และยังมีช่องว่างด้านความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ต้องได้รับการแก้ไข ดังนั้น การที่โปรแกรมนี้สามารถเพิ่มคะแนนความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของระบบทันตกรรมทางไกลในการตอบโจทย์ปัญหาการเข้าถึงและการสนับสนุนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ทรัพยากรด้านทันตแพทย์จำกัดของจังหวัดสุโขทัยได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีอัตราการเข้ารับบริการตามแผนการรักษาด้านสุขภาพช่องปาก สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเข้ารับบริการตามแผนการรักษาด้านสุขภาพช่องปากอย่างน้อย 1 ครั้งคิดเป็น ร้อยละ 86.7 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียง ร้อยละ 53.3 โดยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = .007) ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 2 และสะท้อนว่าโปรแกรมการให้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกลสามารถส่งเสริมความต่อเนื่องในการรับบริการ รวมถึงเพิ่มการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกับทันตบุคลากรได้โดยตรงผ่านระบบทางไกล การได้รับข้อความแจ้งเตือนนัดหมาย รวมถึงการติดตามแบบเชิงรุก ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมารับบริการตามแผนมากขึ้น รูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการออกแบบโปรแกรมทันตกรรมทางไกลของกิตติภัฏ อมะลัษเฐียร [16] ซึ่งให้ความสำคัญกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ การส่งข้อมูล และระบบเตือนนัดหมาย นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานของนันท์มนัส แย้มบุตร และคณะ [17] ที่พบว่าการบูรณาการระบบทันตกรรมทางไกลสามารถเพิ่มความต่อเนื่องของการรับบริการและเสริมสร้างความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (supportive environment) ในกรอบ Social Cognitive Theory [14] ซึ่งอธิบายว่าปัจจัยด้านบริบทและสิ่งแวดล้อมสามารถส่งเสริมให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ระบบแจ้งเตือนนัดหมายผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อมช่วยลดการลืมนัด ขณะที่การมีช่องทางสื่อสารสองทางช่วยให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยล่วงหน้า ลดความกังวล และเพิ่มความมั่นใจในการมารับบริการตามแผน นอกจากนี้ การเชื่อมโยงความสำคัญของการมาตามนัดกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างโรคปริทันต์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต [2] ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์ (outcome expectations) ตระหนักถึงความสำคัญในการมารับบริการตามแผนการรักษา ยอมรับภาระด้านการเดินทางมากกว่าการละเลยนัดนอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานทบทวนวรรณกรรมด้าน Telehealth ซึ่งรายงานว่าระบบติดตามและแจ้งเตือนผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลสามารถเพิ่มอัตราการมาพบแพทย์ตามนัดและการปฏิบัติตามแผนการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างชัดเจน [3,4] แม้งานวิจัยด้านทันตกรรมทางไกลในประเทศไทยยังมีจำนวนไม่มาก แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยเสริมหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัดอย่างจังหวัดสุโขทัย อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นระดับของ “การเสริมพลังอำนาจ” (empowerment) ในตัวผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด empowerment [15] เมื่อผู้ป่วยตระหนักถึงบทบาทของตนเองในแผนการรักษา รู้สึกว่าตนเป็นผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับทีมทันตบุคลากรมากกว่าจะเป็นผู้รับบริการเพียงอย่างเดียว จึงนำไปสู่การมารับบริการตามแผนการรักษาที่สูงขึ้น

3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกลอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อบริการทันตกรรมทางไกลในระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ที่ ($\bar{X}$ = 4.62, SD = 0.39) สะท้อนว่าผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อรูปแบบบริการดังกล่าว ปัจจัยที่อาจมีส่วนสำคัญ ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการโดยไม่ต้องเดินทางมาทุกครั้ง การลดภาระเวลาและค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในบริบทพื้นที่ชนบท เช่น จังหวัดสุโขทัย นอกจากนี้ การสื่อสารผ่านวิดีโอและข้อความที่มีความชัดเจนต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพช่องปาก สามารถ

สอบถามข้อสงสัยได้เมื่อเกิดปัญหา และรู้สึกว่าได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด แม้บริการจะอยู่ในรูปแบบออนไลน์ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kruse [13] ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจสูงต่อ telehealth โดยเฉพาะด้านความสะดวก ประหยัดเวลา และการเข้าถึงผู้ให้บริการได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยด้านทันตกรรมทางไกลในระดับนานาชาติและในประเทศที่รายงานว่าทันตบุคลากรมีการรับรู้เกี่ยวกับระบบทันตกรรมทางไกลในระดับสูง และมองว่าปัจจัยด้านความพร้อมของเทคโนโลยี การฝึกอบรม และความสะดวกในการใช้งานเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนให้บริการรูปแบบนี้ถูกนำไปใช้จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ [18] ผลการศึกษาครั้งนี้เกิดขึ้นในบริบทที่มีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัลในระดับหนึ่ง และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการในจังหวัดสุโขทัย จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์บริการที่ราบรื่นและเป็นมิตรต่อผู้ใช้งาน อีกทั้งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก [4] ที่ระบุว่าเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ เช่น แพลตฟอร์มหมอพร้อม สามารถช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการ และสามารถต่อยอดไปสู่การให้บริการทันตกรรมทางไกลในมิติต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมมากขึ้น

สรุป การศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการให้บริการผ่านระบบทันตกรรมทางไกลผ่านแพลตฟอร์ม หมอพร้อมในจังหวัดสุโขทัย สามารถเพิ่มความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญ และส่งผลให้คะแนนความร่วมมือหลังโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเพิ่ม อัตราการเข้ารับบริการตามแผนการรักษาด้านสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแล ตามระบบปกติได้รับความพึงพอใจในระดับสูง จากผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมทันตกรรมทางไกลผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อมเป็นนวัตกรรมการให้บริการที่มีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพบริการทันตสาธารณสุขได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรสนับสนุนการขยายโปรแกรมทันตกรรมทางไกลไปยังโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ รวมทั้งจัดทำคู่มือมาตรฐานการให้บริการและแนวทาง การติดตามประเมินผล
2. ควรจัดอบรมเสริมศักยภาพทันตบุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการใช้แพลตฟอร์มหมอพร้อม การให้คำปรึกษาออนไลน์ และการเสริมพลังอำนาจผู้ป่วย เพื่อให้การดำเนินโปรแกรมมีคุณภาพและยั่งยืน
3. ควรบูรณาการโปรแกรมทันตกรรมทางไกลเข้ากับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิก NCD โดยกำหนดตัวชี้วัดด้านสุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมทันตกรรมทางไกลในระยะยาวต่อดัชนีสุขภาพช่องปากเชิงคลินิก เช่น ดัชนีฟันผุ ดัชนีปริทันต์ และความรุนแรงของโรคปริทันต์
2. ควรประเมินต้นทุนและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของโปรแกรมทันตกรรมทางไกลเมื่อเทียบกับการให้บริการแบบปกติ เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย
3. ควรศึกษาความเหมาะสมของโปรแกรมในกลุ่มประชากรอื่น เช่น เด็ก วัยทำงาน หรือผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เพื่อพัฒนารูปแบบโปรแกรมที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี จากหลายๆ ฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณ แพทย์หญิงธัญญารัตน์ สิทธิวงศ์ นายแพทย์

สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย บุคลากรทันตแพทย์จาก 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสุโขทัย, โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย, และโรงพยาบาลคีรีมาศ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการ รวมถึงผู้ป่วยทุกท่านที่กรุณาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จนการวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ ตลอดจนบุคคลต่าง ๆ ที่ให้ความช่วยเหลืออีกมากที่ผู้วิจัยไม่สามารถกล่าวนาม ได้หมดในที่นี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและความปรารถนาดีของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอ กราบขอบพระคุณและขอบคุณไว้ในโอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.(2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization.

2.Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al.(2012). Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. Diabetologia. 2012;55(1):21–31.

3.Department of Health.(2018). Guidelines for oral health promotion in chronic disease patients. Bangkok: Department of Health.

4.World Health Organization.(2022). Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization.

5.The Dental Council of Thailand.(2022). Annual report on oral health behavior among diabetic and hypertensive patients. Bangkok: The Dental Council of Thailand.

6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.(2568ก). รายงานผลการให้บริการทันตกรรมในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ 2568. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

7.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.(2568ข) รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการเข้าถึงบริการ ทันตกรรม จังหวัดสุโขทัย. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

8.Bandura A.(1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.

9.Dempsey PA, Dempsey AD.(2000). Using nursing research: process, critical evaluation, and utilization. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2000.

10.Bloom BS.(1956). Taxonomy of educational objectives. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay Co Inc.

11.บุญชม ศรีสะอาด.(2553). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

12.ศุภศิลป์ ดีรักษา.(2563). ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2563;43(3):65–76.

13.Kruse CS, Krowski N, Rodriguez B, Tran L, Vela J, Brooks M.(2017). Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. BMJ Open. 2017;7(8):e016242. doi:10.1136/bmjopen-2017-016242

14.Jampani ND, Nutalapati R, Dontula BSK, Boyapati R.(2011). Applications of teledentistry: a literature review and update. J Int Soc Prev Community Dent. 2011;1(2):37–44. doi:10.4103/2231-0762.97695

15.Zimmerman MA.(1995). Psychological empowerment. Am J Community Psychol. 1995;23(5):581–99. doi:10.1007/BF02506983

16.กิตติภัฏ อมะลัษเฐียร.(2563). การออกแบบโปรแกรมทันตกรรมทางไกล (Teledentistry) สำหรับการให้บริการทันตกรรมในพื้นที่ห่างไกล [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

17.นันท์มนัส แย้มบุตร, นพวรรณ โพชนุกูล, พูลพฤกษ์ โสภารัตน์, พัชรวรรณ สุขุมาลินท์.(2563). ทันตกรรมทางไกลเพื่อการพัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพ. วารสารทันตสาธารณสุข. 2563;25(1):1–13.

18.บัณฑิต วิวัฒนานุกูล.(2563). ระบบบริการทันตกรรมทางไกลตามการรับรู้ของทันตบุคลากร จังหวัดนครศรีธรรมราช [การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การศึกษาโอกาสและแนวทางการพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

Study of Opportunities and Guidelines for Developing Infant Dietary Supplements using Traditional Thai Medicine Methods.

(Received: December 11,2025 ; Revised: December 17,2025 ; Accepted: December 22,2025)

จินตนา นันต๊ะ[1] สุวศิน พลนรัตน์[1] ดวงนภา แดนบุญจันทร์[1] นวรัตน์ วิริยะเขษม[2] วรรณพร สุริยะคุปต์[3]
Jintana Nunta[1] Suwasin Polnarat[1] Duangnapa Danboonchant[1] Nawarat Viriyakhasem[2] Wannaporn Suriyakhup3

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกในตำราการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน รวมถึงเพื่อวิเคราะห์แนวทางในการพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย โดยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารร่วมกับการสนทนากลุ่มจากสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 20 คน

ผลการศึกษาการรวบรวมและตัดความซ้ำซ้อนของข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกในตำราการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน มีทั้งหมด 114 รายการ ประกอบด้วยอาหารเสริมสำหรับทารกที่ปรากฏในตำราการแพทย์แผนไทย 52 รายการที่ระบุชื่ออาหารและสรรพคุณ และตำราการแพทย์แผนปัจจุบัน 62 รายการที่ระบุชื่ออาหาร ส่วนประกอบ วิธีการปรุง คุณประโยชน์ หลักการให้อาหารเสริม และคุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งแนวทางและหลักเกณฑ์การพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย ได้แก่ (1) ควรนำหลักการให้อาหารเสริมสำหรับทารกทางการแพทย์แผนปัจจุบันมาช่วยในการพิจารณา (2) ควรให้อาหารเสริมเมื่อทารกอายุประมาณ 6 เดือนขึ้นไป เพื่อให้ระบบย่อยอาหารพร้อม ก่อนหน้านั้นควรให้เพียงนมแม่หรือนมผงเป็นหลัก (3) ควรมีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนและเหมาะสมกับแต่ละช่วงวัย และ (4) คัดเลือกอาหารที่มีวัตถุดิบในท้องถิ่นในการประกอบอาหาร

คำสำคัญ : โอกาส แนวทางการพัฒนา อาหารเสริม ทารก กรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

Abstract

This Survey research aimed to gather data on infant dietary supplements from textbooks of Thai traditional medicine and modern medicine including analyzing guidelines for developing infant dietary supplements using Thai traditional medicine techniques. This study was collected and analyzed the documentary together with a focus group of 20 multidisciplinary professionals.

The results showed that the collecting and eliminating redundant information on infant dietary supplements in Thai traditional medicine textbooks and modern medical textbooks revealed a total of 114 items. This comprises 52 items from Thai traditional medicine textbooks detailing food names and properties, and 62 items from modern medicine textbooks specifying food names, ingredients, preparation method, benefits, principles of supplementation and nutritional value. Guidelines for developing infant dietary supplements using Thai traditional medicine methods were as follow: 1) The principles of modern medical infant nutritional supplements should be used in the consideration. 2) Infant nutritional supplements should be started at around 6 months or late in order to give the digestive system time to adjust. The primary

[1] อาจารย์, วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
[2] อาจารย์ ดร., วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
[3] อาจารย์ ดร., วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
* Corresponding Author Email: wannaporn.sur@gmail.com

source of nutrition prior to that should be formula or breast milk. 3) Supplements for infant feeding should be providing full nutritional value and suitable for infants of all ages. 4) Choose infant nutritional supplements that are prepared using ingredients that are found locally.

Keywords: Opportunities, Guideline for development, Dietary supplement, Infant, Thai traditional medicine method

บทนำ

การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกที่เหมาะสมในช่วงขวบปีแรกเป็นรากฐานสำคัญสำหรับสุขภาพตลอดช่วงชีวิต โภชนาการจึงเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต อย่างไรก็ตามการเลี้ยงดูทารกในสถานการณ์ปัจจุบันมีความซับซ้อนและท้าทายมากขึ้นเนื่องจากวิถีชีวิตของคนยุคใหม่ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว[1] ต่างจากในอดีตที่การเลี้ยงดูบุตรและการปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอดอาศัยการถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษและญาติผู้ใหญ่มากมายคอยให้คำแนะนำตามวัฒนธรรมท้องถิ่น[2] ปัญหาที่พบบ่อยในปัจจุบันคือ มารดาเกิดความเครียดและความวิตกกังวลในการเลี้ยงบุตร[3-4] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องโภชนาการของทารกที่ต้องเปลี่ยนจากนมแม่หรือนมผงไปสู่อาหารเสริมตามวัย ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญต่อการสร้างภูมิคุ้มกันและพัฒนาการทางสมอง การขาดความรอบรู้เรื่องอาหารตามวัย ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การประเมินภาวะโภชนาการ และการจัดเตรียมอาหารในแต่ละช่วงวัยมีความเสี่ยงต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโต[5]

ปัจจุบันแพทย์แผนไทยมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกตามเจตนาของกฎหมายพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 ครอบคลุมตั้งแต่การตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพมารดาและทารก ในระยะหลังคลอดด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยโดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมาหรือตามตำราการแพทย์แผนไทยหรือจากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง[6] แต่ทั้งนี้ องค์ความรู้ดั้งเดิมของการแพทย์แผนไทยเป็นลักษณะความรู้ที่มาจากฐานการปฏิบัติและประสบการณ์เป็นหลัก (Tacit Knowledge) จึงเป็นเรื่องยากที่จะสื่อสาร ถ่ายทอด หรืออธิบายให้เกิดความเข้าใจอย่างร่วมสมัยท่ามกลางแนวคิดที่เป็นวิทยาศาสตร์[7] ซึ่งภูมิปัญญาดั้งเดิมหากได้รับการปรับประยุกต์และตรวจสอบอย่างเป็นระบบก็สามารถเข้ามาเติมเต็มช่องว่างนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การบูรณาการองค์ความรู้ดั้งเดิมเข้ากับกรอบการปฏิบัติในยุคปัจจุบันนับเป็นความท้าทายและเป็นโอกาสในการพัฒนาที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะในด้านโภชนาการสำหรับทารก ซึ่งเป็นรากฐานของการเจริญเติบโตและพัฒนาการตลอดชีวิต ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาโอกาสในการพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย โดยการรวบรวมข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกในตำราการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อนำมาวิเคราะห์หลักการและแนวทางในการให้อาหารเสริมสำหรับทารก และนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการจัดกระบวนการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทยและสาขาที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสามารถพัฒนาต่อยอดเป็นแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับแพทย์แผนไทยในการให้คำแนะนำด้านโภชนาการสำหรับทารกและที่สำคัญที่สุดคือการพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสำหรับทารกที่จะช่วยเติมเต็มช่องว่างด้านโภชนาการและมีเอกลักษณ์จากภูมิปัญญาไทยต่อไปในในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อรวบรวมข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกในตำราการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน
2. เพื่อวิเคราะห์แนวทางในการพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารตำราการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน (Documentary Analysis) ที่ใช้ในการเรียนการสอนของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกและใช้ในการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยของสภาการแพทย์แผนไทย จำนวน 24 เล่ม โดยแบ่งเป็นตำราการแพทย์แผนไทย 19 เล่ม และตำราการแพทย์แผนปัจจุบัน 5 เล่ม จากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่รวบรวมได้และสังเคราะห์เป็นแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมผ่านการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จากสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 20 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มจากสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ อาจารย์แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทย อาจารย์ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และนักโภชนาการประจำวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัคร จำนวน 20 คน จากประชากรทั้งหมด 49 คน (ซึ่งเป็นบุคลากรของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์แผนไทย จำนวน 34 คน แพทย์แผนไทย 3 คน อาจารย์ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ 11 คน และนักโภชนาการ 1 คน)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นบุคลากรที่เป็นอาจารย์แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทย อาจารย์ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และนักโภชนาการที่มีประสบการณ์ในการให้บริการรักษาโรคในคลินิกการแพทย์แผนไทย มีความเชี่ยวชาญด้านสมุนไพร การผลิตยาและผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 3 ปี และ เป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว

เกณฑ์ในการคัดออก คือ เป็นบุคลากรที่เป็นอาจารย์แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทย อาจารย์ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และนักโภชนาการที่มีประสบการณ์ในการให้บริการรักษาโรคในคลินิกการแพทย์แผนไทย มีความเชี่ยวชาญด้านสมุนไพร การผลิตยาและผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพต่อเนื่องมาน้อยกว่า 3 ปี และมีโรคประจำตัว

2. เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 1) แบบบันทึกการประมวลตำรับอาหารเสริมสำหรับทารก 2) แบบบันทึกการวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการ ชนิดอาหารที่สอดคล้องกับความต้องการสารอาหารและความสามารถในการเมแทบอลิซึมสารอาหารของทารก และ 3) แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับตำรับอาหารเสริมสำหรับทารกและแนวทางในการพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์แผนไทยวิชาชีพและอาจารย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Object Congruence: IOC) ผลทดสอบคำถามแบบบันทึกการประมวลตำรับอาหารเสริมสำหรับทารกได้ค่า IOC อยู่ที่ 0.96 แบบบันทึกการวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการได้ค่าเฉลี่ย IOC อยู่ที่ 0.98 แบบบันทึกการสนทนากลุ่มได้ค่าเฉลี่ย IOC อยู่ที่ 0.80[8] ได้ทำการทดสอบการใช้เครื่องมือวิจัย และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้สมบูรณ์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 รวบรวมข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกจากเอกสารตำราการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันที่ใช้ในการเรียนการสอนของวิทยาลัย

การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกและใช้ในการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยของสภาการแพทย์แผนไทย รวมจำนวนทั้งหมด 24 เล่ม โดยแบ่งเป็นตำราการแพทย์แผนไทย 19 เล่ม ได้แก่ 1) ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรมไทย เล่ม 1 โดยกองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปีที่พิมพ์ 2541 2) ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรมไทย เล่ม 2 โดยกองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปีที่พิมพ์ 2541 3) ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรมไทย เล่ม 3 โดยกองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขปีที่พิมพ์ 2541 4) ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ภูมิปัญญาทางการแพทย์แผนไทยและมรดกทางวรรณกรรมของชาติ จัดพิมพ์เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2542 5) ตำราเวชศึกษา ของพระยาพิษณุประสาทเวช เล่ม 1 6) ตำราเวชศึกษา ของพระยาพิษณุประสาทเวช เล่ม 2 7) ตำราเวชศึกษา ของพระยาพิษณุประสาทเวช เล่ม 3 8) ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1 9) ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 2 10) ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 3 11) ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง เล่ม 1 12) ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง เล่ม 2 13) ตำราคัมภีร์แพทย์แผนโบราณ ของขุนโสภิตบรรณาลักษณ์ เล่ม 1 14) ตำราคัมภีร์แพทย์แผนโบราณ ของขุนโสภิต บรรณาลักษณ์ เล่ม 2 15) ตำราคัมภีร์แพทย์แผนโบราณ ของขุนโสภิตบรรณาลักษณ์ เล่ม 3 16) ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่มที่ 1 กรมศิลปากร กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2542 17) ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่มที่ 2 กรมศิลปากร กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2542 18) ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาการผดุงครรภ์ไทย โดยกองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2549 และ 19) คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพโดยภูมิปัญญา ด้านอาหารการกินของชาวล้านนา และตำราการแพทย์แผนปัจจุบันจำนวน 5 เล่ม ได้แก่ 1) คู่มือการให้อาหารทารก 2) คู่มือประเมินติดตามภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3) คู่มืออาหารตามวัยสำหรับทารกและเด็กเล็ก 4) ตำรับอาหารทารกตามวัย 4 - 12 เดือน และ 5) WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age โดยใช้วิธีวิจัยเอกสาร เพื่อนำมาวิเคราะห์หลักการและแนวทางในการให้อาหารเสริมสำหรับทารก

3.2 วิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการของตำรับอาหารเสริมสำหรับทารกที่ได้จากการรวบรวมและตัดความซ้ำซ้อนแล้วด้วยโปรแกรม INMUCAL-Nutrients V.4.0 ของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัย มหิดล

3.3 จัดการสนทนากลุ่มร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ อาจารย์แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทย อาจารย์ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และอาจารย์ทางด้านโภชนาการ จำนวน 20 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล พร้อมทั้งเสนอแนะความคิดเห็นเกี่ยวกับตำรับอาหารเสริมสำหรับทารกและแนวทางในการพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

3.4 วิเคราะห์แนวทางในการพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

3.5 สรุปผลการศึกษา

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารตำราการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันที่ใช้ในการเรียนการสอนของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกและใช้ในการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยของสภาการแพทย์แผนไทย รวมทั้งข้อเสนอแนะความคิดเห็นเกี่ยวกับตำรับอาหารเสริมสำหรับทารกและแนวทางในการพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยผ่านการสนทนากลุ่ม

กับสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 20 คน ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลนำมาสู่การเสนอแนวทาง การพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลแบบสามเส้า (Multiple Investigator Triangulation)

จริยธรรมการวิจัย

การทำวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เอกสารเลขที่ COE.021/2567 ลงวันที่ 23 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. การรวบรวมข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกในตำราการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน

1.1 การรวบรวมข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกในตำราการแพทย์แผนไทย จากการรวบรวมข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกจากเอกสารตำราการแพทย์แผนไทยที่ใช้ในการเรียนการสอนของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 19 เล่ม แบ่งเป็นตำราการแพทย์แผนไทยจากชุดตำราที่ใช้ในการเรียนการสอนและสอบขึ้นทะเบียนวิชาชีพการแพทย์แผนไทย จำนวน 18 เล่ม และคู่มือการดูแลรักษาสุขภาพโดยภูมิปัญญาด้านอาหารการกินของชาวล้านนา จำนวน 1 เล่ม พบว่า ในตำราการแพทย์แผนไทยที่มีข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกปรากฏมีจำนวน 5 เล่ม รวมทั้งหมด 17 รายการ เมื่อตัดความซ้ำซ้อนของข้อมูลพบว่ามีข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารก จำนวน 14 รายการ ได้แก่ 1) น้ำนม 2) น้ำส้มคั้น 3) น้ำผลไม้คั้น 4) กล้วยน้ำหว้าบด 5) กล้วยหักมุกเผาบด 6) ข้าวบดกับน้ำแกงจืด 7) ไข่แดงต้มสุก 8) ตับบด 9) ปลา 10) เนื้อหมูสับ 11) ข้าวและกับ 12) ขนมปัง 13) อาหารอย่างผู้ใหญ่ และ 14) ผลไม้อย่างผู้ใหญ่ จากข้อมูลดังกล่าวได้มีการให้อาหารเสริมทารกตั้งแต่ 2 - 12 เดือน โดยแต่ละรายการมีปรากฏชื่อตำรับอาหารและช่วงอายุในการเสริมอาหารเท่านั้น และคู่มือการดูแลรักษาสุขภาพโดยภูมิปัญญาด้านอาหารการกินของชาวล้านนา พบข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกจำนวน 42 รายการ เมื่อนำมาตัดความซ้ำซ้อนของข้อมูลพบว่ามีข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารก จำนวน 38 รายการ ได้แก่ 1) กล้วยตาก 2) กล้วยน้ำว้าสุก 3) ไก่ต้ม 4) ขนมเกลือ 5) ข้าวคลุกงาขี้ม้อน 6) ข้าวแคบปิ้ง 7) ข้าวบดกับกล้วย 8) ข้าวหม่ามหรือข้าวบด 9) ข้าวเหนียวจิ้มน้ำหม้อนึ่งใส่เกลือ 10) ไข่ต้ม 11) ไข่ทอด 12) ตับทอด 13) ตับปิ้ง 14) นมแม่ 15) ปลาช่อนปั่น 16) ปลาดุกปิ้ง 17) ปลาทอด 18) ปลาร้า 19) ปลาแห้งป่น 20) ปลาไหลปิ้ง 21) ปูอ่อง 22) ผักกาดขาวต้ม 23) ผักต่างๆ เช่น ผักหวาน ผักโขม ผักกาดเขียวต้มใส่เกลือ 24) ผักแว่น 25) ผักหวานต้ม 26) ฟักทองนึ่ง 27) มะเขือยาวเผาใส่เกลือ 28) มะปรางสุก 29) มะม่วงสุก 30) มะละกอสุก 31) มันเทศนึ่ง 32) มันบะหมี่นึ่งหรือต้ม หรือหมก 33) หมูต้ม 34) หมูทอด 35) หมูปิ้ง 36) เห็ดเปาจื่ 37) เห็ดหล่มจี่ และ 38) อาหารทั่วไปที่รสไม่เผ็ด จากข้อมูลดังกล่าวได้มีการให้อาหารเสริมทารกตั้งแต่แรกคลอดจนถึงอายุ 12 เดือน โดยแต่ละรายการมีปรากฏชื่อตำรับอาหารช่วงอายุในการเสริมอาหาร ส่วนประกอบ และสรรพคุณหรือคุณประโยชน์ เท่านั้น

1.2 การรวบรวมข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกในตำราการแพทย์แผนปัจจุบัน การรวบรวมข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกในตำราการแพทย์แผนปัจจุบันจากชุดความรู้เกี่ยวกับอาหารเสริมสำหรับทารกของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย และองค์การอนามัยโลก จำนวน 5 เล่ม ปรากฏข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารก จำนวน 62 รายการ เมื่อนำมาตัดความซ้ำซ้อนของข้อมูลพบว่ามีข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารก จำนวน 62 รายการ ได้แก่ 1) Multiple micronutrient powders (MNPs) 2) กล้วยน้ำว้าสุกบด 3) ก๋วยเตี๋ยวน้ำใส่หมูสับ 4) เกี๊ยวน้ำหมูสับ 5) ขนมปังบดกับตับไก่ 6) ข้าวไก่อบแครอท ดอกกะหล่ำ 7) ข้าว - ไข่กวนนมสด 8) ข้าวต้ม ไข่ - ตำลึง 9) ข้าวต้ม ปลา - แครอท 10)

ข้าวต้ม หมูสับ - เลือด - ผักหวาน 11) ข้าวต้มไข่ - ตำลึง 12) ข้าวต้มปลา - แครอท 13) ข้าวต้มหมูสับ - เลือด - ผักหวาน 14) ข้าวเต้าหู้ชมสวน 15) ข้าวเต้าหู้อ่อนทอด ต้มเลือดหมู - หมูสับ - แครอท - ตำลึง 16) ข้าวบด 17) ข้าวบด - แกงจืดเต้าหู้อ่อน 18) ข้าวบด ไข่แดง - ตำลึง 19) ข้าวบด - ไข่ตุ๋นแครอท 20) ข้าวบด - ซุปไก่มะเขือเทศ มันฝรั่ง 21) ข้าวบด ตับไก่ - เต้าหู้ ผักหวาน 22) ข้าวบด ปลาทู ฟักทอง 23) ข้าวบด - ปลานึ่งแครอท 24) ข้าวบดกับไข่แดง 25) ข้าวบดกับตับไก่ 26) ข้าวบดกับตับหมู 27) ข้าวบดกับน้ำแกงจืด 28) ข้าวบดไข่แดงตำลึง 29) ข้าวบดตับไก่เต้าหู้ผักหวาน 30) ข้าวบดตับไก่ใส่มะเขือเทศ 31) ข้าวบดเนื้อหมูใส่แครอท 32) ข้าวบดปลาช่อนใส่ฟักทอง 33) ข้าวบดปลาช่อนใส่ฟักทอง 34) ข้าวบดปลาดุกใส่แครอท 35) ข้าวบดปลาทูใส่ใบตำลึง 36) ข้าวบดปลาทูใส่ใบตำลึง 37) ข้าวบดปลานิลใส่ใบผักบุ้ง 38) ข้าวบดปลานิลใส่ใบผักบุ้ง 39) ข้าวบดปลาสวายใส่มะเขือเทศ 40) ข้าวบดฟักทองปลาทู 41) ข้าวปลาทู - ไข่น้ำ มันฝรั่ง หัวผักกาด 42) ข้าวปลาทู - ไข่น้ำ - มันฝรั่งหัวผักกาด 43) ข้าวผัดไข่ แกงจืดไก่ - ผักหวาน - ฟักทอง 44) ข้าวผัดไข่ - แกงจืดผักหวานฟักทอง 45) ข้าวผัดหลากสี 46) ข้าวสวย - แกงจืดแตงกวา ยัดไส้หมู 47) ข้าวอบหมูมะเขือเทศ 48) โจ๊กตับบดน้ำซุปผัก 49) โจ๊กหมูใส่ตับ 50) ซุปถั่วเขียวใส่ไข่แดง 51) ซุปฟักทองไข่แดง 52) แซนด์วิชปลาทูน่า 53) ต้มมะกะโรนี 54) ถั่ว 55) นมจากสัตว์ ได้แก่ นมวัวชนิดที่ผ่านกระบวนการฆ่าเชื้อ นมผงเต็มรูป นมเปรี้ยว หรือโยเกิร์ต 56) นมแม่ 57) นมสูตรสำหรับทารก 58) ผลไม้ เช่น ผลไม้ที่ให้วิตามินเอสูง (อพลิคอต แคนตาลูป มะม่วง มะละกอ เสาวรส) ผลไม้ที่ให้วิตามินซีสูง (ฝรั่ง กีวี ลำไย ลิ้นจี่) ผลไม้ที่ให้ไขมันสูง (อะโวคาโด มะพร้าว) เบอรรี่ ส้ม กล้วย แอปเปิ้ล พีช ลูกแพร์ สับปะรด เป็นต้น 59) ผัก เช่น ผักใบเขียว ผักที่มีสีส้มมีวิตามินเอสูง (แครอท ฟักทอง มันเทศเนื้อส้ม) บลอคคอรี่ ดอกกะหล่ำ กะหล่ำปลี กะหล่ำดาว คะน้า มะเขือเทศ ถั่วลันเตา ถั่วเขียว แตงกวา หัวหอม เห็ด ผักกาดหอม เป็นต้น 60) เมล็ดพืช 61) อาหารจากสัตว์ ได้แก่ ไข่ ปลา เนื้อ (เนื้อวัว เนื้อแกะ เนื้อแพะ เนื้อหมู) และ 62) อาหารจำพวกแป้งและคาร์โบไฮเดรต ได้แก่ ธัญพืช (เช่น ข้าวสาลี ข้าวโพด ข้าว เป็นต้น) ไม่ใช้ธัญพืชจำพวกข้าวบาร์เล่ย์ ข้าวโอ๊ต ข้าวฟ่าง ข้าวไรย์ และคีนัว จากข้อมูลดังกล่าวได้มีการให้อาหารเสริมทารกตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป โดยแต่ละรายการมีปรากฏชื่อตำรับอาหารและช่วงอายุในการเสริมอาหาร ส่วนประกอบ วิธีการปรุง คุณประโยชน์ หลักการให้อาหารเสริมสำหรับทารก และข้อมูลคุณค่าทางโภชนาการ

1.3 การวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการของอาหารเสริมสำหรับทารก จากการรวบรวมข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกในตำราการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการของอาหารเสริมสำหรับทารก ซึ่งเป็นการวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการที่สอดคล้องกับความต้องการสารอาหารและความสามารถในการเมแทบอลิซึมสารอาหารของทารก ประกอบด้วย 1) ปริมาณพลังงาน 2) คาร์โบไฮเดรต 3) โปรตีน 4) ไขมัน 5) วิตามิน 6 ชนิด ได้แก่ (1) วิตามินเอและเบต้าแคโรทีน (2) วิตามินบี 1 (3) วิตามินบี 2 (4) ไนอะซิน (5) วิตามินซี และ (6) วิตามินอี 6) แร่ธาตุ 9 ชนิด ได้แก่ (1) แคลเซียม (2) ฟอสฟอรัส (3) แมกนีเซียม (4) โซเดียม (5) โพแทสเซียม (6) เหล็ก (7) ทองแดง (8) สังกะสี และ (9) ไอโอดีน และได้เปรียบเทียบปริมาณสารอาหารกับปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับทารก (RDA) พบว่าข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกที่ปรากฏในตำราการแพทย์แผนไทย เป็นเพียงการระบุชื่ออาหารและสรรพคุณของอาหาร เช่น ช่วยให้เจริญเติบโต นอนหลับได้นาน (ความเชื่อ) บำรุงร่างกายและสมอง หรือช่วยในการขับถ่าย เป็นต้น แต่ไม่มีการระบุปริมาณอาหารที่รับประทาน จึงไม่สามารถคำนวณปริมาณพลังงานและสารอาหารต่อวันได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อาหารเสริมสำหรับทารกที่ปรากฏในตำราการแพทย์แผนไทย และตำราการแพทย์ล้านนาตามอายุของทารก

ลำดับที่	อายุ	อาหารเสริมสำหรับทารกในตำราการแพทย์แผนไทย	อาหารเสริมสำหรับทารกในตำราการแพทย์ล้านนา
1	แรกคลอด	นมแม่	นมแม่ ข้าวหม่ามหรือข้าวบด ข้าวกับกล้วย
2	1 เดือน	-	-
3	2 เดือน	น้ำส้มคั้น น้ำผลไม้คั้น	-
4	3 เดือน	กล้วยน้ำหว้าบด กล้วยหักมุกเผาบด	-
5	4 เดือน	ข้าวบดกับน้ำแกงจืด	-
6	5 เดือน	ไข่แดงต้มสุก	-
7	6 เดือน	ตับบด ปลา เนื้อหมูสับ	ไข่ต้ม ไก่ต้ม ตับปิ้ง หมูปิ้ง มันเทศนึ่ง ฟักทองนึ่ง มันบะหมู้นึ่งหรือต้มหรือหมก มะละกอสุก มะม่วงสุก มะปรางสุก ข้าวแคบปิ้ง
8	7 เดือน	-	ปูอ่อง ปลาดุกปิ้ง ปลาไหลปิ้ง ปลาช่อนปิ้ง ปลาแห้งปิ้ง
9	8 เดือน	ข้าวและกับ ขนมปัง	-
10	9 เดือน	-	ผักต่างๆ เช่น ผักหวาน ผักโขม ผักกาดเขียวต้มใส่เกลือ ปลาร้า มะเขือยาวใส่เกลือ ข้าวเหนียวจิ้มน้ำหม้อนึ่งใส่เกลือ ข้าวคลุกงาขี้ม้อน เห็ดเปาจี่ เห็ดล่มจี่ ขนมเกลือ
11	10 เดือน	-	-
12	11 เดือน	-	-
13	12 เดือน	-	ไข่ทอด ปลาทอด หมูต้ม หมูทอด ตับทอด ผักกาดขาวต้ม ผักแว่น ผักหวานต้ม อาหารทั่วไปที่รสไม่เผ็ด

ในขณะที่ข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกที่ปรากฏในตำราการแพทย์แผนปัจจุบันมีการระบุปริมาณอาหารที่รับประทาน ซึ่งสามารถคำนวณปริมาณพลังงานและสารอาหารต่อวันได้ โดยพบว่าอาหารส่วนใหญ่มีค่าปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อ 1 หน่วยบริโภคอยู่ในช่วง 53-261 kcal โดยแนะนำให้รับประทานนมแม่ตั้งแต่แรกคลอดจนถึงอย่างน้อยสุดคือ 6 เดือน จนถึง 23 เดือนโดยแสดงข้อมูลของอาหารเสริมสำหรับทารกในช่วงอายุต่างๆ และปริมาณพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อาหารเสริมสำหรับทารกที่ปรากฏในตำราการแพทย์แผนปัจจุบันตามอายุของทารก

ลำดับ	อายุ	ชื่ออาหารเสริมสำหรับทารกในตำราการแพทย์แผนปัจจุบัน (ปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อ 1 หน่วยบริโภค)
1	แรกคลอด	น้ำนมแม่ (53 kcal)
2	1 เดือน	น้ำนมแม่ (53 kcal)
3	2 เดือน	น้ำนมแม่ (53 kcal)
4	3 เดือน	น้ำนมแม่ (53 kcal)
5	4 เดือน	กล้วยน้ำหว้าบด (123 kcal) ข้าวบดกับน้ำแกงจืด (74 kcal) ข้าวบด (37 kcal) ข้าวบดกับตับไก่ (86 kcal) ข้าวบดกับตับหมู (85 kcal) ซุปฟักทองไข่แดง (74 kcal) โจ๊กตับบดน้ำซุปผัก (98 kcal)

ตารางที่ 2 อาหารเสริมสำหรับทารกที่ปรากฏในตำราการแพทย์แผนปัจจุบันตามอายุของทารก

ลำดับ	อายุ	ชื่ออาหารเสริมสำหรับทารกในตำราการแพทย์แผนปัจจุบัน (ปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อ 1 หน่วยบริโภค)
6	5 เดือน	ข้าวบดปลานิลใส่ใบผักบุ้ง (137 kcal) ข้าวบดปลาทูใส่ใบตำลึง (140 kcal) ข้าวบดปลาดุกใส่แครอท (144 kcal) ข้าวบดปลาช่อนใส่ฟักทอง (150 kcal) ข้าวบดปลายสวายใส่มะเขือเทศ (192 kcal) ซุปถั่วเขียวใส่ไข่แดง (107 kcal) ขนมปังบดกับตับไก่ (112 kcal)
7	6 เดือน	ต้มมักกะโรนี (103 kcal) ข้าวบด - ซุปไก่มะเขือเทศ มันฝรั่ง (158 kcal) ข้าวบดปลานึ่งแครอท (172 kcal) ข้าวบด - แกงจืดเต้าหู้อ่อน (176 kcal) ข้าวบด - ไข่ตุ๋นแครอท (202 kcal) ข้าวบดเนื้อหมูใส่แครอท (120 kcal) ข้าวบดตับไก่ใส่มะเขือเทศ (118 kcal) ข้าวบดปลานิลใส่ใบผักบุ้ง (110 kcal) ข้าวบดไข่แดงตำลึง (118 kcal) ข้าวบดฟักทองปลาทู (109 kcal) ข้าวบดตับไก่เต้าหู้ผักหวาน (109 kcal) ข้าวต้มไข่ - ตำลึง (107 kcal) ข้าวบด ไข่แดง - ตำลึง (106 kcal)
8	7 - 8 เดือน	ข้าวสวย - แกงจืดแตงกวายัดไส้หมู (214 kcal) เกี๊ยวน้ำหมูสับ (219 kcal) โจ๊กหมูใส่ตับ (228 kcal) ข้าว - ไข่กวนนมสด (234 kcal) แซนด์วิชปลาทูน่า (281 kcal)
9	9 เดือน	ข้าวต้มปลา - แครอท (109 kcal) ข้าวต้มหมูสับ - เลือด - ผักหวาน (119 kcal) ข้ามต้ม ไข่ - ตำลึง (110 kcal)
10	10 - 11 เดือน	ก๋วยเตี๋ยวน้ำใส่หมูสับ (240 kcal) ข้าวอบหมู มะเขือเทศ (261 kcal) ข้าวไก่อบแครอทดอกกะหล่ำ (228 kcal) ข้าวเต้าหู้ชมสวน (261 kcal)
11	12 เดือน	ข้าวปลาทู - ไข่น้ำ - มันฝรั่ง หัวผักกาด (174 kcal) ข้าวผัดไข่ - แกงจืดผักหวานฟักทอง (200 kcal) ข้าวเต้าหู้อ่อนทอด ต้มเลือดหมู - หมูสับ - แครอท - ตำลึง (183 kcal) ข้าวผัดหลากสี (202 kcal)

2. แนวทางในการพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

จากการสนทนากลุ่มร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 20 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล พร้อมทั้งเสนอแนะความคิดเห็นเกี่ยวกับตำรับอาหารเสริมสำหรับทารกและแนวทางในการพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย สามารถสรุปได้ดังนี้

1) จากการรวบรวมข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกในตำราการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน พบว่า ข้อมูลอาหารสำหรับทารกที่รวบรวมได้จากตำราการแพทย์แผนไทย สะท้อนให้เห็นภูมิปัญญาอันชาญฉลาด ประสบการณ์ และการเลือกใช้วัตถุดิบที่หาได้ในท้องถิ่น เกิดขึ้นตามธรรมชาติในแต่ละฤดูกาล ไม่ต้องซื้อหา เน้นการพึ่งพาตนเองด้วยทรัพยากรในชุมชน ทำให้กรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านล้านนาเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมการกินของคนไทย อีกทั้งยังมีต้นทุนต่ำเท่ากับเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือน แต่ในขณะเดียวกันความรู้ตามภูมิปัญญาดั้งเดิมย่อมมีข้อจำกัด โดยเฉพาะเมื่อนำมาใช้ในบริบทความเข้าใจของคนในยุคปัจจุบันจำเป็นต้องอาศัยความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เนื่องจากยังขาดรายละเอียดทางโภชนาการ เช่น ปริมาณสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของทารกแต่ละช่วงวัย รวมถึงขาดการระบุองค์ประกอบของอาหารอย่างชัดเจน ทั้งในส่วนของส่วนผสม วิธีการปรุง การจัดเตรียม ตลอดจนสรรพคุณและหลักเกณฑ์ในการให้อาหารเสริมตามช่วงวัยของทารก เป็นต้น ขณะที่ตำราการแพทย์แผนปัจจุบันมีความครบถ้วนและเป็นระบบมากกว่า โดยให้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งในด้านคุณค่าโภชนาการ หลักการเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมตามวัย ช่วงวัยที่เหมาะสมและแนวทางการให้อาหารเสริมที่สอดคล้องกับพัฒนาการของระบบทางเดินอาหารของทารก ดังนั้น แนวทางการพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกด้วยกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทย ควรบูรณาการองค์ความรู้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งในด้านโภชนศาสตร์ การกำหนดสัดส่วนสารอาหาร

และการควบคุมมาตรฐานความปลอดภัย เพื่อให้ความสำคัญสูงสุดกับสุขภาวะของทารก

2) อาหารเสริมสำหรับทารกควรเริ่มเมื่อทารกอายุประมาณ 6 เดือนขึ้นไป ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกและกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าวระบบย่อยอาหารของทารกจะมีความพร้อมเพียงพอต่อการย่อยและดูดซึมอาหารชนิดอื่นนอกจากน้ำนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อนหน้านั้นควรให้นมแม่หรือนมผงเป็นอาหารหลักเพียงอย่างเดียว เพื่อให้ทารกได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและง่ายต่อการย่อย ทั้งยังช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน พัฒนาการทางร่างกายและสมองอย่างเหมาะสมตามช่วงวัย การเริ่มให้อาหารเสริมเร็วเกินไปอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพ้อาหารหรือปัญหาทางเดินอาหารของทารก ถ้าหากเริ่มช้าเกินไปอาจทำให้ทารกขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโต อย่างไรก็ตามในกรณีที่แม่มีน้ำนมไม่เพียงพอต่อความต้องการพลังงานและสารอาหารของทารก สามารถให้อาหารเสริมได้เมื่อทารกมีอายุ 4 เดือน โดยเลือกให้อาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าวบด กล้วยสุกบด เสริมด้วยไข่แดงปริมาณเล็กน้อย และยังไม่ให้อาหารเสริมประเภทเนื้อสัตว์ เนื่องจากทารกที่อายุไม่ถึง 6 เดือน ระบบทางเดินอาหารและการขับถ่ายของเสียยังทำงานไม่สมบูรณ์ไม่พร้อมต่อการย่อย การดูดซึมและการขับถ่ายของเสียที่เกิดจากเมแทบอลิซึมของโปรตีนอื่นที่นอกเหนือจากนมแม่

3) อาหารเสริมสำหรับทารกควรมีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน และเหมาะสมกับทารกแต่ละช่วงวัย โดยคำนึงถึงสารอาหารหลัก ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน และแร่ธาตุ รวมทั้งพลังงานที่เพียงพอต่อการเจริญเติบโตของร่างกายในแต่ละช่วงวัย นอกจากนี้ควรเลือกใช้วัตถุดิบที่เหมาะสมกับพัฒนาการของระบบย่อยอาหารของทารกร่วมด้วย เช่น อาหารที่มีเนื้อนุ่ม ย่อยง่าย และไม่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินอาหาร ทั้งนี้ การกำหนดสัดส่วนของอาหารแต่ละชนิดควรคำนึงถึงความต้องการเฉพาะของทารก เช่น น้ำหนักตัว ระดับกิจกรรม และภาวะสุขภาพ เพื่อให้ทารกได้รับสารอาหารครบถ้วนและเหมาะสมตามวัย

4) การพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกควรให้ความสำคัญกับการคัดเลือกวัตถุดิบที่มีในท้องถิ่นหาได้ง่าย และสามารถนำมาใช้เสริมการดูแลอาหารทารกตามองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยทั้งในด้านสรรพคุณทางยา และมีคุณค่าทางโภชนาการสูง ควบคู่กับการคำนึงถึงความปลอดภัยของวัตถุดิบในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การปลูก การเก็บเกี่ยว การขนส่งไปจนถึงการแปรรูปเป็นอาหารให้ได้มาตรฐานตามข้อกำหนดของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาการรวบรวมข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกในตำราการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน พบว่า ข้อมูลในตำราการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่มีเฉพาะชื่ออาหาร ยังขาดรายละเอียดทางด้านโภชนาการเมื่อเทียบกับตำราการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีการจัดระบบข้อมูลด้านอาหารเสริมสำหรับทารกอย่างครบถ้วน ไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบ คุณค่าโภชนาการ หลักการเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมตามวัย ช่วงวัยที่เหมาะสม และแนวทางการให้อาหารเสริมที่สอดคล้องกับพัฒนาการของระบบทางเดินอาหารของทารก โดยข้อมูลอาหารเสริมสำหรับทารกในตำราการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน พบจำนวน 121 รายการ ตัดความซ้ำซ้อนของข้อมูลในแต่ละชุดความรู้คงเหลือจำนวน 114 รายการ โดยมีนมแม่เป็นอาหารหลักสำหรับทารก และมีการให้อาหารเสริมทารกตั้งแต่แรกคลอดจนถึงอายุ 12 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการให้อาหารเสริมสำหรับทารกแบบดั้งเดิมในวัฒนธรรมของประเทศต่าง ๆ [9] ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับอาหารเสริมสำหรับทารกที่ปรากฏในตำราการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน จากนั้นได้นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการที่สอดคล้องกับความต้องการสารอาหารและความสามารถในการเมแทบอลิซึมสารอาหารของทารก ประกอบด้วย 1) ปริมาณ

พลังงาน 2) คาร์โบไฮเดรต 3) โปรตีน 4) ไขมัน 5) วิตามิน 6 ชนิด และ 6) แร่ธาตุ 9 ชนิด[10] สอดคล้องกับการศึกษาของ มลิวัลย์ วงศ์พยัคฆ์ [11] รายงานว่า การจัดบริการอาหารให้เด็กปฐมวัยควรคำนึงถึงคุณค่าทางสารอาหาร ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน และเกลือแร่ต่างๆ ที่ร่างกายต้องการใน 1 วัน ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน (RDA) พบว่า ทารกอายุ 0 - 6 เดือน ควรได้รับพลังงาน 460 - 490 กิโลแคลอรีต่อวัน โดยทารกได้รับสารอาหารหลักเกือบทั้งหมดจากน้ำนมแม่ ซึ่งให้สัดส่วนไขมันประมาณ 50% ของพลังงานทั้งหมด และให้วิตามินและแร่ธาตุในปริมาณเพียงพอต่อการเจริญเติบโต ส่วนทารกอายุ 6 - 11 เดือน ควรได้รับพลังงานเพิ่มเป็น 610 - 680 กิโลแคลอรีต่อวัน โดยยังคงให้นมแม่ควบคู่กับอาหารเสริม ควรมุ่งเน้นอาหารที่ให้พลังงานเพียงพอ มีโปรตีนคุณภาพดี ไขมันที่เหมาะสม และเสริมด้วยวิตามินและแร่ธาตุสำคัญ เพื่อสนับสนุนการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางสมองของทารกอย่างสมดุลและปลอดภัย

ดังนั้น แนวทางการพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกด้วยกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทย เพื่อให้เป็นที่ยอมรับและมีความน่าเชื่อถือในยุคปัจจุบัน จำเป็นต้องนำหลักการทางวิทยาศาสตร์และโภชนาการของการแพทย์แผนปัจจุบันมาเป็นกรอบมาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ อาภารัศมี ณะมณี [12] รายงานว่า ควรพัฒนาทั้งศาสตร์ของการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยด้วยการศึกษาวิจัยโดยเฉพาะ โดยศึกษาวิจัยให้ประจักษ์ถึงศักยภาพของการผสานศาสตร์ของการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยในการสร้างเสริมสุขภาพของมารดาและเด็ก เพื่อยกระดับการแพทย์แผนไทยให้ได้รับความเชื่อถือมากขึ้นและมีความก้าวหน้าต่อไป เมื่อพิจารณาในแง่ของช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มให้อาหารเสริม พบว่าทั้งแนวทางขององค์การอนามัยโลกและกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีข้อแนะนำที่สอดคล้องกันว่าควรเริ่มให้อาหารเสริมเมื่อทารกมีอายุครบ 6 เดือน เพื่อให้ระบบย่อยอาหารมีความพร้อมและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแพ้อาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ มลิวัลย์ วงศ์พยัคฆ์ [11] รายงานว่า กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีการขับเคลื่อนนโยบาย “มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต” โดยช่วง 180 วัน (แรกเกิดถึง 6 เดือน) เป็นช่วงที่ลูกควรได้กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเต็ม เพราะนมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับลูก จากนั้น 550 วัน (หลัง 6 เดือนถึง 2 ปี) ให้ลูกกินนมแม่ควบคู่อาหารตามวัย เพื่อเป็นการเตรียมสมองร่วมกับการพัฒนาทักษะของเด็ก นอกจากนี้การศึกษาของ พัตธนี วินิจจะกูล และอรพร ดำรงวงศ์ศิริ (2563)[13] รายงานว่า องค์การอนามัยโลกแนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตลอด 6 เดือนแรก และหลังจากนั้นให้อาหารตามวัยโดยยังคงให้นมแม่ต่อเนื่องถึง 2 ปี โดยอาหารเสริมสำหรับทารกควรมีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน และเหมาะสมกับทารกแต่ละช่วงวัย โดยคำนึงถึงสารอาหารหลัก ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน และแร่ธาตุ รวมทั้งพลังงานที่เพียงพอต่อการเจริญเติบโตของร่างกายในแต่ละช่วงวัย สอดคล้องกับการศึกษาของ อุรุวรรณ แย้มบริสุทธิ์ [14] รายงานว่า อาหารอื่นๆ นอกเหนือจากนมแม่ที่ให้เพิ่มเติมแก่ทารกที่อายุ 6 เดือนขึ้นไป มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ทารกเจริญเติบโตเต็มตามศักยภาพ ซึ่งอาหารตามวัยควรมีสารอาหารครบ 5 หมู่ ตามหลักโภชนาการ นอกจากนี้การพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกควรให้ความสำคัญกับการคัดเลือกวัตถุดิบที่มีในท้องถิ่นหาได้ง่าย และสามารถนำมาใช้เสริมการดูแลอาหารทารกตามองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยทั้งในด้านสรรพคุณทางยา ตลอดจนมีคุณค่าทางโภชนาการสูง ควบคู่กับการคำนึงถึงความปลอดภัยของวัตถุดิบ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Marius Affonfere และคณะ[15] ที่นำวัตถุดิบในท้องถิ่นมาพิจารณาคุณค่าทางโภชนาการเพื่อนำไปประกอบเป็นอาหารเสริมสำหรับเด็กอายุ 6 - 59 เดือน และการศึกษาของ ชฎาพร แซ่ม้า[16] รายงานว่า คนไทยในสมัยก่อนมักใช้ผักพื้นบ้าน สมุนไพร ผลไม้ ราก เหง้าต้นไม้

วัตถุดิบที่หาได้ง่ายในท้องถิ่นมาปรุงเป็นอาหาร ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อภาวะโภชนาการของมนุษย์ รวมทั้งป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ นอกจากนี้ยังแสดงถึงภูมิปัญญาของบรรพบุรุษที่รู้จักนำวัตถุดิบใกล้ตัวที่มีอยู่ในท้องถิ่น หรือเกิดขึ้นตามฤดูกาลมาปรุงเป็นอาหารนานาชนิด

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรทางด้านแพทย์แผนไทยและสาขาที่เกี่ยวข้อง สามารถใช้ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ไปเป็นแนวทางการพัฒนาอาหารเสริมสำหรับทารกด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ยังสามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้เป็นแหล่งอ้างอิง เพื่อนำไปสู่โอกาสในการพัฒนาจัดทำเป็นแนวเวชปฏิบัติหรือตำรากลางของสภาการแพทย์แผนไทย สำหรับนำไปใช้การจัดการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตรการแพทย์แผนไทย ด้านการผดุงครรภ์ไทย และที่สำคัญที่สุดคือการพัฒนาต่อยอดเป็นผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสำหรับทารกที่จะช่วยเติมเต็มช่องว่างด้านโภชนาการสำหรับทารกและช่วยสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่มีเอกลักษณ์จากภูมิปัญญาไทยต่อไปในในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ที่เอื้อเฟื้องบประมาณตลอดจนสถานที่ในการดำเนินการวิจัย และขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ปรียกมล ไกรกิจราษฎร์ และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์.(2565). การส่งเสริมบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565; 49(1):329-339.
2. นิตยา คชภักดี.(2560). การเลี้ยงดูบุตรในบริบทวัฒนธรรมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
3. จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ.(2554). ปัจจัยทำนายความเครียดของการเป็นมารดาของมารดาที่มีบุตร อายุ 0-3 ปี. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา 2554; 6(2):16-30.
4. ดวงเดือน ดวงสำราญ และอินทิพร ปักเคเต.(2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2563; 43(2):55-63.
5. ศิริพรรณ บุตรศรี และปาริชาต ชรากาหมุด.(2565). การพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 : กรณีศึกษาชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2565; 23(44):10-22.
6. พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 130, ตอนที่ 10 ก. (ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2556).
7. ชัยนรินทร์ เรือนเจริญ.(2562). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างขันธ์ 5 ตามพุทธปรัชญากับสาเหตุการเจ็บป่วยของการแพทย์แผนไทย. [การศึกษาอิสระการแพทย์แผนไทยมหาบัณฑิต]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.
8. วีระยุทธ พรพจน์ธนมาศ.(2565). การศึกษาเปรียบเทียบการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยด้วยเทคนิค IOC, CVR และ CVI. รังสิตสารสนเทศ 2565; 28(1):169-192.
9. Capra, M. E., Decarolis, N. M., Monopoli, D., Laudisio, S. R., Giudice, A., Stanyevic, B., Esposito, S., & Biasucci, G.(2024). Complementary Feeding: Tradition, Innovation and Pitfalls. Nutrients 2024; 16(5):737.
10. คณะกรรมการและคณะทำงานปรับปรุงข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2563). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ.วี. โปรเกรสซีฟ.

11. มลิวัลย์ วงศ์พยัคฆ์.(2561). โภชนาการในเด็กปฐมวัย. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2561; 5(1):71-77.
12. อาภารัศมี ณะมณี.(2556). การสร้างเสริมสุขภาพของมารดาและเด็ก : มุมมองจากศาสตร์ของการแพทย์แผนไทยและศาสตร์ของการแพทย์แผนปัจจุบัน. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2556; 13(1):79-88.
13. พัตธนี วินิจจะกูล และอรพร ดำรงวงศ์ศิริ.(2563). สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัจจัยเอื้อและอุปสรรค นโยบายและมาตรการการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย. วารสารโภชนาการ 2563; 55(1):66-81.
14. อุรุวรรณ แย้มบริสุทธิ์.(2559). อาหารตามวัยสำหรับทารก (Complementary Food). องค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับทุกช่วงวัย. นนทบุรี: ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
15. Affonfere, M., Chadare, F. J., Fassinou, F. T. K., Talsma, E. F., Linnemann, A. R., & Azokpota, P.(2021). A complementary food supplement from local food ingredients to enhance iron intake among children aged 6-59 months in Benin. Food science & nutrition 2021; 9(7):3824–3835.
16. ชฎาพร แซ่ม้า และคณะ.(2568). การศึกษาข้อมูลวัตถุดิบของอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพภายใต้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรณีศึกษาอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2568; 10(2):436-447.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การหาชนิดของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดง ในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ในโรงพยาบาลนครนายก เพื่อการเตรียมเลือดให้ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่เหมาะสมและรวดเร็ว

Determination of Red Blood Cell Antigens in Pediatric Thalassemia Patients at Nakhon Nayok Hospital for Optimal and Rapid Blood Preparation.

(Received: December 26,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ฉวีวรรณ จัดภัย[1]
Chaweewan Judpai[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาชนิดของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลนครนายก และประเมินความเป็นไปได้ในการเตรียมเลือดที่ตรงตามความต้องการอย่างรวดเร็ว งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบ cross sectional (Survey research by cross sectional study) เก็บตัวอย่างเลือดจากผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียจำนวน 55 คน ทำการตรวจระบบแอนติเจน ABO, Rh, และแอนติเจนสำคัญอื่น ๆ (Kell, Duffy, Kidd, MNS) โดยการทำ Red cell phenotype และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐานเพื่อระบุความถี่ของแต่ละชนิดแอนติเจน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า probable genotype DCe/DCe(R_1R_1)ร้อยละ 45.4 DCe/DCe(R_1R_0)ร้อยละ 20.2 DCe/DcE(R_1R_2)ร้อยละ 25.5 DCe/DCE(R_1R_z)ร้อยละ 7.3 และdce/dce(rr)ร้อยละ 1.8 และในระบบ MNS ตรวจ Red cell phenotype ชนิด Mi^a พบเป็น Mi(a+)ร้อยละ 5.5 Mi(a-)ร้อยละ 94.5 สามารถนำไปใช้ในการจัดหาเลือดที่เหมาะสม ลดเวลาการเตรียมเลือด และเพิ่มความปลอดภัยในการถ่ายเลือดสำหรับผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย

คำสำคัญ: ธาลัสซีเมีย, แอนติเจนเม็ดเลือดแดง, ABO, Rh, การเตรียมเลือด

Abstract

This study aimed to identify red blood cell antigen profiles in pediatric thalassemia patients at Nakhon Nayok Hospital and to evaluate the feasibility of rapidly preparing blood that meets patient requirements. This research was Survey research by cross sectional study. Blood samples were collected from 55 pediatric thalassemia patients. ABO and Rh blood group systems, as well as other clinically significant antigens (Kell, Duffy, Kidd, and MNS), were examined using red cell phenotyping. Data were analyzed using basic descriptive statistics to determine the frequency of each antigen type.

The results showed that the probable genotypes were DCe/DCe (R1R1) 45.4%, DCe/Dce (R1R0)20.2%, DCe/DcE (R1R2) 25.5%, DCe/DCE (R1Rz) 7.3%, and dce/dce (rr) 1.8%. In the MNS system,red cell phenotyping for the Mia antigen revealed Mi(a+) in 5.5% of patients and Mi(a–) in 94.5%. These findings can be applied to improve the provision of compatible blood, reduce blood preparation time, and enhance transfusion safety for pediatric thalassemia patients.

Keywords: Thalassemia, red blood cell antigens, ABO, Rh, blood preparation

บทนำ

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นโรคโลหิตจางทางพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของการสร้างสายโกลบิน (globin chain) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของฮีโมโกลบิน (hemoglobin; Hb) ส่งผลให้มีการสร้างฮีโมโกลบินลดลง เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นและถูกทำลายเร็วกว่าปกติ ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะซีดเรื้อรังร่วมกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ตับและม้ามโต ใบหน้าผิดรูปจากการขยายตัวของไขกระดูก และ

[1] งานธนาคารเลือด กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลนครนายก

การเจริญเติบโตของร่างกายล่าช้า โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กที่มีความรุนแรงของโรคสูงในประเทศไทย โรคธาลัสซีเมียถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากพบความชุกของพาหะและผู้ป่วยในอัตราที่สูง ผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการเติมเลือดอย่างสม่ำเสมอ (regular blood transfusion) เพื่อคงระดับฮีโมโกลบินให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะซีด อย่างไรก็ตาม การได้รับเลือดซ้ำ ๆ เป็นระยะเวลานานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการสร้างภูมิต้านทานต่อแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงจากผู้ให้เลือด หรือที่เรียกว่า alloimmunization รวมถึงการเกิดปฏิกิริยาหลังการให้เลือด ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและทำให้การรักษามีความยุ่งยากมากขึ้น การเกิด alloantibody ต่อเม็ดเลือดแดงไม่เพียงส่งผลให้การเติมเลือดในครั้งต่อไปทำได้ยากขึ้น แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด delayed hemolytic transfusion reaction และทำให้ต้องใช้เวลามากขึ้นในการค้นหาเลือดที่เข้ากันได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กที่ต้องพึ่งพาการเติมเลือดเป็นระยะเวลานานตลอดชีวิต ดังนั้น การทราบชนิดแอนติเจนของเม็ดเลือดแดงทั้งในผู้รับและผู้ให้เลือด โดยเฉพาะแอนติเจนที่มีความสำคัญทางคลินิก เช่น ระบบหมู่เลือด Rh (รวมถึง Rh subgroups), MNS, Kell, Kidd และ Duffy จึงมีบทบาทสำคัญในการคัดเลือกเลือดที่เหมาะสม จากข้อมูลสถิติการเกิดและการป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลนครนายก พบว่าในปีพุทธศักราช 2565 มีเด็กเกิดใหม่จำนวน 1,532 คน และพบผู้ป่วยโรคธาลัส ซีเมียจำนวน 448 คน ปีพุทธศักราช 2566 มีเด็กเกิดใหม่จำนวน 1,445 คน และพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 505 คน และในปีพุทธศักราช 2567 มีเด็กเกิดใหม่จำนวน 1,413 คน แต่พบผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียเพิ่มขึ้นถึง 619 คน แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี แม้ว่าจำนวนเด็กเกิดใหม่ จะลดลงก็ตาม โรงพยาบาลนครนายกเป็นสถานพยาบาลที่มีผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียเข้ารับการรักษาด้วยการถ่ายเลือดอย่างต่อเนื่องจำนวน 55 ราย การเตรียมเลือดที่เหมาะสมและรวดเร็วสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการทราบชนิดของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดปฏิกิริยาจากการถ่ายเลือด ลดระยะเวลาในการค้นหาเลือดที่เข้ากันได้ และเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ดังนั้น

การศึกษาการหาชนิดของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลนครนายก จึงมีความสำคัญ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมเลือดให้มีความเหมาะสม ปลอดภัย และรวดเร็ว อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียให้ดียิ่งขึ้น ปัจจุบันผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจำนวนเด็กเกิดใหม่จะลดลงก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการถ่ายเลือดเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ โรงพยาบาลนครนายกเป็นสถานพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียเข้ารับการรักษาด้วยการถ่ายเลือดอย่างต่อเนื่องจำนวน 55 ราย การจัดเตรียมเลือดที่มีความเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การทราบชนิดของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยแต่ละรายมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงของการเกิดปฏิกิริยาจากการถ่ายเลือด โดยเฉพาะการเกิดแอนติบอดีต่อเม็ดเลือดแดง นอกจากนี้ยังช่วยลดระยะเวลาในการค้นหาเลือดที่มีความเข้ากันได้ และเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการจัดหาและเตรียมเลือดให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว การทราบชนิดของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยแต่ละรายมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงของการเกิดปฏิกิริยาจากการถ่ายเลือด โดยเฉพาะการเกิดแอนติบอดีต่อเม็ดเลือดแดง นอกจากนี้ยังช่วยลดระยะเวลาในการค้นหาเลือดที่มีความเข้ากันได้ และเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการจัดหาและ

เตรียมเลือดให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว [1,2,3,4]

จากการศึกษาหลายฉบับพบว่า การจับคู่แอนติเจนของระบบหมู่เลือดที่สำคัญดังกล่าวก่อนการให้เลือด สามารถช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิด alloimmunization ได้อย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด เพิ่มความปลอดภัยในการรักษา และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยธาลัสซีเมียในระยะยาว ดังนั้น การศึกษาด้านการตรวจหาแอนติเจนของเม็ดเลือดแดงและการป้องกันการเกิด alloimmunization ในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย โดยเฉพาะในเด็ก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในเชิงคลินิกและเชิงระบบบริการโลหิต จากแนวทางการให้บริการโลหิตในปัจจุบัน โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงคัดเลือกเลือดสำหรับการเติมเลือดโดยอาศัยการเข้ากันได้ของระบบหมู่เลือด ABO และ Rh(D) เป็นหลัก ขณะที่การตรวจหาแอนติเจนของเม็ดเลือดแดงในระบบหมู่เลือดอื่น ๆ ที่มีความสำคัญทางคลินิก เช่น Rh subgroups, MNS, Kell, Kidd และ Duffy ยังไม่ได้ดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร เวลา และต้นทุน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเติมเลือดเป็นระยะเวลานาน มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการสร้างแอนติบอดีต่อแอนติเจนของเม็ดเลือดแดงจากผู้ให้เลือด หากไม่ได้รับเลือดที่มีความเข้ากันได้ในระดับแอนติเจนที่เหมาะสม แม้ว่าจะมีรายงานการศึกษาจากต่างประเทศที่แสดงให้เห็นว่าการจับคู่แอนติเจนของเม็ดเลือดแดงในระบบหมู่เลือดที่สำคัญสามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิด alloimmunization และปฏิกิริยาหลังการให้เลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียในประเทศไทยยังมีจำกัด การขาดข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวส่งผลให้ไม่สามารถประเมินได้อย่างชัดเจนว่าการตรวจหาแอนติเจนเพิ่มเติมนอกเหนือจากระบบ ABO/Rh(D) [5,6,7] จะก่อให้เกิดประโยชน์เชิงคลินิกและความคุ้มค่าในการนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการโลหิตของโรงพยาบาลนครนายก ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก (prevalence) ของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงที่มีความสำคัญทางคลินิกในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นพื้นฐานในการประเมินประโยชน์ของการตรวจหาแอนติเจนเพิ่มเติมในการคัดเลือกเลือดสำหรับการเติมเลือดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงของการเกิด alloimmunization และปฏิกิริยาจากการให้เลือด รวมถึงสนับสนุนการพัฒนานโยบายและแนวทางการให้บริการโลหิตที่มีความปลอดภัย เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบททางคลินิกของประเทศไทยในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความถี่ของแอนติเจนระบบ Rh ที่สำคัญ 5 ตัว คือ C, c, D, E, e และระบบ MNS ตัวที่สำคัญคือ Mi^a ซึ่งอาจก่อให้เกิดปฏิกิริยา hemolytic transfusion reaction ในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ที่มารักษาและรับเลือดในโรงพยาบาลนครนายก
2. เพื่อหาปัจจัยที่อาจเป็นข้อบ่งชี้ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ alloimmunization
3. เพื่อรวบรวมข้อมูลชนิดของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย เพื่อนำไปใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมเลือดให้มีความเหมาะสมและรวดเร็ว

วิธีการวิจัย

การดำเนินการวิจัย เรื่อง การหาชนิดของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลนครนายก เพื่อการเตรียมเลือดให้ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่เหมาะสมและรวดเร็ว ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการดำเนินการวิจัยดังรายละเอียด ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบ cross sectional (Survey research by cross

sectional study)เป็นแบบ cross sectional ในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย ที่ได้รับการรักษาด้วยการให้เลือดและติดตามดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอที่คลินิกเด็ก โรงพยาบาลนครนายก ศึกษาระหว่างระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567 รวมระยะเวลานาน 2 ปี

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง (Study sample) ในการวิจัย ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาโดยการให้เลือด (red blood cell transfusions) ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวนทั้งสิ้น 55 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ตัวอย่างผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่เข้ารับการรักษาโดยการให้เลือด(red blood cell transfusions) โดยส่งขอเลือดที่งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลนครนายกที่มีเอกสารและรายละเอียดการขอเลือดอย่างชัดเจนครบถ้วนถูกต้อง และมีปริมาณเลือดที่ใส่สารกันเลือดแข็ง (EDTA) เพียงพอต่อการตรวจวิเคราะห์ (2-3 ml)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) มีตัวอย่างเลือดมาแต่เอกสารในการขอเลือดไม่ครบถ้วน หรือเอกสารขอเลือดครบถ้วน แต่ปริมาณเลือดที่ใส่สารกันเลือดแข็ง (EDTA) น้อยกว่า 2ml

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาโดยการให้เลือด (red blood cell transfusions) ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวนทั้งสิ้น 55 คน โดยบันทึกในแบบฟอร์มการตรวจแอนติเจนในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลนครนายก

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ในข้อได้นำตัวอย่างเลือดที่ส่งตรวจเพื่อขอเลือด มาทำการตรวจหาแอนติเจนในระบบ Rh และ MNS 2 วิธี Standard tube test และวิธี Gel technique

ตัวอย่างเลือด EDTA blood ของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย[8]

น้ำยา

ตารางที่ 1 แสดงชุดน้ำยาที่ใช้ทดสอบ

Antisera	บริษัทผู้ผลิต/ประเทศ	Lot number
Anti-D	ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ/ไทย	66025, 67025
Anti-C	ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ/ไทย	66020, 67020
Anti-c	ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ/ไทย	66010, 67010
Anti-E	ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ/ไทย	66010, 67010
Anti-e	ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ/ไทย	66010, 67010
Anti- Mi^a	ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ/ไทย	66020, 67020

2.1 การตรวจหาหมู่เลือดระบบ Rh และหมู่เลือดระบบ MNS ชนิด Mi^a ในหลอดทดลอง[9] (Standard Tube Test : STT or Conventional Tube Test : CTT for determination of Rh type)

วิธีการ

1. เตรียมหลอดทดลองแห้งและสะอาด หยด Anti-D, Anti-C, Anti-E, Anti-c, Anti-e และ Anti- Mi^a ลงหลอดละ 2 หยด

2. หยด 3-5% cell suspension ของผู้ป่วยหลอดละ 1 หยด เขย่าเบาๆ แล้วให้ทำปฏิกิริยาที่อุณหภูมิห้อง 15 นาที นำไปปั่นอ่านผล

3. อ่านและบันทึกระดับของปฏิกิริยา

2.2 การตรวจหาหมู่เลือดระบบ Rh และระบบ MNS ชนิด Mi^a วิธี Gel technique[(12)] โดยใช้ cassette

วิธีการ

1. ใช้ Liss Dia-Med, สวิตเซอร์แลนด์ เป็นตัว dilute cell ผู้ป่วย เป็น 0.8% cell

2. ใช้ cell ที่ dilute แล้ว 50 ไมโครลิตร และใช้ antisera ที่ต้องการทดสอบ (Anti-D,

Anti-C, Anti-E, Anti-c, Anti-e และ Anti- Mi^a) 25 ไมโครลิตร mix เบาๆ

3. นำไป incubate กับเครื่อง gel manual ที่ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 15 นาที และนำมาปั่นอ่านผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ, เพศ, จำนวนเลือด(ยูนิต)ที่ผู้ป่วยได้รับ และจำนวนความถี่ของชนิดของแอนติเจนที่พบ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ของตัวแปรมากกว่า 2 ตัว เมื่อตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม หรือตัวแปรเชิงปริมาณอย่างน้อย 2 ตัว และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ 1 ตัว Pearson Chi-Square และ Contingency coefficient เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงกลุ่ม 2 ตัว เมื่อตัวแปรทั้ง 2 ตัว เป็นสเกลแบ่งกลุ่ม (Nominal Scale) หรือตัวแปรหนึ่งเป็นแบ่งกลุ่ม อีกตัวหนึ่งเป็นสเกลอันดับ (Ordinal) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียในงานวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 55 ราย เป็นเพศชาย 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.7 และเพศหญิง 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.3 อายุของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1- 17 ปี อายุเฉลี่ย 7.3 ปี จากการทำ Red cell typing จำนวน 55 ราย ที่ยังไม่ทราบชนิดของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย มีแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงในระบบ Rh ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งมี probable genotype DCe/DCe (R_1R_1) ร้อยละ 45.4 DCe/Dce (R_1R_0) ร้อยละ 20.0 DCe/DcE (R_1R_2) ร้อยละ 25.5 DCe/DCE (R_1R_z) ร้อยละ 7.3 และ dce/dce (rr) ร้อยละ 1.8

ตารางที่ 2 Rh phenotype ของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย จำนวน 55 ราย

Reaction with test sera					Phenotype	Probable genotype		Number/Frequency
D	C	c	E	e		Fisher	Wiener	N (%)
+	+	-	-	+	DCCee	DCe/DCe	R_1R_1	25 (45.4)
+	+	+	-	+	DCcee	DCe/Dce	R_1R_0	11 (20.0)
+	+	+	+	+	DCcEe	DCe/DcE	R_1R_2	14 (25.5)
+	+	-	+	+	DCCEe	DCe/DCE	R_1R_z	4 (7.3)
-	-	+	-	+	dccee	dce/dce	rr	1 (1.8)

ในระบบ MNS ตรวจ Red cell phenotype ชนิด Mi^a พบเป็น Mi(a+) ร้อยละ 5.5 Mi(a-) ร้อยละ 94.5 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 Number and Frequency of Mi^a antigen ในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย จำนวน 55 ราย

Phenotype	Number (N)	Frequency (%)
Mi(a+)	3	5.5
Mi(a-)	52	94.5

ตารางที่ 4 Multiple logistic regression ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อจำนวนชนิดของแอนติเจนที่พบในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

ปัจจัย	b	SE.B	Beta	t	p-value
เพศ	0.091	0.065	0.091	1.386	0.172
อายุ	0.245	0.047	0.467	5.226	0.000
จำนวนเลือด(ยูนิต)ที่ได้รับ	0.190	0.035	0.484	5.442	0.000
ค่าคงที่	0.377	0.122	3.084	0.003	

p-value < 0.01

จากตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปของคะแนนดิบ (b) และสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของปัจจัยทั้ง 3 ตัวแปร สามารถพยากรณ์การเกิด alloantibodies ของผู้ป่วยธาลัสซีเมียได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ได้แก่ อายุ และจำนวน(ยูนิต)เลือดที่ผู้ป่วยได้รับ โดยเรียงลำดับความสำคัญดังนี้ คือ จำนวน(ยูนิต)เลือดที่ผู้ป่วยได้รับ และอายุ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย มาตรฐานเท่ากับ 0.484 และ 0.462 ตามลำดับ ส่วนเพศของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิด alloantibodies ของผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุของผู้ป่วยธาลัสซีเมียกับการตรวจพบ alloantibodies ของผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

อายุ (ปี)	จำนวน alloantibodies ที่พบ		รวม
	1 – 2 ชนิด	3 – 4 ชนิด	
1 – 5	23	1	24
6 – 10	3	11	14
11 – 15	0	14	14
>15	0	3	3
รวม	26	29	55

เมื่อใช้ Pearson Chi-Square ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยพิจารณาจากค่า Contigency Coefficient ได้ค่า 0.652 พอจะสรุปได้ว่าช่วงอายุและการพบจำนวนชนิด alloantibodies มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางค่อนไปทางสูง

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนโลหิตที่ผู้ป่วยธาลัสซีเมียได้รับกับการตรวจพบ alloantibodies ของผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

จำนวนโลหิต (ยูนิต)	จำนวน alloantibodies ที่พบ (คน)		รวม
	1 – 2 ชนิด	3 – 4 ชนิด	
1 – 10	14	1	15
11 – 20	4	0	4
21 – 30	8	2	10
>30	0	26	26
รวม	26	29	55

เมื่อใช้ Pearson Chi-Square ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยพิจารณาจากค่า Contigency Coefficient ได้ค่า 0.670 พอจะสรุปได้ว่าจำนวนโลหิต (ยูนิต)ที่ผู้ป่วยธาลัสซีเมียได้รับ และการพบจำนวนชนิดalloantibodies มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางค่อนไปทางสูง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาหา phenotype ของหมู่เลือดในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่เข้ามารับบริการการรักษาโดยการให้เลือดเป็นประจำในโรงพยาบาลนครนายก เพื่อจัดหาเลือดที่เหมาะสมและปลอดภัย ให้แก่ผู้ป่วยเด็กได้อย่างรวดเร็ว โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าการทำ Red cell typing จำนวน 55 ราย ที่ยังไม่ทราบชนิดของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ในโรงพยาบาลนครนายก มีแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงในระบบ Rh ซึ่งมี probable genotype DCe/DCe (R1R1) ร้อยละ 45.4 DCe/DcE (R1R2) ร้อยละ 25.5 DCe/Dce (R1R0) ร้อยละ 20.0 DCe/DCE (R1Rz) ร้อยละ 7.3 และ dce/dce (rr) ร้อยละ 1.8 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรกนก ศักดิ์ศรีศิริสกุล และคณะ[7] ที่พบว่าผู้ป่วยธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มี probable genotype DCe/DCe (R1R1) ร้อยละ 41 DCe/DcE (R1R2) ร้อยละ 41 DCe/Dce (R1R0) ร้อยละ 11 แม้จะมีเปอร์เซ็นต์การพบแตกต่างกัน แต่ probable genotype ที่พบเรียงจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรกก็สอดคล้องกัน คือ probable genotype DCe/DCe (R1R1) DCe/DcE (R1R2) DCe/Dce (R1R0) พบจากมากไปหาน้อยตามลำดับ โดยเฉพาะ DCe/DCe (R1R1) พบร้อยละ 45.4 ในโรงพยาบาลนครนายก และพบ ร้อยละ 41 ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ส่วนการตรวจหาแอนติเจน Mia ในระบบ MNS พบ phenotype Mia+ ร้อยละ 5.5 สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ และคณะ[11] ที่ตรวจพบ phenotype Mia+ ร้อยละ11.96 ในผู้ป่วยธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งการตรวจพบ phenotype Mia+ ในประชากรไทย จะพบความถี่แตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค[6]

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุผู้ป่วย และจำนวนโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับกับการตรวจพบ alloantibodies ปัจจัยที่บ่งชี้หรือทำนายว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิด alloantibodies ได้แก่ อายุ และจำนวนยูนิตของเลือดที่ผู้ป่วยได้รับ มีผลต่อจำนวนชนิดของแอนติเจนที่พบในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรัญญา วิริยะเสถียรกุล และคณะ[8] กับ ทรงศักดิ์ ศรีจินดา และคณะ[12]

ระบบหมู่เลือด Rh มีความสำคัญรองลงมาจากระบบหมู่เลือด ABO แต่มีความซับซ้อนมากกว่าระบบหมู่เลือด ABO โดยหมู่เลือด Rh มีส่วนเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาการให้เลือด เนื่องจากเม็ดเลือดแดงแตกมีการสร้างแอนติบอดีต่อแอนติเจน Rh(D) และยังมีความเสี่ยงอย่างมากต่อโรคเม็ดเลือดแดงแตกของทารกแรกเกิด แอนติเจนในระบบหมู่เลือด Rh มียีนทั้งหมด 3 คู่ คือ Cc, Dd, Ee และมีแอนติเจนที่ตรวจได้ 5 ตัว คือ Cc, D, และ Ee ยังไม่พบแอนติบอดีที่จะมาตรวจ d แอนติเจน และในประชากรไทยพบว่ามีการเกิด delayed hemolytic transfusion reaction จาก anti-Mia ได้บ่อย[6]

จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้งานธนาคารเลือดโรงพยาบาลนครนายก มีการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ซึ่งแต่เดิมถ้าได้รับใบจองเลือดจะต้องทำการ identify จากการรับเลือดเป็นประจำของเด็กโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย โดยที่แต่ละรายถ้าผู้ป่วยสร้าง autoantibody และ alloantibody ทางธนาคารเลือดจะต้องหาเลือดของผู้บริจาคที่แอนติเจนตรงกันกับเด็กโรคเลือดจนกว่าจะได้เลือดที่ compatibility กัน ซึ่งใช้ระยะเวลาโดยเฉลี่ยรายละ 3-5 ชั่วโมง และยัง

เสียเวลาในการเตรียมเลือดให้ผู้ป่วยเฉลี่ยรายละ 3 ชั่วโมง รวมทั้งเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายและภาระงานกับผู้ปฏิบัติงานด้วย

ดังนั้น งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลนครนายก จึงได้พัฒนารูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย โดยเมื่อศึกษาและทราบชนิดของ phenotype จะนำผลมาลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำหรับประวัติผู้ป่วยเด็กโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย ประสานงานไปยังคลินิกผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ประชุมร่วมกัน กำหนดแนวทางความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน โดยให้ทางคลินิกผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีหนังสือแจ้งล่วงหน้าว่าในแต่ละสัปดาห์จะมีผู้ป่วยธาลัสซีเมียมารับเลือด กี่ราย เป็นใครบ้าง ทางธนาคารเลือดจะตรวจเช็คประวัติผู้ป่วย และเตรียมเลือดไว้รอ โดยทางธนาคารเลือดโรงพยาบาลนครนายกจะมีการเตรียมเลือดชนิด Leucocyte poor red blood cells (LPRC) ใหม่ไม่เกิน 7 วันให้ผู้ป่วย ยกเว้นในกรณีเลือดขาดแคลนจะทำการขอเลือดไปยังศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ซึ่งทางสภากาชาดไทยจะจ่ายมาเป็น เลือดชนิด Leucocyte depleted packed red cells (LDPRC)

ในการศึกษานี้ ยังพบผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย 1 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.8) มี probable genotype เป็นdce/dce หรือ rr ซึ่งหาเลือดที่ compatible ให้ผู้ป่วยยากมาก จึงต้องขอเลือดเป็นประจำจาก ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย นอกจากนี้ยังพบว่าการทำ Red cell typing ด้วยวิธี Gel technique จะอ่านผลปฏิกิริยาการจับกลุ่มของเม็ดเลือดแดงอ่านได้ง่ายและสามารถเก็บผลการตรวจไว้อ่านซ้ำได้ ซึ่งเป็นข้อดีกว่าวิธี Conventional Tube Test[12]

ดังนั้น การหาชนิดของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงในเด็กโรคเลือดธาลัสซีเมีย มีความสำคัญอย่างยิ่ง และมีประโยชน์ ดังต่อไปนี้

1. ลดเวลาในการหาเลือดให้ผู้ป่วยเพราะไม่ต้องมาทำ identify จากการรับเป็นประจำของเด็กโรคเลือดธาลัสซีเมีย เมื่อทราบชนิดของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ทำให้สามารถหาเลือดของผู้บริจาคที่แอนติเจนตรงกันกับผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ไว้ก่อนล่วงหน้า เมื่อถึงวันนัดก็นำเลือดยูนิตนั้นมาทำ crossmatch เมื่อเข้ากันได้ก็สามารถจ่ายให้ผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น

2. ลดค่าใช้จ่ายในการทำ identify และ crossmatching ที่ต้องเตรียมเลือดหลายๆยูนิตลงอย่างมาก

3. ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียได้รับเลือดที่เหมาะสม และปลอดภัย คือ Leukocyte poor red blood cells (LPRC) หรือ Leukocyte depleted packed red cells (LDPRC) ช่วยลดอัตราการเกิด HLA alloimmunization

4. ลดภาวะแทรกซ้อนการให้เลือด เช่น hemolytic transfusion reactions

5. เพิ่มโอกาสในการจัดหาเลือดเข้ากันได้ทันเวลา

6. ลดเวลาและแรงงานในการค้นหาเลือดที่เข้ากันได้

7. เพิ่มคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม สำหรับประเทศไทย ถ้าไม่สามารถตรวจแอนติเจนครบทุกระบบ อย่างน้อยควรพิจารณาตรวจ Rh ครบทั้ง 5 ตัว รวมทั้ง Mia เพราะในคนไทยตรวจพบ anti-E และ anti-Mia ได้มาก นอกจากนี้หากเป็นไปได้ควรตรวจแอนติเจนอื่นๆ เช่น M, N, S, JKa, Fya, FyB, Dia และ K ไว้ก่อนการให้เลือดครั้งแรก หรือเมื่อหยุดการให้เลือดแล้ว 3 เดือน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการช่วยบอกชนิดของแอนติบอดีของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การทำ red cell phenotype ในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ที่ต้องได้รับเลือดเป็นประจำ เป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสร้างแอนติบอดี ดังนั้นถ้าสามารถเลือกเลือดที่มีแอนติเจนตรงกับผู้ป่วย

ให้แก่ผู้ป่วย จะสามารถป้องกันการเกิด alloimmunization หรือกรณีที่ผู้ป่วยมีแอนติบอดีหลายชนิด การรู้ชนิดของแอนติเจนในผู้ป่วยจะช่วยให้ทางธนาคารเลือด บอกชนิดของแอนติบอดีที่มีในผู้ป่วยได้ ทำให้สามารถเตรียมเลือดให้ผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ช่วยป้องกันการเกิด delayed hemolytic transfusion reaction รวมทั้งยังสามารถมีระยะเวลาในการเตรียมเลือดที่เหมาะสม เช่น LPRC หรือ LDPRC ช่วยลดอัตราการเกิด HLA alloimmunization ในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียลง[10,11,12]

เอกสารอ้างอิง

1. ลัดดา ฟองสถิตย์กุล.(2553). การทดสอบและเตรียมเลือดให้ผู้ป่วยเด็กและทารก. ว.โลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2553;20(2):135-139.
2. สุภานัน เลาหสุรโยธิน.(2564). โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย. CUPA [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2564];10:368-375. เข้าถึงได้จาก:https://ped.md.chula.ac.th
3. พิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ. การให้เลือดในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย. จุลสารธาลัสซีเมีย สมาคมธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย. 2555:8-14.
4. ศรีวิไล ตันประเสริฐ.(2537). Rh Blood Groups. ว.โลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2537;4(2):89-92.
5. Dipankar B, Gitall D, Jabin M, Abhijit B, Umesh CD.(2022). Distribution and frequency of principal Rh blood group antigens (D, C, c, E, and e) and their phenotypes in the blood donors attending blood bank in the tertiary care hospital in Barpeta district of Assam. Asian Journal of Transfusion Science. 2022;16(2):167-174.
6. พลอยมณี สุวรรณวุฒิชัย.(2565). MNS blood group in Thai population: significant or not?. ว.โลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2565;32(2):165-167.
7. พรกนก ศักดิ์ศรีศิริสกุล และคณะ.(2559). การหาชนิดของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยธาลัสเมียในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2559;34(3):131-139.
8. อรัญญา วิริยะเสถียรกุล และคณะ.(2542). Red Blood Cell Alloimmunization in Thai Thalassemia Patients. ว.โลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2542;9(4):273-278.
9. ทองใบ รุ่งเรือง และคณะ.(2561). การตรวจแอนติเจนของเม็ดเลือดแดงในโลหิตบริจาค เพื่อเตรียมเลือดที่ปลอดภัยให้ผู้ป่วยที่ขอใช้เลือดที่โรงพยาบาลศิริราช. ว.โลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2561;28(4):423-430.
10. ศศิธร หัสวาที.(2566). การตรวจแอนติเจนของเม็ดเลือดแดงในโลหิตบริจาคเพื่อเตรียมโลหิตให้กับผู้ป่วยที่ตรวจพบแอนติบอดีต่อหมู่โลหิตระบบอื่นๆ ที่ไม่ใช่ระบบเอบีโอ ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2566;13(1):1-8.
11. นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ และนันทิดา อิฐรัตน์.(2565). การหาชนิดของแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ดเวชสาร. 2565;9(2):27-36.
12. ทรงศักดิ์ ศรีจินดา และคณะ.(2539). การใช้เทคนิคเจลตรวจ Red Cell Alloantibodies ในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย. ว.โลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2539;6(1):32-38.

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด กรณีศึกษาอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

A Development of Treatment and rehabilitation Drug Addiction Operation Models Supports the Narcotics Code: a Case Study of Phanat Nikhom District,Chonburi Province.

(Received: December 24,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

สมศักดิ์ กีรติหัตถยากร[1] ศิริวิมล ทองก่ำ[1] อรอุมา ยะภักดี[1]
Somsak Keeratihattayakorn[1] Sirivimol THongkum[1] On-uma Yapakdee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด ตามแนวคิดหลักการบริหารจัดการที่สร้างประสิทธิภาพของเครือข่ายในอำเภอ กรณีศึกษาอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ชุด ชุดแรกเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) จำนวน 21 คน เป็นผู้คัดเลือกให้เป็นตำบลนำร่องในการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ ชุดที่ 2 กลุ่มแกนนำชุมชนตำบลท่าข้ามที่ถูกคัดเลือกให้เป็นตำบลนำร่อง จำนวน 50 คน แบบสอบถามการมีส่วนร่วมการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด และแบบประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด ตามแนวคิดหลักการบริหารจัดการที่สร้างประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย,ประมวลกฎหมายยาเสพติด

Abstract

This research was a participatory action research. The objective was to develop a model for treatment and rehabilitation of drug addicts in accordance with the Narcotics code which was based on the management principles that created efficiency in the network in the district. This was a case study of Phanat Nikhom district, Chonburi province. Accordingly, the population and sample groups were 2 sets totally. The first group was the Quality of Life Development Committee. This had 21 persons who selected to be the pilot subdistricts for the development of the model at this time. The second group was a group of community leaders from the Tha Kham subdistrict, totalling 50 persons. Thus, the tools were consisted of a questionnaire on participation in the implementation of drug addiction treatment and rehabilitation, supporting the Narcotics Code, and an appropriateness assessment form. Moreover, the possibility of a model for the treatment and rehabilitation of drug addicts in accordance with the Narcotics Code which was based on the concept of management principles creating efficiency. Importantly, the qualitative data analysis was to be used to analyze the content of data (Content Analysis). This was obtained from the informants to summarize the relationships and reasons in the issued studies. Another partly, the quantitative data was to be analyzed a data which had been percentages and medians value.

Keywords: Treatment and Rehabilitation of Drug-Dependent Patients, Narcotics Code

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นวิกฤตด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีมาตรการควบคุมและบำบัดรักษาในหลายประเทศ แต่รายงาน World Drug Report 2022 โดยสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ระบุว่าในปี 2563 มีประชากรทั่วโลกกว่า 284 ล้านคน (อายุ 15–64 ปี) ใช้สารเสพติด และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 299 ล้านคนภายในปี 2573 (UNODC, 2022)

ในประเทศไทย การสำรวจโดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) พบว่าในปี 2562 มีประชาชนอายุ 12–65 ปี จำนวน 3.75 ล้านคน (ร้อยละ 7.46) เคยใช้ยาเสพติด และ 452,000 คน (ร้อยละ 0.9) ใช้ยาเสพติดเป็นประจำ โดยสารเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด ได้แก่ ยาบ้า ไอซ์ กัญชา และเฮโรอีน[1,2]

เพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว ประเทศไทยได้ประกาศใช้ **ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564** ซึ่งมีแนวคิดสำคัญคือการมองผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดในฐานะ “ผู้ป่วย” มากกว่าผู้กระทำผิด โดยเน้นการแก้ไขปัญหาด้วยแนวทางสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีอาญา มีการกำหนดกลไกและมาตรการเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นระบบ และสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน[3]

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี[4] พบว่าอำเภอพนัสนิคมมีอัตราการเข้ารับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดต่ำที่สุดในจังหวัด (ร้อยละ 1.17 และ 0.50 ในปี 2565–2566) สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี โดยประยุกต์ใช้ นำหลักบริการแบบ POLC (พิเชฐ บัญญัติ, 2548) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดองค์กร (Organizing) ภาวะผู้นำ (Leading) และการควบคุม (Controlling) เพื่อสร้างระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การกำหนดเป้าหมาย การจัดโครงสร้างงาน การสร้างแรงจูงใจไปจนถึงการติดตามประเมินผล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

วัตถุประสงค์

1.เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนแบบมีส่วนร่วมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดตามแนวคิด POLC ของเครือข่ายในอำเภอ พนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

2.พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด ตามแนวคิด POLC ของเครือข่ายในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

3.เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดฯ

4.เพื่อสะท้อนผลการประเมินประสิทธิผลการขับเคลื่อนความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดฯ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.ทราบผลการวิเคราะห์สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรภาพผู้ป่วยยาเสพติดของอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต(พชอ.)

2.มีรูปแบบการดำเนินงาน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด ตามแนวคิด POLC ของเครือข่ายในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

3.ทราบผลการความประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดฯ

4.ทราบประสิทธิผลการขับเคลื่อนความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดฯ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (**Participatory Action Research: PAR**) ดำเนินงานตามกรอบแนวคิด **POLC** (การวางแผน การจัดองค์กร ภาวะผู้นำ และการควบคุม) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนกลุ่มเป้าหมายจำนวน 2 ชุด ชุดแรก ได้แก่ เจ้าหน้าที่ภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน และประชาสังคมซึ่งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต(พชอ.) จำนวน 21 คน เป็นผู้คัดเลือกให้เป็นตำบลนำร่องในการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ ชุดที่ 2 กลุ่มที่ถูกคัดเลือกให้เป็นตำบลนำร่อง ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ ปลัดอำเภอที่รับผิดชอบตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำท้องถิ่น จำนวน 50 คน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่โครงการ CBO Rec 67-053 เลขที่หนังสือรับรอง 053-2567 ได้รับอนุมัติวันที่ 6 มิถุนายน 2567

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด ตามแนวคิด POLC ของเครือข่ายในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี โดยประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) เพื่อคัดเลือกตำบลนำร่อง โดยคัดเลือกตำบลที่มีแกนนำทางสังคมที่เข้มแข็ง มีความสามัคคี โดยการพิจารณาจากผู้นำภาครัฐ ภาคท้องถิ่นภาคท้องที่และภาคประชาสังคมที่ เข้มแข็งในตำบล จำนวน 21 คน ต่อจากนั้นทำข้อตกลงร่วมกัน เซ็นMOU

ขั้นที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด ตามแนวคิด POLC ของเครือข่ายในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี โดยการจัดเวทีประชาคม วางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับเครือข่ายดำเนินกิจกรรมส่งเสริม สนับสนุนการคัดกรองบำบัดรักษา ฟื้นฟู ดูแลช่วยเหลือ และติดตามกำกับหลังการบำบัดรักษา

ขั้นที่ 3 การประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดฯ โดยผู้เชี่ยวชาญตามแนวคิดหลักการบริหาร POLC โดยการพิจารณาความเป็นไปได้และความเหมาะสมของกิจกรรมที่จะนำไปทดลองปฏิบัติการตามแผนในตำบลนำร่อง โดยการคัดเลือก และสมัครใจ จำนวน 1 ตำบล อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ว่ามีความเป็นไปได้และเหมาะสมกับการแก้ปัญหาการบำบัดไม่ต่อเนื่องและการกลับไปเสพซ้ำของผู้เสพติดและผู้ติดยาเสพติดในชุมชน

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล การประเมินประสิทธิผลการดำเนินการตามแผน กิจกรรมการขับเคลื่อนของรูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดฯตามแนวคิดหลักการบริหาร POLC โดยการถอดบทเรียนการดำเนินงานของตำบลนำร่อง นำผลลัพธ์/

ความสำเร็จของการดำเนินงานในปี2567 ไปขยายผลต่อโซนที่ 2 อีก 1 ตำบลตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์ เนื้อหาของข้อมูล (Content analysis) ที่ได้มาจากผู้ให้ข้อมูลเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และ เหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ด้วยการทำแจกแจงความถี่ จำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด กรณีศึกษาอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ทำการวิเคราะห์รายข้อ ด้วยการแจกแจงความถี่ หาจำนวนและร้อยละของแต่ละข้อคำถาม

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด กรณีศึกษาอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี สามารถสรุปตามระยะการดำเนินงานได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ได้จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) จำนวน 21 คน มีนายอำเภอพนัสนิคมเป็นประธาน มีสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ วิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ปี พ.ศ.2565-2566 ปัญหาพบว่า อำเภอพนัสนิคมมีผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาเพียงร้อยละ 1.17 และ 0.50 ตามลำดับ ในปี 2566 จากข้อมูลผู้ที่เข้าบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลพนัสนิคม พบผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช จำนวน 10 คน รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 1 คน ขาดการรักษาขาดยามีอาการทางจิตร่วมด้วย 9 คน มติของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ(พชอ.) เลือกตำบลท่าข้ามเป็นตำบลนำร่องของอำเภอพนัสนิคมในปี 2567 ได้ทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU) กับแกนนำชุมชนจำนวน 50 คนในการแก้ไขปัญหายาเสพติด

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด ตามแนวคิด POLC ของเครือข่ายในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ได้จัดเวทีประชาคม สอบถามการมีส่วนร่วมและวางแผนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด 2 ส่วน ดังนี้

แกนนำชุมชนตำบลท่าข้าม ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 54 ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 40-50 ปี และ 51-61 ปี ร้อยละ 44.0 และ 30.0 ตามลำดับ สำหรับระดับการศึกษาอยู่ในช่วงประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย ร้อยละ 44.0 ซึ่งแกนนำชุมชน ร่วมประชุมสัมมนาเวทีประชาคมทุกปีถึง ร้อยละ70.0

การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด กรณีศึกษาอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี พบว่าระดับการมีส่วนร่วมการวางแผน (P) ในระดับสูง ร้อยละ 56.0 ระดับการมีส่วนร่วมในการจัดองค์กร (O) ในระดับสูงร้อยละ 54.0 ระดับการมีส่วนร่วมในภาวการณ์ผู้นำ (L) ในระดับสูง ร้อยละ 46.0 และระดับการมีส่วนร่วมการควบคุม (C) ในระดับสูง ร้อยละ 52.0 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเชิงปฏิบัติการในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด รองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด กรณีศึกษาอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ดังนี้ การมีส่วนของทุกภาคส่วนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จโดยแท้จริง

ระยะที่ 3 ประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดฯของ โดยอิงผู้เชี่ยวชาญ ผลการประเมิน โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน

4 คน พบว่า ทุกแนวทางการดำเนินงาน ได้รับคะแนนความเหมาะสมและความเป็นไปได้เกินค่ามัธยฐาน 3.5 คิดเป็นร้อยละ 100 สะท้อนถึงคุณภาพของรูปแบบด้านการวางแผน การจัดองค์กร ภาวะการณ์เป็นผู้นำและการควบคุม ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงตามบริบทของพื้นที่อำเภอพนัสนิคม

ระยะที่ 4 สะท้อนผลการประเมินประสิทธิผลการขับเคลื่อนของรูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดฯ จังหวัด ดังนี้

โครงการที่1 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับชุมชนล้อมรักษ์ ลดการตีตรา คืนคนดีสู่สังคม 1) ร่วมคัดกรอง ค้นหา ผู้ที่ยังใช้ยาเสพติด พบ ผู้ใช้ 2 ราย ผู้เสพ23 ราย แบ่งเป็นยาแอมเฟตามีน(ยาบ้า) 22 ราย ไอซ์ 1 ราย กัญชา 1 ราย กระท่อม 1 ราย ทุกรายไม่มีอาการทางจิตเวช 2) ลงนาม MOU การดำเนินงานชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx) จากภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ ปลัดอำเภอที่รับผิดชอบตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำท้องถิ่น จำนวน 50 คน 3) ประชาคมสร้างความเข้าใจชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx)แก่ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น อสม. ประชาชนทั่วไป จำนวน 2 ครั้ง

โครงการที่ 2 การจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์เชิงบวก “ชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx) “ 1) มีการจัดทำโรลอัพ จำนวน 4 อัน ติดป้ายไวนิลประชาสัมพันธ์ จำนวน 21 แผ่น พร้อมทั้งแจกแผ่นพับประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักรู้ในการแก้ไขปัญหาด้านยาเสพติด จำนวน 286 แผ่น พบว่า ประชาชนตำบลท่าข้าม มีความรู้ความเข้าใจในการแก้ไขปัญหายาเสพติดเพิ่มมากขึ้น 2) ค้นหาและคัดกรองผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ พร้อมคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช ไม่มีปฏิกิริยาต่อต้านและมีการกำกับและเฝ้าระวังโดยการสอนการตรวจปัสสาวะในครอบครัวและชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากปปส. จังหวัดชลบุรี

โครงการที่ 3 การพัฒนาหน่วยงานภาคีเครือข่าย แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ผู้ดูแลช่วยเหลือ

ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 66 คน และประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพประชาชนในชุมชน ผู้ดูแลช่วยเหลือ จำนวน 500 คน สาธิตและเฝ้าระวังยาเสพติดในพื้นที่ โดยการสอนและฝึกตรวจปัสสาวะในประชาชนผู้ดูแลช่วยเหลือ ทุกคนที่เข้าประชุม

โครงการที่ 4 การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหายาเสพติดด้านการสร้างอาชีพและทักษะต่างๆ ให้ห่างไกลยาเสพติด ไม่กลับไปเสพซ้ำ 1) จัดกิจกรรมบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด บันทึกผลผ่านโปรแกรม บสต. ติดตามเดือนละ 1 ครั้ง ครบ 3 ครั้ง 2) ส่งเสริมอาชีพผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 15 คน ได้แก่ การทำน้ำยาล้างจาน การทำน้ำยาปรับผ้านุ่ม และคืนคนดีสู่สังคม

โครงการที่ 5 การติดตาม ประเมินผล การให้คำปรึกษาหลังจากพ้นระยะการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หลังจากครบบำบัด 3 เดือน มีการตรวจปัสสาวะในผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา ไม่พบปัสสาวะผลบวก จำนวน 15 คน ร้อยละ 60 สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ปกติ มีอาชีพทุกคน ส่วนอีกร้อยละ 40 เป็นผู้เสพยาเสพติดที่เป็นคนต่างจังหวัดและแรงงานต่างด้าว ซึ่งย้ายออกนอกพื้นที่

สรุปผล จากผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด กรณีศึกษาอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ตามแนวคิด การจัดการที่สร้างประสิทธิภาพ (POLC) มีความสอดคล้องกับเป้าหมายและทิศทางการพัฒนางานด้านสาธารณสุขเชิงรุก โดยเฉพาะการจัดการปัญหายาเสพติดที่ซับซ้อนและต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน

ผลการดำเนินงานระบุชัดว่าระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและแกนนำชุมชนอยู่ใน

ระดับสูงในทุกด้าน โดยเฉพาะในมิติการวางแผน (P) การจัดองค์กร (O) การแสดงบทบาทภาวะผู้นำ (L) และการควบคุมกำกับติดตาม (C) สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของชุมชนในการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การจัดการสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม (Participatory Health Management) และหลักการจัดการปัญหายาเสพติดตามกรอบนโยบายเชิงบูรณาการ[5] การที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) และแกนนำชุมชนสามารถร่วมกันกำหนดตำบลนำร่อง วางแผน กลยุทธ์ จัดทำข้อตกลง (MOU) และขับเคลื่อนโครงการตามแผนงานได้จริง ทั้งในด้านการคัดกรองบำบัดฟื้นฟู ติดตาม และสร้างอาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐนนท์ เส้งวั่น[6] และ ปรัชญานี คำเหลือ และคณะ[7] ที่ชี้ว่าความสำเร็จของกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดขึ้นอยู่กับภาวะผู้นำและความร่วมมือของชุมชนเป็นสำคัญ

นอกจากนี้ การดำเนินงานยังแสดงให้เห็นถึงการขับเคลื่อนตามแนวทางชุมชนล้อมรักษ์ (Community-Based Treatment) อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีการถอดบทเรียนการดำเนินงานตำบลนำร่อง ขยายผล และสร้างแนวปฏิบัติที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของการพัฒนา Best Practice ตามหลักวิชาการและเป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลได้ทั้งระดับอำเภอและจังหวัด

ผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ กลุ่มเป้าหมายหลังบำบัดส่วนใหญ่ร้อยละ 60 สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ มีอาชีพ มีรายได้ และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการปัญหาตามแนวคิด การจัดการที่สร้างประสิทธิภาพ (POLC) โดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและการติดตามต่อเนื่อง มีศักยภาพในการลดการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ซึ่งเป็นโจทย์สำคัญของการจัดการปัญหายาเสพติดในระดับพื้นที่ ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สันติ โพธิ์ทอง และคณะ[8] ที่ยืนยันว่าการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมจากชุมชนตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัด และฟื้นฟู จะช่วยลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม จากข้อเสนอเชิงนโยบายและปฏิบัติของชุมชน ยังสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลร่วมระหว่างหน่วยงาน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสร้างแกนนำธรรมชาติในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการกำกับดูแลหลังการบำบัด ซึ่งเป็นข้อเสนอที่ควรนำไปปรับใช้ในนโยบายสาธารณสุขระดับจังหวัดและเขตสุขภาพต่อไป

สรุปและอภิปลายผล

ผลการศึกษาจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต(พชอ.)ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษายังไม่ครอบคลุมผู้เสพและผู้ติดในอำเภอ ได้เลือกแกนนำชุมชนนำร่องตำบลท่าข้ามที่มีความเข้มแข็งทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาสังคม ร่วมทำข้อตกลงร่วมกัน และประชาคมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับชุมชนล้อมรักษ์ พัฒนารูปแบบโดยชุมชน ตามแนวคิดหลักการบริหารจัดการที่สร้างประสิทธิภาพ (POLC) เป็นรูปแบบของดำเนินงานที่มีการบูรณาการทุกภาคส่วน ทั้งด้านคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟู การสร้างความเข้าใจให้แกนนำชุมชนและประชาชนในพื้นที่ สร้างอาชีพหลังการบำบัด ร่วมติดตามกำกับและประเมินผลกันอย่างจริงจัง แม้ว่าจากการคัดกรอง ค้นหา ผู้ที่ยังใช้ยาเสพติด ผู้ใช้ 2 ราย ผู้เสพ 23 ราย จำนวน 25 คน นำเข้าสู่การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ติดตามได้ 3 เดือน จนกลับสู่ชุมชน เป็นการคืนคนดีสู่สังคม ได้เพียงจำนวน 15 คน ร้อยละ 60 และอีกร้อยละ 40 ซึ่งเป็นต่างจังหวัดและแรงงานต่างชาติที่มาทำงานในอำเภอพนัสนิคม ซึ่งการจัดระบบบริหารจัดการที่สร้างประสิทธิภาพ(POLC) ตามรูปแบบดังกล่าว คงต้องดำเนินการติดตามอย่างต่อเนื่องและขยายผลไปยังตำบลอื่นๆให้ครอบคลุมทั้งอำเภอตามบริบทของพื้นที่ นอกจากนี้ศูนย์

ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามทุกอำเภอต้องมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลยุทธ์ที่ส่งผลให้เกิดปัจจัยแห่งความสำเร็จ ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นในแต่ละอำเภอ ซึ่งภาวะการณ์เป็นผู้นำของนายอำเภอและผู้ว่าราชาการจังหวัด จะทำให้ระบบการการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดบรรลุผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.ควรกำหนดแนวทางการบริหารจัดการแบบ POLC ไปปรับใช้กับศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดทุกอำเภอในจังหวัด ซึ่งจะช่วยสร้างระบบ สร้างแนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้มีความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมบริบทของแต่ละพื้นที่

2.ควรมีการปรับเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด โดยการนำไปไว้ในหลักสูตรการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษา เพื่อเป็นการปลูกฝังให้เด็กรู้จักวิธีการป้องกันตัวเองจากภัยยาเสพติด

3.หมู่บ้าน/ชุมชนควรปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาเพื่อเป็นการเปิดรับให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา ตลอดจนผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่กำลังเข้ารับการบำบัดรักษาสามารถกลับเข้าสู่หมู่บ้านชุมชนได้ มีชีวิตในสังคมตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ศึกษาการสร้างพลัง (Empowerment) ชุมชน ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในครอบครัว เสริมพลังในการติดตาม กำกับและดูแลผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติด

2.การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด กรณีศึกษาอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงาน ป.ป.ส. (2561). *รายงานสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย ปี 2561*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ป.ป.ส.
2. กรมสุขภาพจิต.(2564) คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต.
3. กระทรวงยุติธรรม. (2564). *ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564*. สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2566). *รายงานสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จังหวัดชลบุรี ปี 2565–2566*. ชลบุรี: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด.
5. United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World Drug Report 2022*. United Nations Publications.
6. ณัฐนนท์ เส้งวั่น. (2564). *การประยุกต์ใช้กรอบการบริหารจัดการแบบ P-O-L-C เพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน: กรณีศึกษาศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา,พระนครศรีอยุธยา.
7. ปรัชญานี คำเหลือ และพงศนาถ หาฐเจริญพิพัฒ. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง โดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 29(3), 123–135.
8. สันติ โพธิ์ทอง และมนัชญา เสรีวิวัฒนา. (2567). ผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการสุขภาพจิตชุมชน*, 12(1), 45–58.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

พัฒนารูปแบบส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี อายุยืนยาว ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

DEVELOPMENT OF A LIFESTYLE MEDICINE LITERACY PROMOTION MODEL FOR HEALTHY AGING AND LONGEVITY AMONG RETIRED OFFICIALS OF THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH IN CHONBURI PROVINCE

(Received: December 24,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

รัก ธนะไพบูลย์[1]
Rak Thanapaiboon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี อายุยืนยาว สำหรับข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรีและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ฯ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และภาวะสุขภาพ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการบำเหน็จบำนาญกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี 130 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มิถุนายน 2568 โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม แบบประเมินพฤติกรรมฯ แผนการตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบบันทึกสุขภาพ แบบติดตามรายบุคคล และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Paired t–test และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงสุด ด้านการออกกำลังกายร้อยละ 76.92 รองลงมาด้านคุณภาพการนอนหลับร้อยละ 73.85 มีแผนตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุด ในด้านการกิน ร้อยละ 93.1 รองลงมา ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 87.9 มีความต้องการการรวมกลุ่มและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีช่องทางการเข้ารับบริการที่เข้าถึงได้ง่าย **1.**รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) กำหนดนโยบายและทิศทางที่ชัดเจน 2) สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายแกนนำผู้เกษียณ 3) ผลักดันการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 4) พัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ระดับบุคคลและกลุ่ม 5) เสริมสร้างการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพดี 2.ผลการประเมินรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ฯ พบว่า ในระดับบุคคลส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับแผนเป้าหมายการปรับพฤติกรรม เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพฯก่อนและหลัง พบว่า ด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอน ด้านจิตใจและด้านความสัมพันธ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) มีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ในระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 81.03

คำสำคัญ : ความรอบรู้, เวชศาสตร์วิถีชีวิต, สุขภาพดี, อายุยืนยาว, ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ

Abstract

This study employed participatory action research to develop a lifestyle medicine literacy promotion model for healthy aging and longevity among retired Ministry of Public Health officials in Chonburi Province and evaluate behavioral health changes following the literacy promotion intervention. The study was conducted in three phases: Phase 1 analyzed health conditions and situations, Phase 2 developed the lifestyle medicine health literacy promotion model, and Phase 3 evaluated the effectiveness of the literacy promotion model. The sample consisted of 130 retired Ministry of Public Health officials in Chonburi Province. Data collection was conducted between February and June 2025 using focus group discussions, behavioral assessment tools, behavioral change goal-setting plans, health record forms, individual tracking forms, and satisfaction questionnaires. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics including percentages, means, and paired t-tests, while qualitative data were analyzed through content analysis.

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

The study findings revealed that participants had the highest risk behaviors in exercise (76.92%) followed by sleep quality (73.85%). The most common behavioral change goals were dietary modification (93.1%) followed by exercise (87.9%). Participants expressed needs for strong group networking, network participation, and easily accessible healthcare service channels. 1. The developed lifestyle medicine literacy promotion model comprised 1) establishing clear policies and directions 2) strengthening retired personnel networks 3) promoting health literacy communication and health-supportive environments 4) developing individual and group literacy enhancement processes 5) enhancing participation in health promotion activities 2. Model evaluation results showed that most individuals demonstrated improved health behaviors consistent with their behavioral modification goals. Comparing pre- and post-intervention mean health behavior scores revealed that exercise, sleep, mental health, and relationship domains showed statistically significant differences ($P < 0.05$). Satisfaction with the model ranged from moderate to high levels at 81.03%.

Keywords: Health literacy, lifestyle medicine, healthy aging, longevity, Retired Officials

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในประเทศไทย กลุ่มผู้สูงอายุคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ในปี 2568 โดยปี 2583 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่า 20.5 ล้านคน หรือประมาณหนึ่งในสามของประชากรทั้งหมด[7] สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี มีลักษณะและแนวโน้มไปทิศทางเดียวกันของประเทศ ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้สูงอายุ จำนวน 243,165 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.25 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 57.32 (ข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎร์ สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ณ วันที่ 9 พฤษภาคม 2566 จำนวน 1,594,798 คน)

ข้าราชการบำเหน็จบำนาญเหตุสูงอายุ หมายถึง ข้าราชการที่มีสิทธิรับบำเหน็จบำนาญปกติเข้าเหตุสูงอายุ เป็นข้าราชการผู้มีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ หรือเกษียณอายุราชการ หรืออายุครบห้าสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ประสงค์ลาออกจากราชการ ผู้มีอำนาจสั่งอนุญาตให้ลาออกจากราชการ[1]

เวชศาสตร์วิถีชีวิต หมายถึง เวชปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นแนวทางด้านสุขภาพเชิงรุกแบบ ครอบคลุม ด้วยการบรรเทาภาระของโรคเรื้อรังและลดต้นทุนการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย 6 เสาหลัก ได้แก อาหาร/โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การเลิก บุหรี่ เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ การนอนหลับและความเครียด และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม[6] ความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี อายุยืนยาว ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการกิน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอน ด้านบุหรี่และแอลกอฮอล์ ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ ด้านสุขภาพช่องปาก ด้านสิ่งแวดล้อม ร่วมกับการคัดกรองหรือตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ[2]

ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำเหน็จบำนาญกระทรวงสาธารณสุข ถือเป็นผู้สูงอายุของสังคมด้านสุขภาพที่มีคุณค่ายิ่ง ในอดีตเป็นกำลังของสังคมด้านสาธารณสุขมาก่อน จึงมีโอกาสพัฒนาและส่งเสริมให้เป็นแบบอย่างด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หรือการมีความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี อายุยืนยาว ให้แก่ตนเอง ครอบครัว และเป็นแบบอย่างให้แก่ผู้สูงอายุในสังคมของประเทศได้

ปัจจุบันจังหวัดชลบุรีมีข้าราชการบำเหน็จบำนาญกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 1,393 คน (ข้อมูลผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ ระบบบำเหน็จบำนาญและสวัสดิการรักษาพยาบาล ณ กุมภาพันธ์ 2568) ปี 2566-2567 มีการสำรวจคุณภาพชีวิตข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ จำนวน 433 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 98.38 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสยิ่งในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพื่อชะลอความเสื่อม แต่ยังไม่มีแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพข้าราชการบำเหน็จบำนาญกระทรวง

สาธารณสุข ที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี อายุยืนยาว สำหรับข้าราชการบำเหน็จบำนาญกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี โดยเฉพาะกลุ่มติดสังคม ให้มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ สามารถดำเนินชีวิต ตัดสินใจปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นแบบอย่างให้กับผู้สูงอายุอื่นๆ ส่งผลให้เกิดสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี อายุยืนยาว สำหรับข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

2. เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหลังทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี อายุยืนยาว สำหรับข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี อายุยืนยาว จังหวัดชลบุรี ที่เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้จริง

2.ผู้เข้าร่วมจะมีความรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพิ่มมากขึ้น สามารถนำไปใช้ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำแนวคิด ประยุกต์แนวคิด OTTAWA CHARTER, Lifestyle Medicine, Wellness Plan, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, จิตวิทยาสติ, Stage of Change และการเสริมแรงจูงใจ ผู้วิจัยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ มีประชากรและกลุ่มตัวอย่างตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ประเมินภาวะสุขภาพฯ ศึกษากระบวนการส่งเสริมสุขภาพข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ **(เดิม)** โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มและดำเนินการรวบรวม วิเคราะห์ และสรุปสถานการณ์ฯ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี โดยดำเนินการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล จัดประชุมกับแกนนำเพื่อร่วมกันออกแบบรูปแบบฯ นำร่างรูปแบบเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ สื่อสารและเผยแพร่เพื่อนำไปปฏิบัติ ทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และติดตามประเมินผล

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้าน เวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี โดยประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลของกลุ่มเป้าหมาย เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ และประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ

ประชากร คือ ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 1,393 คน จากการสำรวจของสมาคมข้าราชการบำเหน็จบำนาญชลบุรี ปี 2566–2567 พบตัวบุคคล 433 คน แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม 430 คน ร้อยละ 99.31 กลุ่มติดบ้าน 2 คน ร้อยละ 0.46 และกลุ่มติดเตียง 1 คน ร้อยละ 0.23 **ขนาดตัวอย่าง**คำนวณจากสูตร Estimating a finite population proportion โดยใช้แอพพลิเคชั่น n4studies โดยใช้จำนวนประชากรกลุ่มติดสังคม 430 คน สัดส่วน (proportion) = 0.15 , Error (d)= 0.05 , 95% confidence interval ได้ขนาดตัวอย่าง 135 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัด

เข้า (Inclusion criteria) ได้ผู้มีคุณสมบัติสมัครเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการบำเหน็จ บำนาญ ฯ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 130 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ที่นำรูปแบบฯไปใช้และประเมินผลการใช้รูปแบบฯ ในระยะที่ 3

กลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมกระบวนการวิจัย คือ แกนนำข้าราชการบำเหน็จ บำนาญฯ ที่มีบทบาทร่วมในระยะที่1 การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพฯ และระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1.ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป

2.เป็นบุคคลที่สามารถช่วยตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ (ติดสังคม)

3.สมัครใจเข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

บุคคลที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง เช่น มีปัญหาด้านสุขภาพ หรือไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต บูรณาการส่งเสริมสุขภาพ ประยุกต์จาก Lifestyle Medicine Assessment ของ American Academy of Family Physicians และแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Plan) ของกรมอนามัย มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ใช้คัดกรองและประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

2.บันทึกสุขภาพรายบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน (ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว BMI) แผนสุขภาพดี (Individual Wellness Plan) และข้อมูลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (ครั้งที่ 1 และ 2) เพื่อติดตามความก้าวหน้า ผ่าน Google Form จำนวน 15 ข้อ ประยุกต์จากแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตและแผนสุขภาพดี

3. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ ใช้สำหรับวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

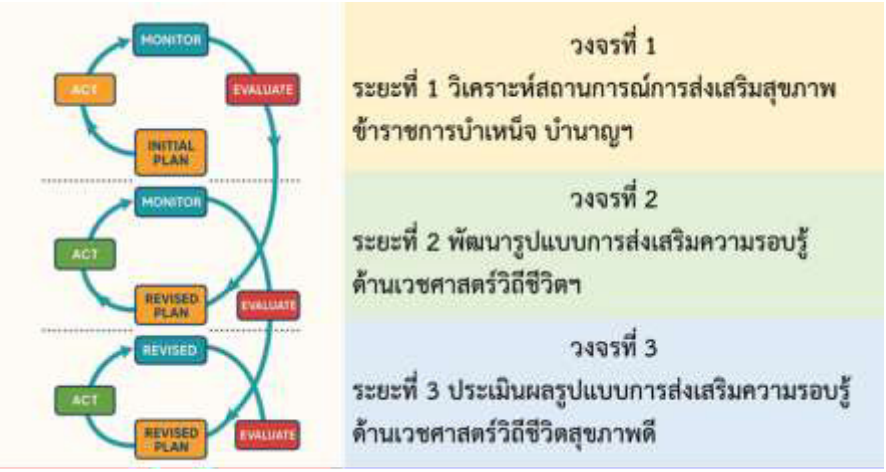
ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินฯ ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.60-1.00 ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มเป้าหมาย 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น 0.98

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยทำหนังสือขอพิจารณาจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ดำเนินงานตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี หมายเลขโครงการ CBO REC No 67-112 วันที่รับรอง 23 ธันวาคม 2567

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ[9]. โดยใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Act) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เพื่อวางแผนการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ (ดังภาพที่1) ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบการดำเนินงาน

วงจรที1 ระยะที 1 วิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ ดำเนินการตั้งแต่ เดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2568 ดังนี้ **วางแผน (Plan)** จัดเตรียมข้อมูลโครงการ เก็บข้อมูลพื้นฐานด้านปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต (บูรณาการส่งเสริมสุขภาพ) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อสำรวจรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ**(เดิม)** วิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ พร้อมจัดประชุมกลุ่มตัวแทนในบรรยากาศผ่อนคลายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น **การปฏิบัติและการสังเกต (Act and Observe)** ดำเนินการตามแผน สังเกตพฤติกรรมกระตุ้นการมีส่วนร่วมอย่างอิสระ บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน ตรงประเด็น และตรวจสอบความถูกต้องหลังการสนทนากลุ่ม **การสะท้อนผล (Reflect)** สรุปและตรวจสอบข้อมูลซ้ำในประเด็นไม่ชัดเจน ยืนยันกับสมาชิก และสรุปข้อค้นพบเพื่อใช้ในการนำเสนอและอภิปรายพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ฯ

วงจรที่ 2 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตฯ ดำเนินการตั้งแต่ เดือน มีนาคม - พฤษภาคม 2568 ดังนี้ จัดประชุมระดมความคิดเห็นกับแกนนำจาก 3 โซน ร่วมออกแบบรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ฯ ให้สอดคล้องกับบริบทกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 และประยุกต์แนวคิด Ottawa Charter, Lifestyle Medicine, Wellness Plan, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, จิตวิทยาสติ, Stage of Change และการเสริมแรงจูงใจ ภายใต้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน นำร่างรูปแบบเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับปรุง ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมติดตามและเก็บข้อมูลจากบันทึกสุขภาพรายบุคคลแบบติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และประเมินผลควบคู่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรค เพื่อปรับปรุงแผนงานให้เหมาะสม

วงจรที่ 3 ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี ดำเนินการตั้งแต่ เดือน เมษายน - มิถุนายน 2568 ดังนี้ ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตแบบติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และประเมินความพึงพอใจ ภายใต้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน วางแผน สังเกตติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เปรียบเทียบผลก่อน–หลัง รวมถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพและความพึงพอใจ ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้อง

ของข้อมูล ยืนยันประเด็นที่ไม่ชัดเจนกับสมาชิกกลุ่ม และสรุปผลดำเนินงาน พร้อมระบุประเด็นที่ควรพัฒนาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- การสำรวจโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต แบบแผนการตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแบบติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- การบันทึกข้อมูลสุขภาพรายบุคคล
- การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามที่กำหนดไว้แล้วผู้ศึกษานำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ค่าสถิติ ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ

- ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและสถานการณ์สภาวะสุขภาพ
- ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired Sample t-test เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและบันทึกการเยี่ยมสำรวจ เพื่อสังเคราะห์และตีความข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ และข้อเสนอแนะต่างๆ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี อายุยืนยาว ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า

1.พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 111 คน ร้อยละ 85.38 มีอายุ 60–69 ปี จำนวน 117 คน ร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 64 ปี (SD = 4.40) จำแนกตามช่วงวัยพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 90 ด้านภาวะสุขภาพ พบว่าร้อยละ 42.31 มีโรคประจำตัว โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.30 มีภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.38 ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 63.84 หลังเข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ลดลง ร้อยละ 51.50 รองลงมา ไม่เปลี่ยนแปลง ร้อยละ 38.46 และ ค่าเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 64.62 หลังเข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลง ร้อยละ 57.69 รองลงมาลดลง ร้อยละ 40 **ข้อมูลภาวะสุขภาพ**จากการคัดกรองและจากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) บูรณาการปัจจัยเสี่ยงการส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Plan) 8 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนรวมอยู่ในระดับดี (37–48 คะแนน) ร้อยละ 66.15 ระดับดีมาก (49–60 คะแนน) ร้อยละ 24.62 และระดับเท่าค่าเฉลี่ย (25–36 คะแนน) ร้อยละ 9.23 โดยมีค่าเฉลี่ยรวมทั้ง 8 ด้านอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 44.41, SD = 5.66) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าพฤติกรรมเสี่ยง (คะแนน < 7) สูงสุด คือ ด้านการออกกำลังกาย/การเพิ่มกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 76.92 รองลงมาคือ ด้านการนอนหลับคุณภาพ ร้อยละ 73.85 และด้านการกิน ร้อยละ 47.69 จากแบบแผนการตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังรับทราบพฤติกรรมเสี่ยง พบว่าส่วนใหญ่ตั้งเป้าหมายด้านการกิน ร้อยละ 93.1 รองลงมาคือการออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกาย ร้อยละ 87.9 และการนอนหลับคุณภาพ ร้อยละ 86.2 **สถานการณ์กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ**

ข้าราชการบำเหน็จ บำนาญฯ (เดิม) พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ 3 อ.2 ส. คือ อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา แต่ความรอบรู้ตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี ขาดความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ขาดการสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ“ที่ผ่านมาไม่มีโครงการฯ ไม่มีใครที่พาทำกิจกรรม” “อยากมารวมกลุ่มพูดคุย เรื่องสุขภาพก็ดูแลตัวเอง แค่ไปตามที่หมอนัด” ยังไม่มีรูปแบบของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯที่ชัดเจน ความต้องการด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการให้มีโครงการหรือแกนนำในการจัดการกระตุ้นและขับเคลื่อนให้เกิดกิจกรรมในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการรวมกลุ่มเพื่อน ทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน พูดคุยแลกเปลี่ยนมุมมองแบบสบายๆ ไม่เครียด “ไม่ชอบวิชาการๆ” “ทำงานมาตลอดชีวิตแล้ว ขอมีความสุข อยากทำในสิ่งที่ต้องการ” การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัว มีการพบแพทย์ตามนัด ส่วนผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปีตามสิทธิ์ “ เกษียณแล้วไปตรวจสุขภาพยุ่งยาก คนไข้เยอะ ต้องสำรองจ่าย ” ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ ยังขาดการรวมกลุ่มที่เข้มแข็ง ควรมีกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ร่วมกำหนดเป้าหมาย ตลอดจนการวางแผนหาวิธีการ ที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ มีการติดตาม กระตุ้นเพื่อสานสัมพันธ์ อย่างน้อยทุก 6 เดือน อยากให้มีเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รับข้อมูลข่าวสารร่วมกัน และยังสามารถดึงเพื่อนที่ติดบ้านมาติดสังคมได้เพิ่มขึ้น เกิดความคุ้นเคยและขยายความครอบคลุมเครือข่ายให้เข้มแข็ง ดังนั้นจึงได้ดำเนินการจัดประชุมระดมความคิดเห็น มีแกนนำร่วมประชุมจำนวน 30 คน ร่วมกันระดมสมองช่วยกันคิดกำหนดเป้าหมาย ออกแบบแนวทางส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี อ้างอิงองค์การอนามัยโลก ตามกฎบัตรออตตาวา[11] เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action Areas) ได้ระบุกิจกรรมหลักของการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ ประกอบด้วย 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ พร้อมนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาประกอบการสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดีอย่างเป็นระบบ จากนั้น นำรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ฯ ไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งติดตาม ประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสำเร็จของการดำเนินงาน สรุปรูปแบบดังนี้

รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี อายุยืนยาว ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

ประเด็น	แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ฯ
① กำหนดนโยบายและทิศทางที่ชัดเจนทั้งระยะสั้นและระยะยาว	1) กำหนดนโยบายขับเคลื่อนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี ที่ชัดเจนผ่านทางสมาคมข้าราชการบำเหน็จบำนาญ จังหวัดชลบุรี 2) ค้นหาและมอบหมายประธาน และทีมงานผู้รับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มข้าราชการบำเหน็จบำนาญ ที่เป็นรูปธรรม 3) แผนพัฒนาศักยภาพทีมแกนนำสุขภาพดี ครอบคลุมทุกอำเภอ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว
② สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายแกนนำผู้เกษียณในพื้นที่ต้นแบบ	1) ค้นหาและยกระดับ พื้นที่ที่มีความพร้อมให้มีความโดดเด่น เป็นพื้นที่ต้นแบบ 2) ยกระดับการสนับสนุนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี ระดับโซน 3) พัฒนาศักยภาพแกนนำผู้เกษียณ “เพื่อนช่วยเพื่อน” โดยการ Coaching ระดับโซน/จังหวัด 4) สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้เกษียณในการเข้าถึงระบบการส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมต่อเนื่อง

ประเด็น	แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ฯ
③ ผลักดันการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	1) ยกระดับการสื่อสารเพื่อเข้าถึงบริการคัดกรองสุขภาพ/ตรวจสุขภาพประจำปี - สื่อสารระบบช่องทาง นัดหมาย บริการเฉพาะด้าน ของโรงพยาบาล / หน่วยบริการ - สื่อสารช่องทางการขอรับคำปรึกษา
	2) ส่งเสริมการใช้สื่อดิจิทัลเป็นเครื่องมือ ในการสื่อสารระหว่างแกนนำเพื่อนช่วยเพื่อน และกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุม สะดวก และรวดเร็ว
	3) สื่อสารการออกแบบกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองแบบพึ่งตนเอง เพื่อสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ จนสามารถจัดการกับพฤติกรรมของตนเองได้
④ พัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ระดับบุคคลและกลุ่ม	- จิตวิทยาสติ: ฝึกทักษะการมีสติเตือนตัวเอง - Stage of Change ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ที่ช่วยให้ปรับนิสัย พฤติกรรม - Motivation: เสริมแรงจูงใจ มุ่งสู่เป้าหมาย (1) แกนนำกลุ่ม “เพื่อนช่วยเพื่อน” สื่อสารเข้าถึงการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพ (2) การกระตุ้นและสนับสนุนการรับรู้ความเสี่ยงสุขภาพจากผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและการคัดกรอง ตรวจสุขภาพ (3) สร้างความตระหนักรู้ โดยจิตวิทยาสติ Stage of Change และการเสริมแรงจูงใจสู่การตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (4) กระบวนการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่เหมาะสม (5) ผลักดันการสร้างความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองผ่านแกนนำเพื่อนช่วยเพื่อน โดยการยกย่องให้คุณค่ากับกลุ่มแกนนำ / พื้นที่เครือข่ายการเรียนรู้ต้นแบบ (6) เสริมสร้างแรงจูงใจ บรรยากาศ : เน้นย้ำการตั้งเป้าหมายด้วยพลังกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายในระดับโซน / จังหวัด สม่ำเสมอ ปีละ 2 ครั้ง (8) ค้นหานวัตกรรมการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จและต่อยอดขยายผล
⑤ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพดี ให้กับแกนนำและเครือข่ายข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ	1) สร้างสัมพันธภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระดับพื้นที่ที่เข้มแข็ง เช่น ชมรมออกกำลังกาย ชมรมลีลาศ ชมรมโยคะ ฯลฯ โดยเข้าร่วมกิจกรรมกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ฯลฯ 2) บูรณาการโครงการร่วมกับกองทุนต่างๆในชุมชน การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น /ชมรม /ภาคีเครือข่าย 3) จัดหากองทุนสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อเนื่องในระดับจังหวัดผ่านสมาคมข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ

2.การประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี

ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลของกลุ่มเป้าหมายในภาพรวม 8 ด้าน พบว่า ก่อนดำเนินการ ส่วนใหญ่มีคะแนน อยู่ในระดับดี (37 - 48 คะแนน) ร้อยละ 66.15 หลังดำเนินการ ส่วนใหญ่มีคะแนน อยู่ในระดับดีมาก (49-60 คะแนน) ร้อยละ 51.53 เมื่อพิจารณารายด้าน *ก่อนการดำเนินงาน* พบ พฤติกรรมเสี่ยงที่ต้องปรับพฤติกรรม 3 อันดับแรก คือ ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 76.92 รองลงมาด้านการนอน ร้อยละ 73.85 และด้านการกิน ร้อยละ 47.69 *หลังการดำเนินงาน* พฤติกรรมเสี่ยงที่ต้องปรับพฤติกรรม 3 อันดับแรก คือ ด้านการนอน ร้อยละ 73.08 รองลงมาด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 71.54 และด้านการกิน ร้อยละ 45.38

เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตและปัจจัยเสี่ยงการส่งเสริมสุขภาพดี

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) และปัจจัยเสี่ยงการส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness

Plan)ก่อนและหลัง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตฯ ของ ข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ในด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอน ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) และปัจจัยเสี่ยงการส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ก่อนและหลัง (n=130)

ด้าน	ก่อน		หลัง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านการกิน	7.36	1.8	7.5	1.6	0.937	129	0.350
ด้านการออกกำลังกาย	5.72	2.17	6.46	2.01	4.034	129	<0.001*
ด้านการนอน	3.1	2.42	3.7	2.27	2.916	129	0.004*
ด้านบุหรี่และแอลกอฮอล์	9.34	1.92	9.56	1.94	1.3	129	0.196
ด้านจิตใจ	2.56	1.56	2.93	1.73	2.561	129	0.012*
ด้านความสัมพันธ์	7.64	2.13	8.4	1.85	4.344	129	<0.001*
ด้านสุขภาพช่องปาก	4.41	1.49	4.3	1.69	-0.787	129	0.433
ด้านสิ่งแวดล้อม	5.9	1.6	6.1	1.5	1.47	129	0.144

Paired t-test ($P < 0.05$)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกระบวนการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ข้อมูลความคิดเห็น ต่อการประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี มีความคิดเห็นว่ารูปแบบฯ มีความสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ ในระดับมากถึงปานกลาง ร้อยละ 82.75 “รูปแบบไม่เครียด ให้ข้อมูล และคิดเอง ตั้งเป้าหมายเอง พอใจจะทำแค่ไหนแล้วแต่ตัวเองเลือกและตัดสินใจ” มีโอกาสพบปะเพื่อน ช่วยกันเชียร์ช่วยกันเตือน สนับสนุนให้มีช่องทางเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล ให้สามารถเข้าถึงระบบบริการ การคัดกรองและตรวจสุขภาพได้ง่ายขึ้น โดยรวมมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ในระดับมากถึงปานกลาง ร้อยละ 81.03 และพบว่า “ตัวเอง” เป็นบุคคลที่มีผลต่อความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงมากที่สุดร้อยละ 73.91 รองลงมาบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 70.68 และกลุ่มเพื่อน ร้อยละ 55.17

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์สุขภาพของข้าราชการบำเหน็จ บำนาญฯ สะท้อนภาพกลุ่มเป้าหมายที่ "สุขภาพดีบนความเสี่ยง" แม้ส่วนใหญ่ซึ่งอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) จะมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมระดับดี แต่กลับมีความเสี่ยงสูงด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 76.92 และการนอนหลับ ร้อยละ 73.85 นอกจากนี้ กว่าร้อยละ 60 มีภาวะน้ำหนักและรอบเอวเกินเกณฑ์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สอดคล้องกับงานวิจัยของทัศนา บุญทอง และคณะ (2567)[4] ที่ชี้ให้เห็นว่าการขาดกิจกรรมทางกายและการนอนไม่เพียงพอสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกิน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ถึงแม้ว่าข้าราชการบำเหน็จ บำนาญฯ จะมีความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. แต่ขาดความสม่ำเสมอในการปฏิบัติจริง สะท้อนให้เห็นถึง “ช่องว่าง”ระหว่างความรู้ ความตั้งใจ และพฤติกรรมการปฏิบัติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณิชารีย์ นิยมสินธุ์ และคณะ (2565)[3] ที่พบว่าแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญกว่าความรู้เพียงอย่างเดียว

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดีสำหรับข้าราชการ

บำเหน็จ บำนาญฯ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม และอ้างอิงกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) โดยสร้างนโยบายผ่านสมาคมฯ, การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ, การเสริมพลังชุมชนผ่านกลไก "เพื่อนช่วยเพื่อน", การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และปรับระบบบริการสุขภาพให้เข้าถึงง่าย รูปแบบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jitdorn, J., Somprasert, C., & Hickman Jr., R. (2024)[8]. มีรูปแบบพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การสร้างพลังชุมชน สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการปรับบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

ผลการประเมินพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลอย่างชัดเจนในการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายดีขึ้น กลไกสำคัญที่ส่งเสริมความสำเร็จของรูปแบบคือ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ซึ่งทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนและขับเคลื่อนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการใช้กลยุทธ์การเรียนรู้ที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ของ Kim, B., Lee, J., Kim, K., & Park, H. (2022) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมแบบกลุ่มที่อิงจากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการพัฒนากิจกรรมทางกายโภชนาการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงงานวิจัยของ ปิ่นแก้ว วงศ์ศิริ (2562)[5] ที่ชี้ผลดีของการฝึกสติแบบกลุ่มสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผล

1.รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดีฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายและทิศทางที่ชัดเจน 2) สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายแกนนำผู้เกษียณ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ผ่านการ Coaching ระดับโซนและจังหวัด 3) ผลักดันการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 4) พัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ระดับบุคคลและกลุ่ม 5) เสริมสร้างการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพดีของแกนนำและเครือข่าย

2.ผลประเมินหลังทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นตามแผนเป้าหมาย โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่ต้องปรับมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านการนอน ร้อยละ 73.08 ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 71.54 และด้านการกิน ร้อยละ 45.38 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพฯก่อนและหลัง พบว่า ด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอน ด้านจิตใจและด้านความสัมพันธ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) มีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 81.03

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาศักยภาพแกนนำ (Coach) โดยคัดเลือกผู้ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จเพื่อทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงประจำพื้นที่ มีบทบาทให้คำปรึกษาและติดตามผลอย่างใกล้ชิด พัฒนาทีมโค้ชมีความเข้มแข็งและครอบคลุมทุกพื้นที่

2. เตรียมกลุ่มข้าราชการเกษียณทุกคนให้มีความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ก่อนเวลาเกษียณอายุ และส่งเสริมการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี อายุยืนยาว ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

3. มีระบบติดตาม ช่วยเหลือที่เข้มแข็งในกลุ่มข้าราชการเกษียณฯ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับแนวคิด จิตวิทยาสติ (Mindfulness) Stage of Change และ Motivation มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

2. ควรมีการศึกษาพัฒนาและประเมินเครื่องมือดิจิทัลในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

3. ควรสังเคราะห์กระบวนการสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มข้าราชการเกษียณฯ

เอกสารอ้างอิง

1.กรมประชาสัมพันธ์. (2564). *บำเหน็จบำนาญ*. สืบค้นจาก https://personal.prd.go.th/th/file/get/file/20211001d41d8cd98f00b204e9800998ecf8427e091734.pdf

2.กรมอนามัย. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2563). *คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.

3.ณิชารีย์ นิยมสินธุ์, ฉัฐวีณ์ สิทธิ์ศิรอรรถ, ดุจเดือน พันธุมนาวิน, และ ภิญญาพันธ์ เพียซ้าย. (2565). แรงจูงใจ ความรู้ พัฒนาการผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน. *วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 14(28), 73–99.

4.ทัศนา บุญทอง และคณะ (2567). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในชุมชนเมืองเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสภาการพยาบาล, 39*(2), 163–177.

5.ปิ่นแก้ว วงศ์ศิริ. (2562). ผลของการฝึกสติแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก, 20*(1), 176–183.

6.ภูดิท เตชาติวัฒน์. (2566). เวชศาสตร์วิถีชีวิต: หลักการ แนวคิด และบทบาทของทีมสหวิชาชีพ. ใน เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับสหสาขาวิชาชีพ, Pre-conference "Workshop on Lifestyle Medicine for Multi-disciplinary team" (18-22 กันยายน 2566, จังหวัดนนทบุรี).

7.สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). *สถานการณ์ทางสังคมของไทย ไตรมาสที่ 4 ปี 2564*.

8.Jitdorn, J., Somprasert, C., & Hickman Jr., R. (2024). Participatory action research for developing a wellness-promoting model for community-dwelling older adults in Thailand. *The Journal of Behavioral Science,* 19(1), 33–50. Retrieved from https://so06.tci-thaijo.org/index.php/IJBS/article/view/268421

9.Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University.

10.Kim, B., Lee, J., Kim, K., & Park, H. (2022). *Effectiveness of a health promotion program based on the Transtheoretical Model for improving health behaviors and quality of life in older adults: A randomized controlled trial.* BMC Geriatrics, 22, Article 695.

11.World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved from https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้นโดยใช้แบบสอบถาม STOP-Bang ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

Prevalence and Risk Factors of Obstructive Sleep Apnea Using the STOP-Bang Questionnaire in Patients with Type 2 Diabetes at Phra Narai Maharaj Hospital, Lopburi Province.

(Received: December 24,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ศุภณัฏฐ์ สุขเกษม[1]
Supphanut sukkasem[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 149 คน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้การกำกับของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของ OSA โดยใช้แบบสอบถาม STOP-Bang ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เก็บข้อมูลทั่วไป ปัจจัยทางคลินิก และทำการประเมินความเสี่ยง OSA ด้วยแบบสอบถาม STOP-Bang แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมเป็น STOP-Bang <3 และ ≥3 วิเคราะห์ด้วยสถิติ chi-square, t-test และ logistic regression

ผลการศึกษา พบว่าผู้เข้าร่วมศึกษามีคะแนน STOP-Bang เฉลี่ยระหว่าง 1–6 คะแนน โดยกลุ่มที่มีคะแนน STOP-Bang ≥3 มีจำนวน 124 คน คิดเป็น ความชุก 83.2% (95% CI: 76.4–89.0) ผู้ที่มีคะแนน STOP-Bang ≥3 มีรอบเอวเฉลี่ยสูงกว่า (91.06±11.93 ซม. เทียบกับ 85.75±7.21 ซม., p=0.03) ปัจจัยเสี่ยงจากการวิเคราะห์ univariate พบว่ารอบเอว >80 ซม. มี OR=12.1 (95% CI: 2.07–70.46, p<0.01) และระดับการศึกษาปริญญาตรีสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่ำกว่า (OR=0.30, 95% CI: 0.09–0.96, p=0.04) ขณะที่ปัจจัยอื่นไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในการวิเคราะห์ multiple logistic regression พบว่า รอบเอว >80 ซม. ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ OSA (aOR=13.36, 95% CI: 2.13–83.61, p<0.01)

ความชุกของภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แบบสอบถาม STOP-Bang อยู่ในระดับสูง โดยรอบเอว >80 ซม. เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้น การใช้ STOP-Bang questionnaire

คำสำคัญ: ภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้น, แบบสอบถาม STOP-Bang, เบาหวานชนิดที่ 2, ความชุก, ปัจจัยเสี่ยง, รอบเอว

Abstract

This cross-sectional study was conducted among 149 patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) who attended chronic disease clinics at primary care units under the supervision of Phra Narai Maharaj Hospital, Lopburi Province. The objective was to determine the prevalence and risk factors of obstructive sleep apnea (OSA) using the STOP-Bang questionnaire in patients with T2DM. Demographic and clinical data were collected, and OSA risk was assessed using the STOP-Bang questionnaire. Participants were categorized into two groups: STOP-Bang <3 and ≥3. Statistical analyses were performed using chi-square test, t-test, and logistic regression.

The results showed that STOP-Bang scores ranged from 1 to 6, with 124 participants scoring ≥3, yielding a prevalence of 83.2% (95% CI: 76.4–89.0). Participants with STOP-Bang scores ≥3 had a significantly higher mean waist circumference (91.06±11.93 cm vs. 85.75±7.21 cm, p=0.03). Univariate analysis indicated that waist circumference >80 cm was significantly associated with OSA risk (OR=12.1, 95% CI: 2.07–70.46, p<0.01), while having a bachelor's degree was associated with a lower risk (OR=0.30, 95% CI: 0.09–0.96,

[1] โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

p=0.04). Other variables were not significantly associated. In multivariable logistic regression, waist circumference >80 cm remained an independent risk factor for OSA (aOR=13.36, 95% CI: 2.13–83.61, p<0.01).

In conclusion, the prevalence of OSA among patients with T2DM assessed using the STOP-Bang questionnaire was high. Waist circumference >80 cm was identified as a significant independent risk factor.

Keywords: Obstructive Sleep Apnea (OSA), STOP-Bang Questionnaire, Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM), Prevalence, Risk Factors, Waist Circumference

บทนำ

ภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้น (Obstructive Sleep Apnea: OSA) เป็นความผิดปกติที่เกิดจากการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้นระหว่างการนอนหลับอย่างซ้ำ ๆ ส่งผลให้เกิดการหยุดหายใจหรือหายใจตื้นหลายครั้งร่วมกับการลดลงของออกซิเจนในเลือด และทำให้เกิดการตื่นตัวจากการนอนหลับซ้ำ ๆ ตลอดคืน ผู้ป่วยมักมีอาการง่วงนอนในเวลากลางวัน ขาดสมาธิ อ่อนเพลีย และเสี่ยงต่ออุบัติเหตุจากการทำงานหรือการขับขี่ยานพาหนะ ภาวะ OSA ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะหัวใจล้มเหลว[1,2]

กลุ่มผู้ป่วยที่พบภาวะหยุดหายใจขณะหลับได้บ่อย คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่าการมี OSA มีความสัมพันธ์กับการดื้อต่ออินซูลิน การควบคุมระดับน้ำตาลที่แย่ลง และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทั้งทางหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็ก[3] นอกจากนี้ OSA ยังเพิ่มระดับฮอร์โมนคอร์ติซอและกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลต่อกลไกการควบคุมน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ จากรายงานการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าความชุกของภาวะ OSA ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาจสูงถึงร้อยละ 58 โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคอ้วนร่วมด้วย หรือมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สูง รอบคอใหญ่ หรือมีอายุเกิน 50 ปี[4]

แบบสอบถาม STOP-Bang เป็นเครื่องมือคัดกรองที่ได้รับการพัฒนาและยอมรับในระดับสากล ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อที่สามารถตอบได้ง่าย ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การกรนความอ่อนเพลีย ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย อายุ เพศ รอบคอ และประวัติโรคหยุดหายใจขณะหลับ แบบสอบถามนี้สามารถคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ OSA ระดับปานกลางถึงรุนแรงได้อย่างแม่นยำ โดยมีความไวในการตรวจพบสูงกว่า 90%[5]ในประเทศไทย การวินิจฉัยภาวะ OSA มักพึ่งพาการตรวจการนอนหลับ (polysomnography) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง ต้องอาศัยอุปกรณ์เฉพาะทางและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญสูง การให้บริการมีจำกัดเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงการวินิจฉัยและรักษาได้ทันท่วงที[6] ดังนั้น การใช้แบบสอบถามคัดกรองความเสี่ยงอย่าง STOP-Bang จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสม ช่วยประหยัดเวลาและทรัพยากร โดยเฉพาะในสถานพยาบาลระดับจังหวัดที่มีทรัพยากรจำกัด

การศึกษาจากประเทศจีนพบว่าแบบสอบถาม STOP-Bang มีความไวสูง (85–91%) และมีค่า AUC ดี (0.83–0.89) ในการคัดกรอง OSA ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แม้ความจำเพาะจะค่อนข้างต่ำ แต่สามารถใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นที่มีประสิทธิภาพ[7]ในประเทศไทย โดยเฉพาะในจังหวัดลพบุรี ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องยังไม่มีรายงานการศึกษาที่ใช้ STOP-Bang เป็นเครื่องมือในการประเมินความชุกของ OSA

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์จะศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวาง

มาตรการป้องกัน คัดกรอง และลดภาระของโรคในระดับจังหวัดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แบบสอบถาม STOP-Bang เป็นเครื่องมือคัดกรอง

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ cross sectional study

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านข่อย (275 คน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโก่งธนู (480 คน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนโพธิ์ (305 คน) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะลุง (462 คน) รวม 1,522 คน ภายใต้การควบคุมกำกับของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีลักษณะเป็นผู้ป่วยนอก (OPD) ที่อยู่ในระบบการติดตามของคลินิกโรคเรื้อรัง และมีประวัติการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการประเมินภาวะร่วม เช่น ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ และมีข้อมูลทางชีวภาพหรือทางคลินิกที่ครบถ้วน

กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่าง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม DC Protasiewicz Timofticiuc ได้ศึกษา STOP-BANG QUESTIONNAIRE – AN EASY TOOL FOR IDENTIFYING OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS พบว่า58.7% ของผู้ป่วยเบาหวาน มีความเสี่ยง OSA คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร ประมาณค่าสัดส่วน

$$n = \frac{z^2_{\alpha/2} P(1-P)}{d^2}$$

Alpha(α)

= 0.05

Standard normal value(Z)

= 1.96

Prevalence(P)

= 0.58

Absolute Presicion (d)

= 0.08

95% confidence interval

Sample size (n) = 124 ราย และเพื่ออัตราการสูญหาย 20% ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 149 ราย

การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละ รพ.สต. จากจำนวนประชากรทั้งหมด 1,522 คน และต้องการกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 149 คน จากนั้นทำการสุ่มรายชื่อจากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานของแต่ละ รพ.สต. โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ภายในแต่ละชั้น (stratum)

Inclusion Criteria

- เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์
- มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- มีระยะเวลาการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- ได้รับการติดตามและรับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่อยู่ภายใต้การกำกับของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

- สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสามารถให้ข้อมูลด้วยตนเองได้

- ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ (Informed Consent)

Exclusion Criteria

- ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้น (Obstructive Sleep Apnea: OSA) แล้วก่อนเข้าร่วมการศึกษา

- ผู้ที่มีภาวะทางจิตเวชหรือภาวะทางสติปัญญาที่รบกวนการให้ข้อมูลหรือการตอบแบบสอบถาม

- ผู้ที่มีโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือภาวะที่ทำให้มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมาก เช่น โรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการ, มะเร็งระยะลุกลาม

- ผู้ที่ตั้งครรภ์ในขณะเก็บข้อมูล

- ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยทางคลินิกของผู้ป่วย พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ข้อมูลทั่วไป: เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) รอบคอ รอบเอว รอบสะโพก ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ระดับ HbA1c ล่าสุด อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส ฯลฯพฤติกรรมสุขภาพ: การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การใช้ยานอนหลับ การนั่งนิ่งนาน ๆ ประวัติครอบครัว และโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ

2. แบบสอบถาม STOP-Bang (STOP-Bang Questionnaire) เป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้น (OSA) ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ โดยแบ่งระดับความเสี่ยงดังนี้:0–2 คะแนน: ความเสี่ยงต่ำ3–max คะแนน: ความเสี่ยงปานกลาง/สูง

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม STATA 10.1 และ related R packages สำหรับประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนาข้อมูล กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ นำเสนอค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอค่ามัธยฐาน ค่า interquartile range ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. โดยใช้สถิติอนุมาน chi-square test หรือ fisher exact ในตัวแปร categorical data และสถิติ independent t-test และ Mann-Whitney-U test ตัวแปรเชิงปริมาณที่มีการกระจายตัวปกติและไม่เป็นปกติ ตามลำดับ

3. ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยทีละตัวแปร โดยใช้การวิเคราะห์ลอจิสติคถดถอยอย่างง่าย (Simple logistic regression) หาค่า OR และช่วงความเชื่อมั่น 95% CI และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า P-value < 0.20 มาวิเคราะห์เพื่อหา ความสัมพันธ์หลายตัวแปรโดยใช้สถิติถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple logistic regression) อย่างไรก็ตาม

เนื่องจากตัวแปรตามในงานวิจัยนี้นิยามจากเกณฑ์ STOP-Bang (คะแนน ≥3) ผู้วิจัยจึงไม่นำตัวแปรองค์ประกอบของ STOP-Bang ได้แก่ การกรนความง่วง/อ่อนเพลีย การสังเกต ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย ≥35 กก./ม² อายุ >50 ปี เพศชาย และรอบคอ >40 ซม เข้าสู่แบบจำลองถดถอยพหุโลจิสติก เพื่อหลีกเลี่ยง incorporation bias และ multicollinearity ทั้งนี้ ได้ตรวจสอบ multicollinearity ของตัวแปรที่เหลือด้วยค่า Variance Inflation Factor (VIF) และกำหนดเกณฑ์ VIF < 10 เป็นค่าที่ยอมรับได้

ผลการศึกษา

จากจำนวนผู้เข้าร่วมทั้งหมด 149 คน พบว่าผู้เข้าร่วมมีคะแนน STOP-Bang ตั้งแต่ 1 ถึง 6 โดยกลุ่มที่มีคะแนน 4 มีสัดส่วนมากที่สุด (29.53%) รองลงมาคือคะแนน 3 (26.85%) และคะแนน 5 (21.48%) ขณะที่คะแนน 1 พบได้น้อยที่สุด (2.68%) ซึ่งพบว่าผู้ที่มีคะแนน STOP-Bang ≥3 มีจำนวน 124 ราย คิดเป็นความชุก 83.2% (95% CI 76.4–89.0)

ในกลุ่มผู้เข้าร่วมที่มีคะแนน STOP-Bang <3 (n=25) เทียบกับกลุ่มที่มีคะแนน STOP-Bang ≥3 (n=124) พบว่า อายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (59.83±13.72 ปี เทียบกับ 61.22±11.10 ปี, p=0.58) สัดส่วนเพศชายพบเฉพาะในกลุ่มคะแนน ≥3 (36.58%) ขณะที่กลุ่มคะแนน <3 ไม่มีเพศชายเลย (p<0.001) ค่า BMI เฉลี่ยในกลุ่มคะแนน ≥3 สูงกว่า (26.00±4.21เทียบกับ 29.28±6.51kg/m², p=0.061 รอบคอไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (42.63±28.93 เทียบกับ 35.8±2.43 ซม., p=0.24) แต่รอบเอวในกลุ่มคะแนน ≥3 สูงกว่า (91.06±11.93 เทียบกับ 85.75±7.21 ซม., p=0.03)อาชีพและการกระจายไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม (p=0.66) ระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.17) สถานภาพสมรสแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม (p=0.04) โดยกลุ่มคะแนน ≥3 มีสัดส่วนสมรสมากกว่า สำหรับโรคร่วม ความดันโลหิตสูง (76.0% เทียบกับ 88.71%, p=0.08), ไขมันในเลือดสูง (80.0% เทียบกับ 81.45%, p=0.86) และโรคหัวใจ (0 เทียบกับ 1.61%, p=0.52) ไม่แตกต่างกัน ประวัติญาติหยุดหายใจ (0 เทียบกับ 5.65%, p=0.22) การสูบบุหรี่ปัจจุบัน (0 เทียบกับ 10.57%, p=0.08) การดื่มสุราเป็นประจำ (4.0% เทียบกับ 12.20%, p=0.22) การใช้ยานอนหลับ (12.0% เทียบกับ 17.74%, p=0.48) และการนั่งอยู่กับที่ ≥4 ชม./วัน (20.0% เทียบกับ 18.55%, p=0.86) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 1และภาพที่ 1

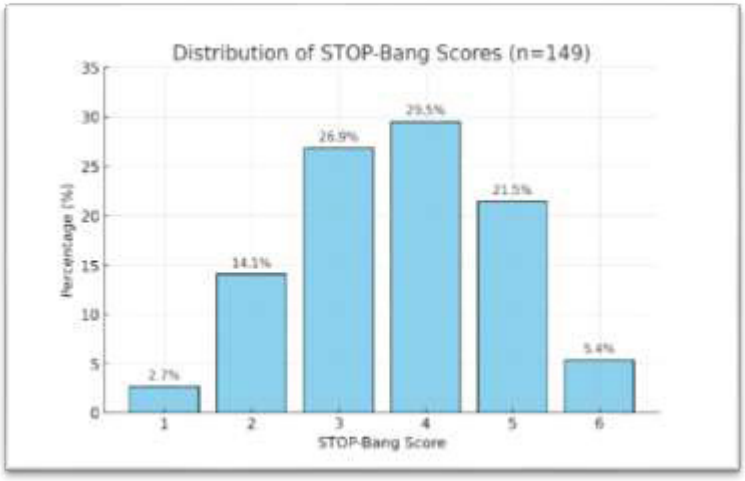
จากการวิเคราะห์แบบ univariate logistic regression พบว่า ผู้ที่มีรอบเอวมากกว่า 80 ซม. มีค่า odds ratio เท่ากับ 12.1 (95% CI: 2.07–70.46, p<0.01) สำหรับอาชีพ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มข้าราชการ พบว่าอาชีพค้าขาย (OR=1.71, 95% CI: 0.25–11.40, p=0.57) อาชีพเกษตร (OR=3.00, 95% CI: 0.35–25.45, p=0.31) อาชีพรับจ้าง (OR=1.71, 95% CI: 0.25–11.40, p=0.57) และผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (OR=1.05, 95% CI: 0.19–5.69, p=0.95) ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับระดับการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มต่ำกว่าประถม/ประถม พบว่ากลุ่มมัธยมมี OR=0.87 (95% CI: 0.27–2.73, p=0.81) กลุ่ม ปวส. มี OR=0.45 (95% CI: 0.10–1.93, p=0.28) และกลุ่มปริญญาตรีมี OR=0.30 (95% CI: 0.09–0.96, p=0.04) ส่วนสถานภาพสมรส เมื่อเทียบกับกลุ่มโสด พบว่ากลุ่มสมรสมี OR=1.07 (95% CI: 0.27–4.22, p=0.91) และกลุ่มหม้าย/หย่าร้างมี OR=0.31 (95% CI: 0.07–1.34, p=0.12) ในส่วนของโรคร่วม พบว่าไขมันในเลือดสูง (DLP) มี OR=1.09 (95% CI: 0.37–3.23, p=0.86) และโรคหัวใจมี OR=1.04 (95% CI: 0.04–22.33, p=0.98) ขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ประวัติญาติหยุดหายใจ (OR=3.25, 95% CI: 0.18–58.84, p=0.42) การสูบบุหรี่ปัจจุบัน (OR=6.23, 95% CI: 0.35–

108.29, p=0.20) การดื่มสุราเป็นประจำ (OR=3.33, 95% CI: 0.41–26.46, p=0.25) การใช้ยานอนหลับ (OR=1.58, 95% CI: 0.43–5.75, p=0.48) และการนั่งอยู่กับที่ ≥4 ชั่วโมง/วัน (OR=0.91, 95% CI: 0.30–2.68, p=0.86) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 2

จากการวิเคราะห์ multiple logistic regression พบว่า ผู้ที่มีรอบเอวมากกว่า 80 ซม. มีความสัมพันธ์กับภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้น โดยมีค่า adjusted odds ratio (aOR) เท่ากับ 13.36 (95% CI: 2.13–83.61, p<0.01) หลังจากควบคุมตัวแปรร่วม ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ประวัติญาติหยุดหายใจ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยานอนหลับ และพฤติกรรมนั่งอยู่กับที่ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	SBQ Score <3 (n=25)	SBQ Score ≥3 (n=124)	p-value
อายุ, ปี	59.83±13.72	61.22±11.10	0.58
เพศชาย	0 (0)	45 (36.58)	<0.001
BMI, kg/m²	26.00±4.21	29.28±6.51	0.01
รอบคอ, ซม	35.8±2.43	42.63±28.93	0.24
รอบเอว,ซม.	85.75±7.21	91.06±11.93	0.03
อาชีพ			0.66
ข้าราชการ	2 (8.0)	7 (5.65)	
ค้าขาย	4 (16.0)	24 (19.35)	
เกษตร	2 (8.0)	21 (16.94)	
รับจ้าง	4 (16.0)	24 (19.35)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13 (52.0)	48 (38.71)	
ระดับการศึกษา			0.17
ต่ำกว่าประถม/ประถม	11 (44.0)	73 (59.35)	
มัธยม	5 (20.0)	29 (23.58)	
ปวส	3 (12.0)	9 (7.32)	
ปริญญาตรี	6 (24.0)	12 (9.76)	
สถานภาพสมรส			0.04
โสด	3 (13.04)	20 (16.95)	
สมรส	11 (47.83)	79 (66.95)	
หม้าย/หย่าร้าง	9 (39.13)	19 (16.10)	
โรคประจำตัว			
HT	19 (76.0)	110 (88.71)	0.08
DLP	20 (80.0)	101 (81.45)	0.86
โรคหัวใจ	0 (0)	2 (1.61)	0.52
ประวัติญาติหยุดหายใจ	0 (0)	7 (5.65)	0.22
สูบบุหรี่ปัจจุบัน	0 (0)	13 (10.57)	0.08
ดื่มสุราเป็นประจำ	1 (4.0)	15 (12.20)	0.22
ใช้ยานอนหลับ	3 (12.0)	22 (17.74)	0.48
นั่งอยู่กับที่ ≥4ชม./วัน	5 (20.0)	23 (18.55)	0.86



ภาพที่ 1 การกระจายคะแนน STOP-Bang ของผู้เข้าร่วมการศึกษา

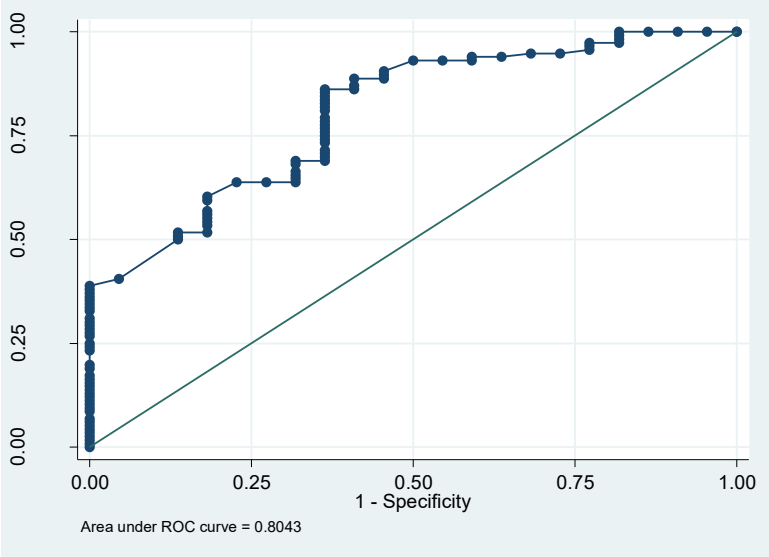
ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้นโดยใช้แบบสอบถาม STOP-Bang วิเคราะห์ด้วย univariate logisitic regrssion

ตัวแปร	Odd ratio	95%CI	p-value
รอบเอว >80ซม.	12.1	2.07 -70.46	<0.01
อาชีพ			
ข้าราชการ	1		
ค้าขาย	1.71	0.25-11.40	0.57
เกษตร	3	0.35-25.45	0.31
รับจ้าง	1.71	0.25-11.40	0.57
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.05	0.19-5.69	0.95
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าประถม/ประถม	1		
มัธยม	0.87	0.27 -2.73	0.81
ปวส	0.45	0.10-1.93	0.28
ปริญญาตรี	0.30	0.09-0.96	0.04
สถานภาพสมรส			
โสด	1		
สมรส	1.07	0.27-4.22	0.91
หม้าย/หย่าร้าง	0.31	0.07-1.34	0.12
โรคประจำตัว			
DLP	1.09	0.37-3.23	0.86
โรคหัวใจ	1.04	0.04-22.33	0.98
ประวัติญาติหยุดหายใจ	3.25	0.18-58.84	0.42
สูบบุหรี่ปัจจุบัน	6.23	0.35-108.29	0.20
ดื่มสุราเป็นประจำ	3.33	0.41-26.46	0.25
ใช้ยานอนหลับ	1.58	0.43-5.75	0.48
นั่งอยู่กับที่ ≥4ชม./วัน	0.91	0.30-2.68	0.86

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้นโดยใช้แบบสอบถาม STOP-Bang วิเคราะห์ด้วย multiple logisitic regrssion

ตัวแปร	Adjust Odd ratio	95%CI	p-value
รอบเอว >80ซม.	13.36	2.13-83.61	<0.01

หมายเหตุ: ผลการวิเคราะห์แสดงค่า adjusted odds ratio (aOR) โดยมีการควบคุมตัวแปรร่วม ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ประวัติญาติหยุดหายใจ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยานอนหลับ และพฤติกรรมนั่งอยู่กับที่



ภาพที่2 พื้นที่ภายใต้ส่วนโค้งปัจจัยเสี่ยงของภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้นโดยใช้แบบสอบถาม STOP-Bang

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้น (Obstructive Sleep Apnea: OSA) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แบบสอบถาม STOP-Bang เป็นเครื่องมือคัดกรองในกลุ่มประชากรของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ซึ่งผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะ OSA (STOP-Bang ≥3) มีจำนวน 124 คนจาก 149 คน คิดเป็น ความชุก 83.2% ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับงานวิจัยในอินเดียของ A. Bamanikar[8] รายงานความชุกของความเสี่ยงสูงต่อ OSA (STOP-Bang ≥3) ที่ 47.3% ในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จากการศึกษาที่ Jimma Medical Center ประเทศเอธิโอเปีย[9] พบว่า 45.5% ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะ OSA จากการประเมินด้วยแบบสอบถาม STOP-Bang อย่างไรก็ตามความแตกต่างของความชุกอาจเกิดจากปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เช่น เพศ อายุ ภาวะโภชนาการ รวมถึงระบบบริการสุขภาพ แต่แนวโน้มที่เหมือนกันในหลากหลายบริบท สนับสนุนว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรได้รับการประเมินความเสี่ยง OSA อย่างเป็นระบบ

จากการวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติก (multiple logistic regression) พบว่าผู้ที่มีรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงต่อภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า adjusted

odds ratio (aOR) เท่ากับ 13.36 (95% CI: 2.13–83.61, p<0.01) หลังจากมีการควบคุมปัจจัยแปรปรวนร่วมที่อาจก่อให้เกิดอคติในโมเดล ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ประวัติญาติที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยานอนหลับ และพฤติกรรมนั่งนิ่งเป็นเวลานาน สอดคล้องกับ HanYu Wang และคณะ[10]ซึ่งใช้ดัชนี Weight-Adjusted Waist Index (WWI) เป็นตัวชี้วัดความอ้วนส่วนกลาง (central obesity) และพบว่า WWI สูงมีความสัมพันธ์กับ OSA อย่างชัดเจน ทั้งจากการวิเคราะห์เชิงระบาดวิทยาและพันธุกรรม โดยมี OR อยู่ในช่วง 1.26–2.11 (P<0.001) สอดคล้องกับ Marco Carotenuto และคณะ[11] ที่พบว่าในกลุ่มเด็กอ้วน รอบเอวมีความสัมพันธ์กับภาวะการหายใจผิดปกติขณะหลับ (SDB) อย่างมีนัยสำคัญ (r = 0.32, p = 0.006) ขณะที่ BMI และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังกลับไม่มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนข้อค้นพบนี้สนับสนุนว่า ไขมันที่สะสมบริเวณลำตัวส่วนกลาง โดยเฉพาะรอบเอว มีบทบาทในการเพิ่มแรงกดต่อกล้ามเนื้อทางเดินหายใจส่วนต้น (upper airway), ลดความสามารถในการขยายตัวของทรวงอก (thoracic compliance) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจระหว่างนอนหลับ ซึ่งเป็นกลไกพื้นฐานของภาวะ OSA[12]

ข้อจำกัด

การศึกษาเป็นภาคตัดขวาง แบบสอบถาม STOP-Bang เป็นเพียงเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้น จึงอาจมีการประเมินความชุกของภาวะ OSA สูงกว่าความเป็นจริงเมื่อเทียบกับการวินิจฉัยด้วยวิธีมาตรฐาน เช่น polysomnography.

สรุปผล

การศึกษานี้พบว่าความชุกของความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง (83.2%) โดยรอบเอวมากกว่า 80 ซม. เป็น ปัจจัยเสี่ยงอิสระที่สำคัญ แม้หลังควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ การใช้แบบสอบถาม STOP-Bang เป็นเครื่องมือคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานจึงเหมาะสมและควรส่งเสริมให้ใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไปเพื่อการวินิจฉัยและดูแลที่ทันท่วงที

เอกสารอ้างอิง

1. Yeghiazarians Y, Jneid H, Tietjens JR, Redline S, Brown DL, El-Sherif N, et al. Obstructive Sleep Apnea and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation [Internet]. 2021 Jul 20 [cited 2025 Sep 30]; Available from: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000988
2. Slowik JM, Sankari A, Collen JF. Obstructive Sleep Apnea. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Sep 30]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459252/
3. Nannapaneni S, Ramar K, Surani S. Effect of obstructive sleep apnea on type 2 diabetes mellitus: A comprehensive literature review. World J Diabetes. 2013 Dec 15;4(6):238–44.
4. Doumit J, Prasad B. Sleep Apnea in Type 2 Diabetes. Diabetes Spectr. 2016 Feb 1;29(1):14–9.
5. Pivetta B, Chen L, Nagappa M, Saripella A, Waseem R, Englesakis M, et al. Use and Performance of the STOP-Bang Questionnaire for Obstructive Sleep Apnea Screening Across Geographic Regions: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2021 Mar 1;4(3):e211009.

6. Ounhasuttiyanon A, Pimolsri C, Choeycheep P, Lertsilp D, Chierakul N. Diagnostic accuracy of Home sleep apnea testing (HSAT) in Thai population. Journal of the Medical Association of Thailand. 2021 Feb;104(2):300–3.
7. Teng Y, Wang S, Wang N, Muhuyati. STOP-Bang questionnaire screening for obstructive sleep apnea among Chinese patients with type 2 diabetes mellitus. Arch Med Sci. 2018 Aug;14(5):971–8.
8. Bamanikar A, Duggal S, Sharma S, Rana S. Assessment of risk for obstructive sleep apnea by using STOP-BANG questionnaire in type 2 diabetes mellitus. Int J Diabetes Dev Ctries. 2020 Apr 1;40(2):173–7.
9. Abdissa D. Prevalence of obstructive sleep apnea risk and associated factors among patients with type 2 diabetes mellitus on follow up at Jimma Medical Center, Southwest Ethiopia. J Clin Transl Endocrinol. 2020 Aug 18;21:100234.
10. Wang H, Yang B, Zeng X, Zhang S, Jiang Y, Wang L, et al. Association Between the Weight-Adjusted Waist Index and OSA Risk: Insights from the NHANES 2017–2020 and Mendelian Randomization Analyses. Nat Sci Sleep. 2024 Nov 19;16:1779–95.
11. Carotenuto M, Bruni O, Santoro N, del Giudice EM, Perrone L, Pascotto A. Waist circumference predicts the occurrence of sleep-disordered breathing in obese children and adolescents: A questionnaire-based study. Sleep Medicine. 2006 Jun 1;7(4):357–61.
12. Messineo L, Bakker JP, Cronin J, Yee J, White DP. Obstructive sleep apnea and obesity: A review of epidemiology, pathophysiology and the effect of weight-loss treatments. Sleep Medicine Reviews. 2024 Dec 1;78:101996.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

The effectiveness of psychosocial treatment programs with cognitive and behavioral modification by the family's involvement in alcohol drinking behavior and the amount of alcohol consumption in alcoholic patients Phonsawan Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

สุพิศ ยอแสง[1]
Supit Yosaeng[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ศึกษาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม 2568 จำนวน 35 คน เปรียบเทียบก่อนและหลัง ชนิดแบบ 1 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา แบบประเมินปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา และแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา คู่มือการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยโรคติดสุรา และตัวแบบจากผู้ป่วยโรคติดสุรา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราและความพึงพอใจของบุคลากรทางการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา : พบว่า 1) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลหลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

คำสำคัญ : ผู้ป่วยติดสุรา, การบำบัดทางจิตสังคม, การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, พฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุรา

Abstract

This study aimed to study the effectiveness of a psychosocial treatment program using cognitive and behavioral modification with family participation on alcohol drinking behavior and consumption among alcoholics at Phon Sawan Hospital, Nakhon Phanom Province. This research is a quasi-experimental study in a group of alcoholic patients receiving services in the inpatient building of Phon Sawan Hospital. The study was conducted from February to August 2025, totaling 35 patients, using a one-group, pre- and post-hoc comparison. The research instruments included a general information questionnaire, an alcohol drinking behavior assessment form, an alcohol consumption assessment form, an alcohol dependence patient satisfaction assessment form, and a nursing staff satisfaction assessment form. The experimental instruments included a family-participatory cognitive behavioral psychosocial treatment program on alcohol drinking behavior and alcohol consumption in alcoholics, a cognitive

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

behavioral therapy manual for alcoholics, and a model of alcoholics. Descriptive statistics were used to analyze the drinking behavior of alcoholics, alcohol consumption, alcoholic patient satisfaction, and health care professional satisfaction. Descriptive statistics were used to determine frequency, percentage, mean, and standard deviation. Paired t-tests were used to compare differences.

Results : 1) The mean score of alcoholic patients after the intervention was significantly higher than before the intervention, at the 0.05 level. 2) The mean score of alcoholic patients after the intervention was significantly lower than before the intervention, at the 0.05 level. 3) The mean score of alcoholic patients after the intervention was significantly higher than before the intervention. Statistically significant at the 0.05 level. 4) The average satisfaction of nursing personnel after system development increased significantly from before system development, with a statistical significance of 0.05.

Keywords : Alcohol-dependent patients, psychosocial therapy, cognitive-behavioral therapy, family participation, alcohol drinking behavior and alcohol consumption.

บทนำ

ปัญหาผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญพบได้ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย เป็นหนึ่งในสี่ของปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ควรให้การป้องกัน เนื่องจากทำให้เกิดความเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพ[1] จากสถิติการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบประชากรมากกว่าร้อยละ 38 ดื่มสุราเป็นประจำ[1, 2] เป็นสาเหตุเสียชีวิตจากการดื่มสุราราว 3.3 ล้านคนในแต่ละปี หรือคิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการตายทั้งหมด รวมทั้งทำให้เกิดความเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพ[3] เป็นอุปสรรคที่สำคัญของการพัฒนาชาติ[2] ประเทศไทยมีการดื่มสุราเป็นอันดับ 44 ของโลก และอันดับ 3 ของเอเชีย ในปี 2560 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มสุรา 55.9 ล้านคน และ 9 ล้านคน ติดสุราเลิกไม่ได้[4] พบความชุกในวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 35[5] ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย[6] เป็นกลุ่มมีภาวะดื่มแบบอันตราย (Alcohol abuse) ร้อยละ 3.5 และกลุ่มโรคติดสุรา (Alcohol dependence) ผู้ป่วยโรคติดสุราจะได้รับผลกระทบจากการติดสุราทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ[8] หากไม่มีการจัดการแก้ไขปัญหาเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างเหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อปัญหาครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

โรคติดสุราเป็นกลุ่มของความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความคิดและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากกว่าการใช้จากบุคคลปกติ และไม่สามารถควบคุมการดื่ม มีอาการถอนพิษเมื่อร่างกายขาดแอลกอฮอล์ เป็นการเสพติดแอลกอฮอล์ทางด้านร่างกายรวมถึงการกลับไปเสพซ้ำหลังจากที่หยุดดื่มโดยไม่สามารถควบคุมได้[8] ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางกายด้วยโรคตับแข็ง ตับอ่อนอักเสบ โรคหัวใจ สมองเสื่อม มีปัญหาด้านอารมณ์ จนเกิดโรคทางจิตเวช ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาต่อครอบครัว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาทั้งการรักษาทางชีวภาพ (Biological intervention) โดยการใช้ยาเพื่อแก้ไขหรือลดภาวะถอนพิษสุราและการรักษาบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจและสังคมให้สามารถควบคุมการดื่มสุราหรือหยุดดื่มสุรา รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ให้บริการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดในเขตอำเภอโพนสวรรค์ แบบผู้ป่วยใน จากการสำรวจสถิติผู้ขึ้นทะเบียนบำบัดยาเสพติด มีผู้ป่วยที่มารับบริการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยติดสุรา จำนวน 16, 18 และ 20 รายตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่ติดสุราเข้ารับการบำบัดรักษา จำนวน 16, 16 และ 17 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 100, 88.88 และ 85 รายตามลำดับ ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำและเข้ารับการรักษาด้วยภาวะติดสุราเรื้อรัง จำนวน 5, 4 และ 8 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 31.25, 25 และ 47.05 รายตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราเรื้อรัง

จนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เช่น โรคตับแข็ง จำนวน 10, 9 และ 6 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 62.50, 50 และ 30 รายตามลำดับ จิตเวช จำนวน 16, 18 และ 20 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 100, 100 และ 100 รายตามลำดับ เสียชีวิต จำนวน 10, 9 และ 6 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 62.50, 50 และ 30 รายตามลำดับ เป็นต้น (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม, 2567) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นจนต้องได้รับการบำบัดและผลกระทบของโรคตามมา

โรงพยาบาลโพนสวรรค์ได้ดำเนินการตามนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม ถึงแม้โรงพยาบาลจะมีแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราแต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยกลับมาดื่มสุราซ้ำ เมื่อวิเคราะห์ปัญหาด้านกระบวนการบำบัดในปัจจุบันเป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในระหว่างการบำบัดมีโอกาสเกิดภาวะ alcohol withdrawal, ไม่มียาแก้ไขภาวะ alcohol withdrawal, ขาดผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดระหว่างการบำบัด, ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกกลัวไม่สำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราได้ง่าย อย่างไรก็ตามถึงแม้การบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการประเมินระดับการติดสุราและเข้าสู่กระบวนการรักษาทางชีวภาพโดยยาเพื่อป้องกันภาวะถอนพิษพิษสุรา ภายหลังจากนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำ ซึ่งการบำบัดรักษาทางจิตสังคมแบบผู้ป่วยในโดยใช้การบำบัดรักษาทางจิตสังคมถือว่ามีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุราสามารถลดและเลิกการดื่มสุรา สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ สามารถทำงานได้และก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา[9]

ปัจจุบันการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราโดยทั่วไปของหน่วยบริการภาครัฐในประเทศไทย เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission phase) เป็นการประเมินอาการถอนพิษสุรา การตรวจร่างกาย ตรวจทางความพร้อมและจิตใจก่อนการบำบัด 2) ระยะการบำบัดด้วยยา (Treatment phase) เป็นการรักษาอาการทางกายจากภาวะถอนพิษสุราเพื่อลดภาวะไม่สุขสบายและลดอันตรายที่เกิดจากภาวะถอนพิษสุราร่วมกับได้รับการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ 3) ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคติดสุราได้รับการบำบัดตามกระบวนการของโรงพยาบาลตามปกติหรือเฉพาะอาการของผู้ป่วย 4) ระยะติดตามการรักษา (After phase) เป็นระยะการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการจำหน่ายกลับบ้านภายหลังการบำบัด[10] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความหลากหลายของกระบวนการบำบัดและการประยุกต์ใช้แนวคิดในการบำบัด อย่างไรก็ตามการดื่มสุราจนป่วยด้วยโรคติดสุรา ปัจจัยทางด้านความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้จนกระทั่งเกิดภาวะติดสุราตามมา[8, 10] ดังนั้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดทางจิตสังคมวิธีหนึ่งที่ใช้ในการบำบัดผู้ดื่ม/ติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันสั้น การบำบัดที่ให้ผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการปรับเปลี่ยนแก้ไขความคิดที่บิดเบือน ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล มีพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง การบำบัดทางจิตสังคมโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ดื่มสุราที่ถือว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ และพบว่ามีการนำไปใช้ในการบำบัดทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม พบว่าหลังการบำบัดสามารถลดปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพตามมา[11, 12, 13, 14] นอกจากนั้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก้ไขภาวะลังเลโดยเพิ่มแรงจูงใจ ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการบำบัดที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเอาชนะความลังเลได้[15] ก็จะช่วย

ให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราไม่กลับไปดื่มซ้ำและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา

ขอบเขตของการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการสร้างโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา โดยใช้ประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ที่มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการ ในเดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม 2568

รูปแบบการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) เพื่อปรับเปลี่ยนแก้ไขความคิดที่บิดเบือน ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล มีพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก้ไขภาวะลังเลโดยเพิ่มแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราไม่กลับไปดื่มซ้ำ

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากร ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย

1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา ซึ่งเป็นผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน โดยประเมินแบบประเมินปัญหาการดื่มสุราขององค์การอนามัยโลก (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT)

2) อายุ 20 ปีขึ้นไป

3) ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตอำเภอโพนสวรรค์ และกำลังรักษาอย่างต่อเนื่องที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

4) เป็นผู้ที่ผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุรา มีคะแนนความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised: CIWA-Ar) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน

5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

6) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยติดสุรามีโรคทางกายที่ไม่สามารถควบคุมภาวะโรคได้และผู้ป่วยติดสุรามีโรคทางจิตที่ไม่สามารถควบคุมภาวะโรคได้

2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ เช่น ต้องทำงานทุกวันหรือมีข้อจำกัดในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม พิการหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

3) เป็นผู้มีความบกพร่องด้านการรับรู้หรือความจำ (ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002)

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) ประกอบด้วย

1) กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการแสดงที่ผิดปกติจากโรคที่เป็นอยู่ ผู้วิจัยจะหยุดการวิจัยและให้การดูแลรักษาพยาบาลจนกระทั่งอาการดีขึ้น จึงดำเนินการวิจัยต่อ หากมีอาการไม่ดีขึ้นและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิสูจน์ได้ว่าเป็นผลมาจากการเข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาจนกว่าจะหาย และหากต้องการหยุดการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกได้ทันที โดยกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นนั้นคือ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีโรคร่วมด้วยโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคลมชัก ที่มีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยภาวะ Hypoglycemia ภาวะ Hyperglycemia ชักเกร็งบ่อยครั้ง เป็นต้น

เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination Criteria for the Study) ประกอบด้วย

1) กลุ่มเป้าหมายขอออกจากการศึกษาในระหว่างการดำเนินการเกินกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดมาตั้งแต่แรกเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling) สำหรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.5 และอำนาจการทดสอบ (Power) .85 เนื่องจากเป็นอิทธิพลขนาดกลาง และระดับความเชื่อมั่น .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 31 คนและเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม (drop out) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดของกลุมตัวอย่าง โดยคาดว่าจะมีการสูญหายร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นจำนวน 35 คน

วิธีการศึกษา

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนสวรรค์

3. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ รวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม เพื่อขอความร่วมมือและความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ซึ่งจะนัดในอีก 1 สัปดาห์ต่อไปที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนสวรรค์

4. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรมฯ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission phase) โดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัว ประเมินภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัยรวมทั้งคืนข้อมูลภาวะสุขภาพแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัว ประเมินความพร้อมและจิตใจก่อนการบำบัด (Stage of change) และการลงนามพันธสัญญาการดูแลตนเอง และแจกคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ติดสุรา ร่วมทั้งการอธิบายการใช้คู่มือ การลงบันทึก ช่องทางการช่วยเหลือ ในวันที่ 1 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง โดยใช้แผนผังการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุรา, แบบประเมินภาวะ alcohol withdrawal, แบบประเมินสุขภาพจิต

ระยะที่ 2 ระยะการบำบัดด้วยยา (Treatment phase) เป็นการประเมินภาวะ alcohol withdrawal ในวันที่ 1-7 ทุก 8 ชั่วโมง และการบำบัดรักษาด้วยยาและการป้องกันภาวะ alcohol withdrawal ในวันที่ 1-7 ทุก 8 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 1 โดยใช้แผนผังการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุรา, แบบประเมินภาวะ alcohol withdrawal, แนวทางการบำบัดด้วยยาในผู้ป่วยโรคติดสุรา

ระยะที่ 3 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase) การบำบัดทางจิตสังคม

ด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม ในสัปดาห์ที่ 2-12

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินเบื้องต้น

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ผลกระทบที่เกี่ยวกับสุรา การคืนข้อมูลด้านสุขภาพรายบุคคล โดยการค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุรา ผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มสุรา ตั้งเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมเลิกดื่มสุรา ลงนามพันธสัญญาการดูแลตนเองและแจกคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ติดสุรา ร่วมทั้งการอธิบายการใช้คู่มือ การลงบันทึก ช่องทางการช่วยเหลือ ในสัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 2 การค้นหาความคิด โดยการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับอารมณ์และพฤติกรรมแนวทางแก้ไขปัญหาและวางแผนหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่นำไปสู่พฤติกรรมการดื่มสุรา ให้ความรู้เกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรม ในสัปดาห์ที่ 3 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้พื้นฐาน

กิจกรรมครั้งที่ 3 การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมองติดยา โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยา โรคสมองติดสุรา อาการและอาการแสดง สาเหตุปัจจัยและผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มสุรา ค้นหาแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ในสัปดาห์ที่ 4 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 4 การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับระบบครอบครัว ความสำคัญของสัมพันธภาพของครอบครัว โดยการค้นหาและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองระหว่างครอบครัว ให้ความรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพทางบวกและทางลบระหว่างครอบครัว ปัจจัยการเกิด และผลกระทบในครอบครัว แสดงความคิดเห็นในเรื่องความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบระหว่างครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ในสัปดาห์ที่ 5 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวก

กิจกรรมครั้งที่ 5 การสร้างแรงจูงใจ โดยการสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับความสำเร็จของการเลิกดื่มสุรา ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัวจะได้รับในการเลิกดื่มสุรา ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ใน 3 ประเด็นคือ 1) เหตุผลที่เข้ารับการบำบัด 2) เหตุผลที่ยังคงอยู่ในกระบวนการบำบัด และ 3) เหตุผลที่จะทำให้เลิกดื่มสุราได้สำเร็จ ร่วมอภิปรายถึงแรงจูงใจที่นำไปสู่การเลิกดื่มสุรา และในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยยังไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้ช่วยค้นหาแรงจูงใจ ในสัปดาห์ที่ 6 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 6 การเจริญภาวนาแบบมีสติ โดยการอธิบายประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการเรียนรู้เคล็ดลับของการทำให้จิตใจมีความสงบสุขเพื่อช่วยให้สามารถเลิกดื่มสุรา ร่วมอภิปรายเกี่ยวกับการทำให้จิตใจมีความสงบสุข และการปฏิบัติการเจริญภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบ มีสมาธิและปัญญาในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุราเพื่อช่วยให้สามารถเลิกดื่มสุรา ในสัปดาห์ที่ 7 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 7 การบำบัดทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสัมพันธภาพ โดยการค้นหาและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดสุราและการฟื้นฟูสัมพันธภาพ ใช้ต้นแบบผู้บำบัดสุราที่ไม่ดี และต้นแบบที่ดี เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการติดสุรา ผลกระทบจากการดื่มสุรา ปัจจัยกระตุ้นการบำบัดที่ไม่สำเร็จของตนเอง แสดงความคิดเห็นประสบการณ์เกี่ยวกับการติดสุรา ผลกระทบจากการดื่มสุรา ปัจจัยกระตุ้นการบำบัดที่สำเร็จ ในสัปดาห์ที่ 8 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 8 การฝึกทักษะต่างๆ เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ โดยการอธิบายกลไกการกลับไปดื่มสุราซ้ำ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์การกลับไปดื่มสุราซ้ำ ทักษะ หรือแนวทางที่ใช้ในการจัดการเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ในสัปดาห์ที่ 9 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 9 การสร้างคุณค่าของชีวิต การเสริมสร้างทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน โดยการ

แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเป้าหมายในชีวิต อุปสรรคที่ขัดขวางเป้าหมายในชีวิต ความสัมพันธ์ของสุรากับอุปสรรคที่ขัดขวางเป้าหมายในชีวิต การจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวางเป้าหมายในชีวิต ทักษะชีวิตในสังคม ในสัปดาห์ที่ 10 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination)

กิจกรรมครั้งที่ 10 การติดตามทางโทรศัพท์ โดยการอธิบายกลไกการกลับไปดื่มสุราซ้ำ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำจากสภาพแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน ทักษะ หรือแนวทางที่ใช้ในการจัดการเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำจากสภาพแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน ในสัปดาห์ที่ 11 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 11 การทบทวนความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุรา ความสำคัญของสัมพันธภาพของครอบครัว การฝึกทักษะต่างๆ ในการเลิกสุราและพฤติกรรมการป้องกันการดื่มสุราซ้ำ โดยการอธิบายกระบวนการเลิกดื่มสุรา แสดงความคิดเห็นและทบทวนทักษะต่างๆ ในการเลิกสุราและพฤติกรรมการป้องกันการดื่มสุราซ้ำ ในสัปดาห์ที่ 12 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

ระยะที่ 4 ระยะติดตามการรักษา (After phase) ในสัปดาห์ที่ 13-16

กิจกรรมครั้งที่ 12 การเยี่ยมบ้าน โดยการอธิบายกระบวนการเลิกดื่มสุราซ้ำ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำจากสภาพแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน ทักษะ หรือแนวทางที่ใช้ในการจัดการเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำจากสภาพแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน ในสัปดาห์ที่ 13 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 13 การทบทวนความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุรา ความสำคัญของสัมพันธภาพของครอบครัว การฝึกทักษะต่างๆ ในการเลิกสุราและพฤติกรรมการป้องกันการดื่มสุราซ้ำ และสิ้นสุดสัมพันธภาพ โดยการอธิบายกระบวนการเลิกดื่มสุรา แสดงความคิดเห็นและทบทวนทักษะต่างๆ ในการเลิกสุราและพฤติกรรมการป้องกันการดื่มสุราซ้ำ และสิ้นสุดสัมพันธภาพในโครงการวิจัยครั้งนี้ ในสัปดาห์ที่ 16 ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา แบบประเมินปริมาณการดื่มสุรา แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา และแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา คู่มือการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยโรคติดสุรา และตัวแบบจากผู้ป่วยโรคติดสุรา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาเนื้อหาวิชาการ เอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. กำหนดขอบเขตเนื้อหาที่จะศึกษา และสร้างแบบทดสอบ แบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา

3. ทำการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามโดยดูด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และภาษา

4. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.91

5. ดำเนินการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) โดยนำแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา และแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันมากที่สุดกับกลุ่มตัวอย่างและบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลท่าอุเทน จำนวนอย่างละ 10 คน วิเคราะห์ผลความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ได้เท่ากับ 0.78 และ 0.81 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ค่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา ค่าคะแนนปริมาณการดื่มสุรา ค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา และค่าคะแนนความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การทดสอบความแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา ค่าคะแนนปริมาณการดื่มสุรา ค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา ค่าคะแนนความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง ผลทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test เป็นแบบการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[16] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC 010/68 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100 เป็นเพศชาย มีอายุต่ำสุด 34 ปี อายุสูงสุด 70 ปี อายุเฉลี่ย 46.87 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.64 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 48.6 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45.7 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ 1,501-4,000 บาท ร้อยละ 48.6 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสิทธิค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (สิทธิบัตรทอง) ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคติดสุราต่ำสุด 6 ปี ระยะเวลาที่ท่านป่วยเป็นโรคติดสุราสูงสุด 12 ปี ระยะเวลาที่ท่านป่วยเป็นโรคติดสุราเฉลี่ย 9.21 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.84 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.1 มีประวัติไม่เคยได้รับการบำบัดโรคติดสุรา และส่วนใหญ่ร้อยละ 75 มีประวัติเคยได้รับการบำบัดโรคติดสุราที่โรงพยาบาลโพนสวรรค์

พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนการทดลองอยู่ในระดับแบบติด ($\bar{x}$ =23.45, S.D.=2.86) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคติดสุราอยู่ในระดับแบบเสี่ยงต่ำ ($\bar{x}$ =5.28, S.D.=1.94) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา (n=35)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=35)			หลังทดลอง (n=35)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา	23.45	2.86	แบบติด	5.28	1.94	แบบเสี่ยงต่ำ	12.48	34	0.001*

* p<0.05

ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนการทดลอง $\bar{x}$ =34.89, S.D.=4.53 หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคติดสุรา $\bar{x}$ =4.51, S.D.=4.54 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติด (n=35)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=35)		หลังทดลอง (n=35)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา	34.89	4.53	4.51	4.54	32.40	34	0.001*

* p<0.05

ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =57.00, S.D.=9.00) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 86.40, S.D.=9.60) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา (n=35)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=35)			หลังทดลอง (n=35)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
1. ด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของโปรแกรม	57.00	9.60	ปานกลาง	86.40	10.40	สูง	15.67	34	0.001
2. ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว	55.60	10.20	ปานกลาง	85.60	9.60	สูง	16.23	34	0.012
3. ด้านการปรับความคิดและพฤติกรรม	58.40	9.20	ปานกลาง	87.00	10.00	สูง	17.45	34	0.001
4. ด้านผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา	57.60	9.80	ปานกลาง	88.00	9.40	สูง	18.12	34	0.004
5. ด้านการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน	56.40	10.60	ปานกลาง	85.00	10.80	สูง	14.89	34	0.001
ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราโดยภาพรวม	**57.00**	**9.00**	**ปานกลาง**	**86.40**	**9.60**	**สูง**	**18.94**	**34**	**0.001**

* p<0.05

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 45 และระยะเวลาที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรามากที่สุดอยู่ที่ 1-5 ปี ร้อยละ 90

ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล พบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =48.36, S.D.=8.90) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =81.15, S.D.=8.60) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล (n = 20 คน)

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา (n=20)			หลังพัฒนา (n=20)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
1. ด้านความเหมาะสมของเนื้อหาโปรแกรม	52.50	8.40	ปานกลาง	84.75	9.20	สูง	16.82	19	0.001
2. ด้านความสามารถในการนำไปใช้ปฏิบัติ	48.25	9.60	ปานกลาง	81.50	8.80	สูง	15.43	19	0.001
3. ด้านประสิทธิผลของโปรแกรม	45.80	10.20	ต่ำ	86.25	8.40	สูง	18.96	19	0.001
4. ด้านความชัดเจนและความเข้าใจ	50.75	8.80	ปานกลาง	79.50	10.60	สูง	14.27	19	0.001
5. ด้านการสนับสนุนและทรัพยากร	44.50	11.40	ต่ำ	73.75	9.80	ปานกลาง	12.68	19	0.001
ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลโดยภาพรวม	**48.36**	**8.90**	**ปานกลาง**	**81.15**	**8.60**	**สูง**	**17.25**	**19**	**0.001**

* p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

1) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา 2) ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา 4) ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยทุกด้านดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากโปรแกรมฯ ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลดปริมาณการดื่มสุราและเลิกดื่มสุราได้ ดังการศึกษาของภรภัทร สิมะวงศ์, สมบัติ สกุลพรรณ์ และ สกาวรัตน์ เทพประสงค์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT ในระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะติดตาม 3 เดือนและ 6 เดือนของกลุ่มได้รับโปรแกรม F-CBT แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)[13] สอดคล้องกับการศึกษาของบุษกร วรากรอมรเดช, มรรยาท รุจิวิชญ์และชมชื่น สมประเสริฐ พบว่า กลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม

การป้องกันการติดซ้ำหลัง ทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ กลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดซ้ำ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$[17] และการศึกษาของกนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สกุลพรรณ์ และดาราวรรณ ต๊ะปินตา พบว่า ผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทุกราย มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อการลด ละ เลิกการดื่มสุรา และมีความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อการได้รับโปรแกรมในระดับมากถึงมากที่สุดและบุคลากรทางการพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยและญาติในระดับมาก และร้อยละ 83.33 มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้ในหน่วยงาน และมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้โปรแกรมในระดับมาก[18]

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราและบุคลากรทางการพยาบาลด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของครอบครัว การสนับสนุนและทรัพยากรและความชัดเจนและความเข้าใจ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการบำบัดทุกขั้นตอน อีกทั้งการสนับสนุนในด้านอัตรากำลังของทรัพยากรบุคลากรในการมีส่วนร่วมและหมุนเวียนเข้าช่วยทำกิจกรรมบำบัด มีการปรับกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน รวมทั้งพัฒนารูปแบบของกิจกรรมให้กระชับ ชัดเจนต่อการนำไปใช้ของบุคลากรทางการพยาบาล

2. ควรประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยออกแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัวตามบริบท

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2013). **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.** Geneva: World Health Organization; 65-70

2. United Nations. (2019). **Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development.** Resolution adopted by the General Assembly. Retrieved March 20, 2018, from https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications /21252030 Agenda for Sustainable Development web.pdf

3. World Health Organization. (2019). **Global status report on alcohol and health 2018.** World Health Organization. Retrieved March 20, 2019, from https:/apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639 -eng.pdf

4. อธิบ ตันอารีย์และพลเทพ วิจิตรคุณากร. (2562). สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดัชนีความ เสี่ยงต่อปัญหา แอลกอฮอล์ของจังหวัดในประเทศไทย: ข้อมูลสำรวจ พ.ศ. 2560. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.** 13(4): 353-367.

5. กัลฐิพร ชัยประทานพงษ์และเรืองศิริ ภานุเวศ. (2566). ประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมด้วยโปรแกรมสติบำบัด ต่อระดับ ปัญหาการดื่มสุรา และระยะเวลาการกลับไปเสพติดสุราซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. **วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์,** 10(1), 258-275.

6. สาวิตรี อัษณาวงค์กรชัย. (2562). **รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน สังคมไทยประจำปีพ.ศ. 2560.** กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์, (1992).

7. Bonea, M., Neacsu, C.M., & Miclutia V.L. (2018). Comorbidities of alcohol use disorder. **Romanian Journal of Psychiatry,** 2, 63-67.

8. World Health Organization. (2014). **Global status report on alcohol and health 2014.** World Health Organization. Retrieved June, 22, 2021 from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf

9. อรุณี โสตถิวนิชย์วงศ์, วิมล นุชสวาทและลวิญญ์วิชยพงศ์ ภูมิจีน. (2564). การพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัด ผู้ป่วยโรคติดสุรา ต่อพฤติกรรมการลดหรือหยุดดื่ม. **วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา**, 6(1), 1-8.

10. ธิษณามา โพธิ์งาม และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). ผลของโปรแกรมการบำบัดสัมพันธภาพของคู่สมรส แบบสั้นต่อพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 19, 450-458.

11. สุรัช สุนันตา, วงเดือน สุนันตาและวิไล ทิพย์นันท์. (2565). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้พัฒนาตนเองตามหลัก 12 ขั้นตอนต่อการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา. **วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.),** 11(1), 58-68.

12. กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล, พิชัย แสงชาญชัยและธวัชชัย ลีฬหานาจ. (2560). ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ด้วย วิธีการบำบัดเพื่อเสริมแรงจูงใจสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มสุรา. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,** 62(4), 309-322.

13. ภรภัทร สิมะวงศ์ และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานและ การบาบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,** 36(1), 1-18.

14. อรุณี โสตถิวนิชย์วงศ์, วิมล นุชสวาทและลวิญญ์วิชยพงศ์ ภูมิจีน. (2564). การพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัด ผู้ป่วยโรคติดสุรา ต่อพฤติกรรมการลดหรือหยุดดื่ม. **วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา**, 6(1), 1-8.

15. Miller, W.R. & Rollnick, S. (1995). **Motivational interviewing: What is MI?. Behavior and cognitive psychotherapy**, Retrieved from: Http://M Motivational Interview.drg/clinical/interaction.html.

16. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, และเบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). **จริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในคน**. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

17. บุษกร วรากรอมรเดช, มรรยาท รุจิวิชชญ์และชมชื่น สมประเสริฐ. (2560). ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการป้องกันพฤติกรรมการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุรา. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต,** 31(3), 45-57.

18. กนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สกุลพรรณ์ และดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน. **พยาบาลสาร**, 47(2), 297-309.

การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

Development of a Treatment Model for Alcoholic Patients at Phonsawan Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 30,2025 ; Accepted: December 31,2025)

กิตติเชษฐ์ ธีรกุลพงศ์เวช[1]
Kittichet Thirakunphongwet[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา และ 3) เพื่อประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม โดยใช้แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการบำบัดโรคติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ในระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2568 จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา 3) แบบประเมินปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา และ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสุขภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ 1) รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา 2) คู่มือการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยโรคติดสุรา 3) ตัวแบบจากผู้ป่วยโรคติดสุรา และ 4) แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบโดยการใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา : 1) สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา พบปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ (Access to Service) คือ ระยะทางไกล ค่าใช้จ่าย และขาดการส่งต่อ ด้านการคัดกรอง (Screening) คือ ขาดการประเมินและการส่งต่อเพื่อบำบัด ด้านการบำบัด (Treatment) คือ ขาดทีมสหวิชาชีพในการบำบัด ขาดระบบการบำบัดที่เหมาะสมตามบริบท และด้านการติดตาม (Follow-up) คือ ขาดการติดตาม การกลับมาดื่มซ้ำ 2) รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา ประกอบด้วย (1) Community Screening คือ การคัดกรองระดับ อสม. และ ระดับ รพ.สต. (2) Comprehensive Treatment โดยโปรแกรมมีทั้งหมด 4 ระยะ โดยระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission phase) เป็นการประเมินอาการถอนพิษสุรา ระยะที่ 2 ระยะการบำบัดด้วยยา (Treatment phase) เป็นระยะ DETOX ในสัปดาห์ที่ 1 ระยะที่ 3 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคติดสุราได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 2-12 และระยะที่ 4 ระยะติดตามการรักษา (After phase) เป็นระยะการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการจำหน่ายกลับบ้านภายหลังการบำบัด ติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัด ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 16 สัปดาห์ (4 เดือน) (3) Continuous Support คือ กลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา ระบบ Buddy System (ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน) และกลุ่ม Line และ (4) Collaborative Network คือ การกำหนดบทบาทของเครือข่ายและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และ 3) ผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา ด้านค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรามากกว่าก่อนการทดลอง ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราลดลงกว่าก่อนการทดลอง โดยจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังจำหน่าย 1, 2 และ 3 เดือน มีเพิ่มขึ้นกว่าก่อนมารับการบำบัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรามากกว่าก่อนการทดลองและความพึงพอใจของทีมสุขภาพ พบว่าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

คำสำคัญ : โรคติดสุรา, ผู้ป่วยโรคติดสุรา, การบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา, การบำบัดความคิดและพฤติกรรม, การมีส่วนร่วมของครอบครัว

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

Abstract

This study aimed to study the problems and needs regarding the treatment model for alcohol dependence; 2) To develop a treatment model for alcohol dependence; and 3) To evaluate the effectiveness of the developed treatment model for alcohol dependence at Phon Sawan Hospital, Nakhon Phanom Province. This action research employed Cognitive Behavioral Therapy (CBT) principles combined with family involvement to help patients modify their thoughts, emotions, and behaviors appropriately. The sample were 35 alcohol dependence patients receiving treatment at Phonsawan Hospital between July and December 2025. Research instruments included: data collection tools: 1) a general information questionnaire, 2) an assessment scale for alcohol consumption behavior in patients with alcohol dependence, 3) an assessment scale for alcohol consumption in patients with alcohol dependence, 4) a satisfaction questionnaire for patients with alcohol dependence, and 5) a satisfaction questionnaire for the healthcare team; and experimental instruments: 1) an alcohol dependence treatment model, 2) a Cognitive Behavioral Therapy manual for alcohol dependence patients, 3) a model from alcohol dependence patients, and 4) an alcohol withdrawal symptom assessment scale. Data were analyzed using descriptive statistics, calculating percentages, means, and standard deviations. Comparisons were made using a paired t-test with a statistical significance level of 0.05.

Results of the study : 1) Problems and needs regarding the treatment model for patients with alcohol addiction: problems with access to services include long distances, costs, and lack of referrals; problems with screening include a lack of assessment and referral for treatment; problems with treatment include a lack of a multidisciplinary team for treatment and a lack of a treatment system appropriate to the context; and problems with follow-up include a lack of follow-up on relapse. 2) The treatment model for patients with alcohol addiction consists of (1) Community Screening, which involves screening at the community health volunteer and sub-district hospital levels; (2) Comprehensive Treatment, with a program consisting of 4 phases: Phase 1, the pre-admission phase, involves assessing alcohol withdrawal symptoms; Phase 2, the drug treatment phase, is the DETOX phase in week 1; Phase 3, the rehabilitation phase. (Rehabilitation phase) is the phase in which patients with alcohol dependence receive treatment according to the psychosocial treatment process with cognitive and behavioral modification with family involvement in weeks 2-12 and phase 4, the follow-up phase (After phase), is the phase of preparing patients and families for discharge home after treatment, home visits and evaluation after completion of treatment. The total time is 16 weeks (4 months). (3) Continuous Support is a self-help group for patients with alcohol dependence, the Buddy System (peer support system) and the Line group, and (4) Collaborative Network is the definition of the roles of the network and agencies involved. And 3) The results of the development of the treatment model for patients with alcohol dependence: the average score of alcohol drinking behavior of patients with alcohol dependence was higher than before the experiment; the amount of alcohol consumed by patients with alcohol dependence decreased than before the experiment; the number of days without alcohol consumption by patients with alcohol dependence after discharge at 1, 2 and 3 months increased than before receiving treatment; satisfaction of patients with alcohol dependence was higher than before the experiment; and satisfaction of the health team was found to increase more than before the development of the system, which was statistically significant at 0.05.

Keywords : Alcoholism, Alcoholics, Alcoholism Treatment, Cognitive Behavioral Therapy, Family Involvement

บทนำ

ผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญพบได้ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย[1] ประชากรทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 38 ดื่มสุราเป็นประจำและเสียชีวิตจากการดื่มสุราราว 3.3 ล้านคนต่อปี ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพ[2] ประเทศไทยมีการดื่มสุราเป็นอันดับ 44 ของโลก อันดับ 3 ของเอเชีย พบในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงกว่าภาคอื่นๆ[3] ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยผู้ใหญ่และวัยรุ่นร้อย ซึ่งพบว่ามีภาวะดื่มแบบอันตราย (Alcohol abuse) ร้อยละ 3.5 และกลุ่มโรคติดสุรา (Alcohol dependence) ร้อยละ1.8 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคติดสุราจะได้รับผลกระทบจากการติดสุราทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ[4, 5] ผลกระทบที่เกิดขึ้นเหล่านี้ หากไม่มีการจัดการแก้ไข จะส่งผลกระทบต่อปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคมและปัญหาเศรษฐกิจของประเทศเป็นลำดับต่อไป สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ให้บริการผู้ป่วยที่ใช้ ผู้ที่เสพและผู้ที่ติดสารเสพติดในเขตอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ภายใต้กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดร่วมกับงานการพยาบาลผู้ป่วยใน จากการสำรวจสถิติผู้ขึ้นทะเบียนบำบัดยาเสพติด มีผู้ป่วยที่มารับบริการขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น ในปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 92, 211 และ 243 รายตามลำดับ เป็นผู้ใช้ยาบ้า จำนวน 73, 139 และ 160 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 79.34, 65.87 และ 65.84 รายตามลำดับ เป็นผู้ใช้กัญชา จำนวน 5, 7 และ 25 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 5.43, 3.31 และ 10.28 รายตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยติดสุรา จำนวน 7, 12 และ 22 รายตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่ติดสุราเข้ารับการบำบัดรักษา จำนวน 5, 8 และ 11 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 71.42, 66.66 และ 50 รายตามลำดับ ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำและเข้ารับการรักษาด้วยภาวะติดสุราเรื้อรัง จำนวน 4, 5 และ 5 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 80, 66.66 และ 45.45 รายตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราเรื้อรังจนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เช่น โรคตับแข็งจำนวน 1, 1 และ 2 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 20, 12.5 และ 18.18 รายตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นจนต้องได้รับการบำบัดและผลกระทบของโรคตามมา[6]

การบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราของหน่วยบริการมีทั้งการบำบัดแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission phase) เป็นการประเมินอาการถอนพิษสุราซึ่งเกิดจากผู้ติดสุราขาดสุราเป็นระยะเวลา 12-18 ชั่วโมง โดยการประเมินอาการถอนพิษสุราชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางความพร้อมและจิตใจก่อนการบำบัด 2) ระยะการบำบัดด้วยยา (Treatment phase) เป็นการรักษาอาการทางกายจากภาวะถอนพิษสุราเพื่อลดภาวะไม่สุขสบายและลดอันตรายที่เกิดจากภาวะถอนพิษสุราร่วมกับได้รับการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ 3) ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคติดสุราได้รับการบำบัดตามกระบวนการของโรงพยาบาลตามปกติหรือเฉพาะอาการของผู้ป่วย เช่น การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การบำบัดสร้างเสริมแรงจูงใจเป็นต้น 4) ระยะติดตามการรักษา (After phase) เป็นระยะการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการจำหน่ายกลับบ้านภายหลังการบำบัด[6] ผู้ป่วยโรคติดสุราจะต้องเข้ารับการบำบัดทั้ง 4 ระยะเพื่อลดภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในทุกระยะของการบำบัดและเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ แต่การบำบัดระยะฟื้นฟูถือเป็นระยะที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุราสามารถเลิกดื่มสุราและไม่กลับมาดื่มซ้ำ

นอกจากนั้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดทางจิตสังคมวิธีหนึ่งที่ใช้ในการบำบัดผู้ดื่ม/ติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันสั้น การบำบัดที่ให้ผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา[7]

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นการปรับเปลี่ยนแก้ไขความคิดที่บิดเบือน ความเชื่อที่ฝังลึกที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล ให้มีพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม[8] ซึ่งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ดื่มสุรานั้นเป็นกระบวนการบำบัดที่เน้นปัญหาปัจจุบันของผู้ดื่มสุรา การปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นอกจากนั้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก้ไขภาวะลังเลโดยเพิ่มแรงจูงใจ ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการบำบัดที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเอาชนะความลังเลได้[9] ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้บริหารของโรงพยาบาลและเป็นผู้บริหารระดับจังหวัด มีบทบาททั้งด้านการบริหาร การกำหนดนโยบายของหน่วยงาน การดูแลด้านภาวะสุขภาพ จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นตาม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์

3. เพื่อประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์

รูปแบบการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) งานวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และ แมคทากาท[10] ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Acting) 3) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Observing) และ 4) ขั้นประเมินผล (Reflecting) โดยใช้แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา

1) การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นทีมสุขภาพ คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา เทคนิคการแพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 30 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ

2) การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นทีมจำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

โดย ทีมสุขภาพ จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความไม่น่าจะเป็น (Non-probability sample) โดยใช้วิธีการ

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

ผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการบำบัดโรคติดสุรา ในช่วงเวลาที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2568 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

วิธีการศึกษา

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และแนะนำตัวกับผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ รวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม เพื่อขอความร่วมมือและความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

3. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้านสถิติผู้ป่วยโรคติดสุรา และการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม โดยวิเคราะห์ข้อมูลสถิติของผู้ป่วยโรคติดสุรา ทบทวนแนวทางปฏิบัติเดิม ประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบ เพื่อนำไปสู่การกำหนดแผนพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ เพื่อพัฒนาระบบบริการ รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติการ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (PLAN) เป็นขั้นตอนการวางแผนพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา ได้แก่ 1) กำหนดปัญหาการปฏิบัติงานที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุง 2) วิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงานหรือหาสาเหตุของปัญหา 3) ระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการและวิธีการแก้ปัญหา และ 4) จัดทำแผนและรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (ACTION) เป็นขั้นตอนการนำแผนที่กำหนดไว้มาปฏิบัติ และควบคุมให้เกิดการปฏิบัติได้จริงตามที่ระบุไว้ในแผน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตุการณ์ (OBSERVEATION) เป็นการตรวจสอบ กำกับติดตามและศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยการสังเกต และประชุมถอดบทเรียนหลังให้บริการตามรูปแบบฯ เพื่อกำหนดประเด็นปัญหานำสู่การพัฒนาระบบฯ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (REFLECTION) เป็นการนำรูปแบบหรือแนวทางภายหลังการปรับปรุงแก้ไขระบบฯ มาใช้กับกลุ่มเป้าหมายและประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่ได้กำหนด และสรุปผลการศึกษาต่อไป ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา 2) ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา 3) ร้อยละความสำเร็จในการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา 4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา 5) ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ

4. การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา แบบประเมินปริมาณการดื่มสุรา แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา และแบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสุขภาพและ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา คู่มือการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยโรคติดสุราและตัวแบบจากผู้ป่วยโรคติดสุรา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาเนื้อหาวิชาการ เอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. สร้างแบบทดสอบ แบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา และตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.92

3. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา/แอลกอฮอล์ AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) แบบประเมินปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (The Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised: CIWA-Ar) เนื่องจากเป็นแบบประเมินกลาง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) แล้วจึงไม่นำไปทอสอบซ้ำ ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสุขภาพนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคติดสุรา (Try Out) ที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันมากที่สุดกับกลุ่มตัวอย่างและทีมสุขภาพในโรงพยาบาลท่าอุเทน จำนวนอย่างละ 10 คน วิเคราะห์ผลความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 และ 0.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา และรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

2. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลพฤติกรรมการดื่มสุรา ปริมาณการดื่มสุรา ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุรา ปริมาณการดื่มสุรา ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม

(principle of justice)[11] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม เดือนกรกฎาคม 2568 รหัสการวิจัย REC 092/68

ผลการศึกษา

1) สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา พบปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ (Access to Service) คือ ระยะทางไกล ค่าใช้จ่าย และขาดการส่งต่อ ด้านการคัดกรอง (Screening) คือ ขาดการประเมินและการส่งต่อเพื่อบำบัด ด้านการบำบัด (Treatment) คือ ขาดทีมสหวิชาชีพในการบำบัด ขาดระบบการบำบัดที่เหมาะสมตามบริบท และด้านการติดตาม (Follow-up) คือ ขาดการติดตาม การกลับมาดื่มซ้ำ

2) รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา มีรายละเอียดดังนี้

Community Screening การคัดกรองในชุมชน ประกอบด้วย การคัดกรองระดับ อสม. โดยการเยี่ยมบ้าน การสร้างกลุ่มเฝ้าระวังในชุมชน การติดตามต่อเนื่อง และ ระดับ รพ.สต. โดยการการคัดกรองผู้มารับบริการ การให้การรักษาเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามประเมินผล

Comprehensive Treatment เป็นการบำบัดแบบครอบคลุมองค์รวมสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยโปรแกรมมีทั้งหมด 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission phase) เป็นการประเมินอาการถอนพิษสุราซึ่งเกิดจากผู้ติดสุราขาดสุราเป็นระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรก (วันที่ 1) โดยการประเมินอาการถอนพิษสุราชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางความพร้อมและจิตใจก่อนการบำบัด

ระยะที่ 2 ระยะการบำบัดด้วยยา (Treatment phase) เป็นระยะ DETOX ในสัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 2-7) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินภาวะ alcohol withdrawal ด้วยแบบประเมินภาวะ alcohol withdrawal และการแก้ไข้และการป้องกันภาวะ alcohol withdrawal ในวันที่ 1-7 ทุก 8 ชั่วโมง ร่วมกับการรักษาอาการทางกายจากภาวะถอนพิษสุราเพื่อลดภาวะไม่สุขสบายและลดอันตรายที่เกิดจากภาวะถอนพิษสุราร่วมกับได้รับการฟื้นฟูร่างกาย

ระยะที่ 3 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase) ในสัปดาห์ที่ 2-12 มี 5 ขั้นตอน 11 กิจกรรม ดังนี้

(1) ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินเบื้องต้น ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ผลกระทบที่เกี่ยวกับสุรา การคืนข้อมูลด้านสุขภาพรายบุคคลและการลงนามพันธสัญญาการดูแลตนเอง กิจกรรมครั้งที่ 2 การค้นหาความคิด

(2) ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้พื้นฐาน ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 3 การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมองติดยา กิจกรรมครั้งที่ 4 การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับระบบครอบครัว ความสำคัญของสัมพันธภาพของครอบครัว

(3) ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวก ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 5 การสร้างแรงจูงใจ กิจกรรมครั้งที่ 6 การเจริญภาวนาแบบมีสติ กิจกรรมครั้งที่ 7 การบำบัดทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสัมพันธภาพ

(4) ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 8 การฝึกทักษะต่างๆ เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ กิจกรรมครั้งที่ 9 การสร้างคุณค่าของชีวิต การเสริมสร้างทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน

(5) ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination) ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 10 การติดตามทางโทรศัพท์

กิจกรรมครั้งที่ 11 การทบทวนความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุรา ความสำคัญของสัมพันธภาพของครอบครัว การฝึกทักษะต่างๆ ในการเลิกสุราและพฤติกรรมการป้องกันการดื่มสุราซ้ำ

ระยะที่ 4 ระยะติดตามการรักษา (After phase) การติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดในระยะ 1 เดือน ในสัปดาห์ที่ 13-16 ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 12 การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมครั้งที่ 13 การทบทวนความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุรา ความสำคัญของสัมพันธภาพของครอบครัว การฝึกทักษะต่างๆ ในการเลิกสุราและพฤติกรรมการป้องกันการดื่มสุราซ้ำ และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

Continuous Support ประกอบด้วย 1) กลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา 2) ระบบ Buddy System (ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน) และ 3) กลุ่ม Line และช่องทางสื่อสารออนไลน์ และ (4) Collaborative Network คือ การกำหนดบทบาทของ (1) โรงพยาบาลโพนสวรรค์ (ศูนย์กลางการบำบัด) (2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3) องค์การบริหารส่วนตำบล (4) ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำทางศาสนา และ (5) เครือข่ายครอบครัวและญาติผู้ป่วย

3) ผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา

พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนการทดลองอยู่ในระดับแบบติด ($\bar{x}$ =23.45, S.D.=2.86) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคติดสุราอยู่ในระดับแบบเสี่ยงต่ำ ($\bar{x}$ =5.28, S.D.=1.94) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา (n=35)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=35)			หลังทดลอง (n=35)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา	23.45	2.86	แบบติด	5.28	1.94	แบบเสี่ยงต่ำ	12.48	34	0.001*

*p<0.05

ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนการทดลอง $\bar{x}$ =34.89, S.D.=4.53 หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคติดสุรา $\bar{x}$ =4.51, S.D.=4.54 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติด (n=35)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=35)		หลังทดลอง (n=35)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา	34.89	4.53	4.51	4.54	32.40	34	0.001*

*p<0.05

จำนวนวันที่หยุดดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนมารับการบำบัด $\bar{x}$ = 0.11, S.D. = 0.32 หลังจำหน่าย 1 เดือน (กรกฎาคม) ค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคติดสุรา $\bar{x}$ = 24.51, S.D. = 5.87 หลังจำหน่าย 2 เดือน (สิงหาคม) ค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคติดสุรา $\bar{x}$ = 26.26, S.D. = 5.45 หลังจำหน่าย 3 เดือน (กันยายน) ค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคติดสุรา $\bar{x}$ = 26.31, S.D. = 5.18 และหลังจำหน่าย 6 เดือน (ธันวาคม) ค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคติดสุรา $\bar{x}$ = 26.20, S.D. = 6.42 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่าหลังจำหน่าย 1, 2 และ 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราเพิ่มขึ้นกว่าก่อนมารับการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่เดือนที่ 3 พบว่ามีผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 11.43) ที่กลับมาดื่มสุราในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนวันที่หยุดดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา (n=35)

ช่วงเวลา	จำนวนวันที่หยุดดื่ม		ร้อยละ (วันที่หยุดดื่ม)	t	df	p-value
	$\bar{x}$	S.D.				
ก่อนมารับการบำบัด	0.11	0.32	0.38	-	-	-
1 เดือน (กรกฎาคม)	24.51	5.87	79.07	24.67	34	0.001
2 เดือน (สิงหาคม)	26.26	5.45	84.70	28.39	34	0.001
3 เดือน (กันยายน)	26.31	5.18	87.70	29.88	34	0.001

ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =57.00, S.D.=9.00) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 86.40, S.D.=9.60) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา (n=35)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=35)			หลังทดลอง (n=35)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราโดยภาพรวม	57.00	9.00	ปานกลาง	86.40	9.60	สูง	18.94	34	0.001

* p<0.05

ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ พบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =48.36, S.D.=8.90) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =81.15, S.D.=8.60) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมสุขภาพ (n=30)

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา (n=30)			หลังพัฒนา (n=30)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ความพึงพอใจของทีมสุขภาพโดยภาพรวม	48.36	8.90	ปานกลาง	81.15	8.60	สูง	17.25	29	0.001

* $p<0.05$

สรุปและอภิปรายผล

1) สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา พบปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ (Access to Service) คือ ระยะทางไกล ค่าใช้จ่าย และขาดการส่งต่อ ด้านการคัดกรอง (Screening) คือ ขาดการประเมินและการส่งต่อเพื่อบำบัด ด้านการบำบัด (Treatment) คือ ขาดทีมสหวิชาชีพในการบำบัด ขาดระบบการบำบัดที่เหมาะสมตามบริบท และด้านการติดตาม (Follow-up) คือ ขาดการติดตาม การกลับมาดื่มซ้ำ

2) รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา ประกอบด้วย (1) Community Screening คือ การคัดกรองระดับ อสม. และ ระดับ รพ.สต. (2) Comprehensive Treatment โดยโปรแกรมมีทั้งหมด 4 ระยะ โดยระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission phase) เป็นการประเมินอาการถอนพิษสุรา ระยะที่ 2 ระยะการบำบัดด้วยยา (Treatment phase) เป็นระยะ DETOX ในสัปดาห์ที่ 1 ระยะที่ 3 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคติดสุราได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 2-12 และระยะที่ 4 ระยะติดตามการรักษา (After phase) เป็นระยะการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการจำหน่ายกลับบ้านภายหลังการบำบัด ติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัด ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 16 สัปดาห์ (4 เดือน) (3) Continuous Support คือ กลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา ระบบ Buddy System (ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน) และกลุ่ม Line และ (4) Collaborative Network คือ การกำหนดบทบาทของเครือข่ายและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

3) ผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา ด้านค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรามากกว่าก่อนการทดลอง ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราลดลงกว่าก่อนการทดลอง โดยจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังจำหน่าย 1, 2 และ 3 เดือน มีเพิ่มขึ้นกว่าก่อนมารับการบำบัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรามากกว่าก่อนการทดลอง และความพึงพอใจของทีมสุขภาพ พบว่าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมฯ ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลดปริมาณการดื่มสุราและเลิกดื่มสุราได้ ดังการศึกษาของภรภัทร สิมะวงศ์, สมบัติ สกุลพรรณ์ และสกาวรัตน์ เทพประสงค์ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT ในระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)[12] และการศึกษาของอรุณี โสตถิวนิชย์วงศ์, วิมล นุชสวาท และลวิญญ์วิชยพงศ์ ภูมิจีน พบว่าค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ป่วยโรค

ติดสุรา ก่อนรับการบำบัดและหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน 2 เดือนและ 3 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($F_{3,174} = 98.765$, $p=<.01$)[13] สอดคล้องกับดังการศึกษาของกนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สกุลพรรณ์ และดาราวรรณ ต๊ะปินตา พบว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทุกราย มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อการลด ละ เลิกการดื่มสุรา และมีความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อการได้รับโปรแกรมในระดับมากถึงมากที่สุด[14]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดตั้งศูนย์บำบัดผู้ติดสุราที่มีทีมสหวิชาชีพครบถ้วน รวมถึงแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด

2. ควรพัฒนาระบบข้อมูลดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการติดตามผู้ป่วย

3. เพิ่มการบำบัดหลากหลายรูปแบบ เช่น จัดบริการทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และชุมชนบำบัด รวมทั้งการบำบัดแบบครบวงจร การบำบัดด้วยยา (Detoxification) และจิตบำบัดควบคู่กัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 65-70

2. World Health Organization. (2019). Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. Retrieved March 20, 2019, from https:/apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639 -eng.pdf

3. อธิบ ตันอารีย์และพลเทพ วิจิตรคุณากร. (2562). สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดัชนีความ เสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดในประเทศไทย: ข้อมูลสำรวจ พ.ศ. 2560. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 13(4): 353-367.

4. วารีพร ชูศรี, บุตรี โรจน์พงศ์, จุฑามาศ พรหมมนตรีและสรัญณี อุเส็นยาง. (2561). ผลกระทบต่อครอบครัวจากการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน เขตจังหวัดสงขลา. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

5. Bonea, M., Neacsu, C.M., & Miclutia V.L. (2018). Comorbidities of alcohol use disorder. Romanian Journal of Psychiatry, 2, 63-67.

6. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด. (2568). สถิติผู้ขึ้นทะเบียนบำบัดยาเสพติด. โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

7. ธิษณามา โพธิ์งาม และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). ผลของโปรแกรมการบำบัดสัมพันธภาพของคู่สมรส แบบสั้นต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา. วารสารพยาบาลทหารบก, 19, 450-458.

8. Beck, J. S. (1995). Cognitive therapy: Basic sand beyond. New York: The Guilford Press.

9. Miller, W.R. & Rollnick, S. (1995). Motivational interviewing: What is MI?. Behavior and cognitive psychotherapy, Retrieved from: Http://M Motivational Interview.drg/clinical/interaction.html.

10. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). The action research planner: Doing critical participatory action research. Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-4560-67-2.

11. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, และเบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในคน. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

12. ภรภัทร สิมะวงศ์ และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานและการบาบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 36(1), 1-18.

13. อรุณี โสตถิวนิชย์วงศ์, วิมล นุชสวาทและลวิญญ์วิชยพงศ์ ภูมิจีน. (2564). การพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัด ผู้ป่วยโรคติดสุราต่อพฤติกรรมการลดหรือหยุดดื่ม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 6(1), 1-8.

14. กนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สกุลพรรณ์ และดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน. พยาบาลสาร, 47(2), 297-309.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.4 October-December 2025

การพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

Development of a Model for Building Survival Thinking Skills in Motorcycle Riding among Secondary School Students through Community Network Participation in Chom Phra District, Surin Province.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 30,2025 ; Accepted: December 31,2025)

ณัฐนันต์ ทองศรี[1]
Natthanan Thongsri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ 2) พัฒนารูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 คือ นักเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 336 คน และระยะที่ 3 คือ นักเรียนกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน ดำเนินการวิจัยตามวงจร PAOR (Planning, Action, Observation, Reflection) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 2) แบบประเมินพฤติกรรมการขับขี่ 3) แบบบันทึกการสนทนากลุ่มและแบบสังเกตพฤติกรรม และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่เริ่มขับขี่รถจักรยานยนต์ตั้งแต่อายุ 13-15 ปี (ร้อยละ 49.00) โดยไม่มีใบอนุญาตขับขี่ถึงร้อยละ 92.26 มีระดับทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอด อยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.42 และพฤติกรรมการขับขี่อยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 38.22 สาเหตุเชิงลึกตามกรอบ SHELL Model เกิดจากการขาดทักษะการตัดสินใจและการสนับสนุนจากครอบครัวที่ให้เด็กขับขี่ก่อนวัยอันควร ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ พบว่า ได้รูปแบบการแก้ไขปัญหาที่เรียกว่า “JOMPHRA Model” ประกอบด้วย 1) Joint Planning (การวางแผนร่วมกัน) 2) Organized Action (การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ระบบ 6 โมดูล) 3) Monitoring & Mentoring (การติดตามและพี่เลี้ยง) และ 4) PHRA (การสะท้อนผลและปรับปรุง) ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผล พบว่า ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ JOMPHRA Model กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดและพฤติกรรมการขับขี่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสถิติอุบัติเหตุในกลุ่มเป้าหมายระดับอำเภอลดลงร้อยละ 18.25 เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี

คำสำคัญ: ทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอด, JOMPHRA Model, อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์, นักเรียนมัธยมศึกษา, วิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research aimed to 1) investigate the situation and risk factors of motorcycle accidents among secondary school students in Jom Phra District, Surin Province, 2) develop a model for building road survival thinking skills in motorcycle riding through network participation, and 3) evaluate the effectiveness of the developed model. The study was conducted using the PAOR (Planning, Action, Observation, Reflection) cycle. The participants included 336 secondary school students in Phase 1, and a specific experimental group of 32 students in Phase 3. The research instruments consisted of 1) a Road Survival Thinking Skills Questionnaire with a reliability coefficient of 0.89, 2) a Riding Behavior Assessment

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

Form, 3) a Focus Group Record and Observation Form, and 4) a Satisfaction Assessment Form. Quantitative data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Paired sample t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results were divided into three phases: Phase 1: Situation Analysis found that the majority of students began riding motorcycles between the ages of 13-15 (49.00%), with 92.26% lacking a driver's license. Their Road Survival Thinking Skills were at a low level (Mean = 17.42), while riding behaviors were at a moderate level (Mean = 38.22). Deep causal analysis using the SHELL Model revealed that accidents stemmed from a lack of decision-making skills and family environments that allowed premature riding. Phase 2: Model Development led to the "JOMPHRA Model," consisting of 1) Joint Planning, 2) Organized Action (6-module learning activities), 3) Monitoring & Mentoring, and 4) PHRA (Participatory Holistic Reflection & Adaptation). Phase 3: Effectiveness Evaluation showed that after implementing the JOMPHRA Model, the experimental group had significantly higher mean scores for Road Survival Thinking Skills and riding behaviors compared to pre-test scores ($p < .001$). Furthermore, district-level accident statistics among the target group decreased by 18.25% compared to the 3-year historical median.

Keywords: Road Survival Thinking Skills, JOMPHRA Model, Motorcycle Accidents, Secondary Students, Action Research

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนนับเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดให้อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชนทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยปีละกว่า 1.35 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทย สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนยังคงมีความรุนแรงและน่าเป็นห่วง จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2565 พบว่ามีผู้เสียชีวิตสูงถึง 17,379 ราย คิดเป็นอัตรา 26.6 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงที่สุดในภูมิภาคอาเซียน กลุ่มอายุที่มีการสูญเสียมากที่สุดคือ เด็กและเยาวชนอายุ 15-24 ปี สาเหตุสำคัญเกิดจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 79.7 ของการเสียชีวิตทั้งหมด การสูญเสียในกลุ่มวัยนี้ส่งผลกระทบอย่างมหาศาลต่อโครงสร้างประชากรและเศรษฐกิจของประเทศ โดยคิดเป็นมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจรวมกว่า 1.16 แสนล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 0.67 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)[2]

สถานการณ์ในระดับภูมิภาค เขตสุขภาพที่ 9 (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์) พบอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจังหวัดสุรินทร์ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นลำดับต้นๆ จากข้อมูลศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ (IDCC) ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2563-2567) [3] พบแนวโน้มการบาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชนเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ แม้จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มอำเภอเสี่ยงปานกลาง แต่กลับพบสถิติการบาดเจ็บในกลุ่มเยาวชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จาก 69 รายในปี 2563 เป็น 212 รายในปี 2566[4] สาเหตุเชิงลึกเกิดจากบริบททางสังคมที่เอื้อให้เด็กเริ่มขับขี่รถจักรยานยนต์ตั้งแต่อายุยังน้อย (10-12 ปี) โดยขาดใบอนุญาตขับขี่และการฝึกอบรมทักษะที่ถูกต้อง ส่งผลให้ขาดทักษะในการประเมินความเสี่ยงและการตัดสินใจในสถานการณ์คับขัน[5]

การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565-2570 ซึ่งกำหนดเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตให้เหลือ 12 ต่อแสนประชากรภายในปี

2570 โดยเน้นการดำเนินงานตามแนวคิดระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) และยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชน (Thailand Safe Youth: TSY) ของกรมควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วยกลยุทธ์สำคัญ ได้แก่ การจัดการระบบข้อมูล การสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย การบังคับใช้กฎหมาย และที่สำคัญที่สุด คือ การสร้างความรอบรู้และทักษะความปลอดภัย (Safety Skills) ให้กับเยาวชน เพื่อให้สามารถจัดการความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง[6]

แม้ว่าจะมีการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยทางถนนในระดับประเทศ แต่การนำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ยังคงประสบปัญหาและอุปสรรค โดยเฉพาะในสถานศึกษาที่ยังขาดรูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นการพัฒนา "กระบวนการคิด" (Thinking Skills) อย่างเป็นระบบ ส่วนใหญ่ยังเน้นเพียงการให้ความรู้กฎจราจร ซึ่งไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามแนวคิดทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอด (Road Survival Thinking Skills)[7] และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura ได้เสนอว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ที่ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล (Access) ความเข้าใจ (Understand) การประเมินความเสี่ยง (Appraise) และการนำไปใช้ (Apply) ควบคู่ไปกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคม (Social Network) ที่เข้มแข็ง ทั้งบ้าน โรงเรียน และชุมชน ในการเป็นเกราะป้องกันและปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคม เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ปัญหา[8]

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนงานป้องกันการบาดเจ็บในพื้นที่ จึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษา โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ โดยประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยจะเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจของเยาวชน นำไปสู่การลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ของอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ และทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดจากภัยท้องถนน (Road Survival Thinking Skills) ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษา
3. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษา โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ (JOMPHRA Model)
4. เพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษา โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษา โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์" เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR (Planning, Action, Observation, Reflection)[16] ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม 2568 มีขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดและพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์

ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ (ระยะเวลาดำเนินการ เดือน กันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2568) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 จำนวน 2,675 คน กลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)[16]จำนวน 336 คน

เครื่องมือใช้เป็นแบบสอบถามเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ (Road Survival Thinking Skills) โดยผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามจากแนวคิด Thailand Safe Youth (TSY) จากกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค สำหรับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทดลองใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.89 รายละเอียด ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ความเข้าใจ (Understand) 3) การประเมินสถานการณ์และตัดสินใจ (Appraise) และ 4) การนำไปใช้ (Apply) รวมจำนวน 30 ข้อ โดยแบบสอบถามด้านที่ 1-4 มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่/ไม่ทราบ) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ จำนวน 20 ข้อ ใช้มาตรวัดการประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 ในทุกข้อคำถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ และทดลองใช้ในโรงเรียนต้นแบบ (ระยะเวลาดำเนินการ เดือนตุลาคม – พฤศิกายน พ.ศ. 2568) โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงจร PAOR[16] มีขั้นตอนการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผนการดำเนินการ (Planning) เป็นการบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 (สถานการณ์และสาเหตุเชิงลึกตาม SHELL Model) มาสรุปวิเคราะห์ และวางแผนการดำเนินงาน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอด (TSY) เริ่มจาก (1) จัดตั้ง “ทีมบูรณาการความปลอดภัยทางถนน” (Joint Team) ประกอบด้วย คณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ครูแกนนำและตัวแทนนักเรียน (2) พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน (Joint Planning) (3) ออกแบบและวางแผนพัฒนารูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอด (JOMPHRA Model) สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการออกแบบและวางแผนการจัดกระบวนการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอด มาดำเนินการตามแผนกิจกรรม (Organized Action) ประกอบด้วย (1) ประชุมคืนข้อมูล (Feedback) ผลการศึกษาสถานการณ์และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ เพื่อสร้างความตระหนักและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา (2) ประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยง (Mentors) (3) พัฒนารูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอด (JOMPHRA Model) ให้กับนักเรียนในโรงเรียนต้นแบบ จำนวน 1 โรงเรียน (โรงเรียนจอมพระประชาสรรค์) รายละเอียดกิจกรรมการเรียนรู้แบ่งเป็น 6 โมดูล ดำเนินการต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ โดยเน้นองค์ประกอบของทักษะคิด TSY ดังนี้:

1. สัปดาห์ที่ 1-2: การเข้าถึงข้อมูล (Access) และกฎจราจร

2. สัปดาห์ที่ 3-4: ความรู้ความเข้าใจ (Understand) และการวิเคราะห์สาเหตุอุบัติเหตุ

3. สัปดาห์ที่ 5-8: การประเมินสถานการณ์และการตัดสินใจ (Appraise) ผ่านกิจกรรมจำลองสถานการณ์ (Simulation) และการฝึกคาดการณ์ความเสี่ยง

4. สัปดาห์ที่ 9-12: การนำไปใช้และบอกต่อ (Apply) ผ่านการผลิตสื่อสร้างสรรค์และการรณรงค์ในโรงเรียน

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบสอบถามทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอด 2) แบบประเมินพฤติกรรมการขับขี่ 3) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 4) แบบสังเกตพฤติกรรม และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจการเข้าร่วมกิจกรรม (4) ทดลองใช้รูปแบบ (Implementation) กับกลุ่มเป้าหมายในโรงเรียนต้นแบบ พร้อมทั้งมีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง (Monitoring & Mentoring) โดยทีมพี่เลี้ยงจาก ศปถ.อำเภอ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) ผู้วิจัยและทีมพี่เลี้ยงสังเกตการณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 โดยสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม การตัดสินใจในสถานการณ์จำลอง และปฏิกิริยาตอบสนองของนักเรียน เพื่อนำข้อค้นพบไปสรุปและวิเคราะห์เพื่อเตรียมสะท้อนผล

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 3 มาจัดเวทีถอดบทเรียน (AAR) เพื่อสรุปผลการพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอด (JOMPHRA Model) ตามแนวทาง Participatory Holistic Reflection & Adaptation (PHRA) กลุ่มเป้าหมาย คือ ทีมบูรณาการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจอมพระ ครูแกนนำ และตัวแทนนักเรียน เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และสมุดจดบันทึก การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปเป็นองค์ประกอบของรูปแบบที่สมบูรณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (ความพึงพอใจ/คะแนนทักษะระหว่างฝึก) ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 ศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษา ในโรงเรียนต้นแบบ (ระยะเวลาดำเนินการ เดือนพฤศิกายน - ธันวาคม พ.ศ. 2568) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) และประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

พื้นที่ศึกษา เลือกจากประชากรที่ศึกษาระยะที่ 1 คือ โรงเรียนจอมพระประชาสรรค์ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

ประชากรที่ศึกษาคือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนจอมพระประชาสรรค์ ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน

กลุ่มตัวอย่าง ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 32 คน โดยใช้เกณฑ์นี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่

1. เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนจอมพระประชาสรรค์ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์
2. ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียนเป็นประจำ
3. สมัครใจเข้าร่วมโครงการและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลา

เกณฑ์การคัดเลือกออกการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่

4. นักเรียนที่มีการย้ายออกจากโรงเรียนหรือขาดเรียนในช่วงการทำกิจกรรมต่อเนื่อง

5. มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

วิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาแสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วัดผลก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะคิดและพฤติกรรมการขับขี่ โดยใช้สถิติ Paired sample t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดและพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.94 เริ่มขับขี่รถจักรยานยนต์ตั้งแต่อายุ 13-15 ปี ร้อยละ 49.00 รองลงมาคือช่วงอายุ 10-12 ปี ร้อยละ 48.00 โดยนักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ ร้อยละ 92.26 และไม่เคยผ่านการฝึกอบรมขับขี่ปลอดภัย ร้อยละ 87.00

ผลการประเมินระดับคะแนน พบว่านักเรียนมีทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยรวมอยู่ใน ระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 17.42, S.D. = 4.98) และมีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยรวมอยู่ใน ระดับพอใช้ ($\overline{X}$ = 38.22, S.D. = 5.87) นอกจากนี้ การวิเคราะห์สาเหตุเชิงลึกตามกรอบ SHELL Model พบปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (Liveware) ที่ขาดทักษะการตัดสินใจและการประเมินความเสี่ยง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ที่ครอบครัวและชุมชนให้การสนับสนุนการขับขี่ก่อนวัยอันควร

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษา และทดลองใช้ในโรงเรียนต้นแบบ โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR จากการศึกษาพบประเด็นที่สำคัญในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผนการดำเนินการ (Planning) ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานในขั้นวางแผน พบว่า **ปัจจัยด้านคน** มีคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ. อำเภอ) ทีมสหวิชาชีพ และครูแกนนำจากโรงเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอจอมพระ ที่มีความพร้อมในการเป็น "ทีมบูรณาการ" (Joint Team) เพื่อขับเคลื่อนงาน

ปัจจัยด้านเงิน คือ มีงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงเรียนและภาคีเครือข่ายความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ เพียงพอต่อการจัดกิจกรรมและผลิตสื่อการเรียนรู้

ปัจจัยด้านวัสดุ/สิ่งของ คือ มีการพัฒนาหลักสูตรและสื่อต้นแบบ "ทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอด" (Road Survival Thinking Skills) ให้กับโรงเรียนต้นแบบเพื่อใช้เป็นสื่อการสอน ประกอบด้วย คู่มือการจัดกิจกรรม 6 โมดูล สื่อวิดีทัศน์จำลองสถานการณ์ (Simulation) และสื่อรณรงค์ผ่าน Social Media

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ คือ มีการประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานเพื่อให้รับทราบทิศทางการขับเคลื่อนรูปแบบ "JOMPHRA Model" และการบูรณาการเข้ากับกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนของโรงเรียนในปีการศึกษา 2568

จากการนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกับภาคีเครือข่าย ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) และเวทีประชาคม (AIC) โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 23 คน ได้แก่ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจอมพระ และครูแกนนำ ได้ร่วมกันสังเคราะห์ปัญหาและออกแบบแนวทางการแก้ไข จนได้นวัตกรรมรูปแบบการดำเนินงานที่เรียกว่า “JOMPHRA Model” ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ดังนี้

1.**J - Joint Planning (การวางแผนแบบมีส่วนร่วม):** การจัดตั้ง "ทีมบูรณาการความ

ปลอดภัยทางถนน" ที่ประกอบด้วย ฝ่ายปกครอง สาธารณสุข ตำรวจ และโรงเรียน ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุและกำหนดเป้าหมายเชิงรุกในการสร้างทักษะการคิดให้นักเรียน

2.**O - Organized Action (การจัดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ):** การกำหนดหลักสูตรกิจกรรมการเรียนรู้ "ทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอด" (Road Survival Thinking Skills) จำนวน 6 โมดูล ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เน้นกระบวนการ Active Learning และสถานการณ์จำลอง (Simulation) ประกอบด้วย

โมดูลที่ 1: การเข้าถึงข้อมูลความปลอดภัย (Access)

โมดูลที่ 2: ความรู้กฎจราจรและวินัยจราจร

โมดูลที่ 3: ความเข้าใจสาเหตุและการป้องกันอุบัติเหตุ (Understand)

โมดูลที่ 4: การประเมินสถานการณ์ความเสี่ยง (Appraise)

โมดูลที่ 5: การตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

โมดูลที่ 6: การนำไปใช้และสื่อสารเพื่อสังคม (Apply)

1.**M - Monitoring & Mentoring (การติดตามและพี่เลี้ยง):** การสร้างระบบพี่เลี้ยงจากเครือข่าย ศปถ.อำเภอ เพื่อลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลัง (Empowerment) ให้คำปรึกษาแก่ครูและแกนนำนักเรียนอย่างต่อเนื่อง

2.**PHRA - Participatory Holistic Reflection & Adaptation (การสะท้อนผลและปรับปรุงแบบองค์รวม):** การจัดเวทีถอดบทเรียน (AAR) ร่วมกันระหว่างโรงเรียนและชุมชน เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อำเภอจอมพระอย่างสม่ำเสมอ

ผลจากการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่าย พบว่า รูปแบบ JOMPHRA Model มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงอยู่ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของเยาวชนในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)

ผลจากการประชุมคืนข้อมูลผลการสำรวจสถานการณ์และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ข้อมูลที่สำคัญที่ได้จากการประชุม คือ นักเรียนส่วนใหญ่เริ่มขับขี่รถจักรยานยนต์ตั้งแต่อายุ 13-15 ปี โดยไม่มีใบอนุญาตขับขี่และขาดทักษะการประเมินความเสี่ยง (TSY อยู่ในระดับต่ำ) นักเรียนมักขับขี่ตามความเคยชินและเลียนแบบพฤติกรรมเสี่ยงจากคนในชุมชน ที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอ ควรเชิญภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ สาธารณสุข และผู้ปกครองเข้าร่วมในกระบวนการฝึกทักษะ ไม่ใช่ปล่อยให้เป็นภาระของครูฝ่ายปกครองเพียงฝ่ายเดียว รูปแบบการสอนเดิมที่เน้นการบรรยายหน้าเสาธงไม่เพียงพอ ต้องเน้นการ "ฝึกคิด" และ "ตัดสินใจ" ในสถานการณ์จำลอง ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมในลักษณะ Active Learning ผลจากการประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานพัฒนากลไกแนวทางการขับเคลื่อนและการดำเนินงานสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอด คือ ภาคีเครือข่ายรับทราบแผนการดำเนินงาน ประกอบด้วย กิจกรรมสำคัญ (1) การประชุมวางแผนร่วมกัน (Joint Planning) (2) การพัฒนารูปแบบ JOMPHRA Model ให้นักเรียนมัธยมศึกษา และทดลองใช้ในโรงเรียนต้นแบบ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมจำนวน 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 6 โมดูล (3) การติดตามและพี่เลี้ยง (Monitoring & Mentoring) โดยเจ้าหน้าที่ ศปถ.อำเภอ และครูแกนนำ ร่วมเป็นวิทยากรพี่เลี้ยง ผลการประชุมคัดเลือกโรงเรียนนำร่อง ในการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอด พบว่า การเลือกพื้นที่ที่ทำการศึกษาควรมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ความพร้อมของผู้บริหารโรงเรียนและความเข้มแข็งของเครือข่าย ซึ่งพื้นที่คัดเลือกในการเป็นตัวแทนคือ โรงเรียนจอมพระประชาสรรค์ อำเภอจอมพระ จังหวัด

สุรินทร์ เนื่องจากเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่ประจำอำเภอและมีต้นทุนการทำงานร่วมกับชุมชนที่ดี

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) ผลการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2 พบว่า การคืนข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุและระดับทักษะคิดของนักเรียน เป็นกิจกรรมสำคัญที่ทำให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้รับทราบปัญหาที่แท้จริง (Real Situation) เพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรมจำลองสถานการณ์ให้ตรงจุด รวมไปถึงการชี้แจงกระบวนการ JOMPHRA Model ทำให้ทุกภาคส่วนมองภาพความสำเร็จไปในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนเห็นความสำคัญของการพัฒนา "ทักษะสมอง" (Executive Functions) มากกว่าแค่การท่องจำกฎจราจร โดยการเลือกโรงเรียนต้นแบบเพื่อนำร่องทดลองใช้รูปแบบ ควรเลือกจากโรงเรียนที่มีความพร้อมของทีมงานครูที่รับผิดชอบงานวินัยจราจรและกิจการนักเรียน เพื่อจะได้ขับเคลื่อนกิจกรรมทั้ง 6 โมดูลได้อย่างต่อเนื่องและสามารถเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ประเมินผลรูปแบบเพื่อนำมาพัฒนาต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ได้ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 3 มาจัดเวทีถอดบทเรียน (AAR) สรุปประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ (JOMPHRA Model) ในโรงเรียนต้นแบบ ในประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และคืนข้อมูลผลการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์พร้อมสำหรับการขยายผลในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบ และประเมินความพึงพอใจ พบว่า

1.ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนักเรียน โรงเรียนจอมพระประชาสรรค์ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 32 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.94 โดยมีอายุเฉลี่ย 15.21 ปี (S.D. = 1.34 ปี) อาชีพของบิดาและมารดาส่วนใหญ่ คือ เกษตรกรรม ส่วนใหญ่อาศัยกับบิดามารดา ร้อยละ 75.0 และส่วนใหญ่เริ่มขับขี่รถจักรยานยนต์ตั้งแต่อายุ 13-15 ปี

2.ผลการประเมินทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะคิดอยู่ใน ระดับต่ำ ร้อยละ 46.9 รองลงมาคือ ระดับต่ำมาก ร้อยละ 28.1 และระดับปานกลาง ร้อยละ 25.0 ตามลำดับ (คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน, คะแนนสูงสุด 26 คะแนน และคะแนนเฉลี่ย 16.81 คะแนน) ส่วนทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพัฒนาการที่ดีขึ้นโดยอยู่ใน ระดับดีมาก ร้อยละ 53.1 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 34.4 (คะแนนต่ำสุด 18 คะแนน, คะแนนสูงสุด 30 คะแนน และคะแนนเฉลี่ย 24.96 คะแนน) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะคิดมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n = 32)

ทักษะคิด	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	ความแตกต่างเฉลี่ย (S.D.)	95%CI	P-value
ก่อนการทดลอง	16.81 (4.73)	7.46 (1.95)	6.76 – 8.16	< 0.001
หลังการทดลอง	24.27 (4.30)			

3.ผลการประเมินพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการขับขี่อยู่ใน ระดับพอใช้ ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 21.9 และระดับดี ร้อยละ 15.6 ตามลำดับ (คะแนนต่ำสุด 25 คะแนน, คะแนนสูงสุด 49 คะแนน และคะแนนเฉลี่ย 38.29 คะแนน) ส่วนพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพัฒนาการที่ดีขึ้นโดยอยู่ใน ระดับดี ร้อยละ 84.4 รองลงมาคือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 15.6 (คะแนนต่ำสุด 42 คะแนน, คะแนนสูงสุด 60 คะแนน และคะแนนเฉลี่ย 52.31 คะแนน) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n = 32)

พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	ความแตกต่างเฉลี่ย (S.D.)	95%CI	P-value
ก่อนการทดลอง	38.29 (5.84)	14.02 (2.90)	12.97 – 15.07	< 0.001
หลังการทดลอง	52.31 (5.82)			

4.ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมในการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ของนักเรียนมัธยมศึกษา ในโรงเรียนต้นแบบ โรงเรียนจอมพระประชาสรรค์ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมในการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนต้นแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.58, S.D. = 0.42) เมื่อพิจารณารายข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ กิจกรรมช่วยให้ฝึกการตัดสินใจและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้จริง (Mean = 4.75, S.D. = 0.45) และประเด็นที่นักเรียนมีความพึงพอใจที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละฐานมีความเหมาะสม (Mean = 4.25, S.D. = 0.58)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษา โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผลดังนี้

1. สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่เริ่มขับขี่รถจักรยานยนต์ตั้งแต่อายุยังน้อย (13-15 ปี) และไม่มีใบอนุญาตขับขี่ถึงร้อยละ 92.26 โดยมีทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอด ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ =17.42) และพฤติกรรมการขับขี่ในระดับพอใช้ ($\overline{X}$ = 38.22) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค (2566) ที่ระบุว่ากลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงเนื่องจากขาดทักษะและประสบการณ์[2] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Deery (1999) ที่พบว่าผู้ขับขี่มือใหม่มักขาดทักษะการรับรู้อันตราย (Hazard Perception) ทำให้ไม่สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าได้ทันท่วงที[9] นอกจากนี้ การ

วิเคราะห์สาเหตุเชิงลึกตามกรอบ SHELL Model พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Environment) มีผลอย่างมาก โดยเฉพาะบริบทสังคมชนบทที่ผู้ปกครองและชุมชนยอมรับให้เด็กขับขี่ก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมแรงทางสังคมที่ทำให้พฤติกรรมเสี่ยงยังคงอยู่[10]

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบ JOMPHRA Model ความสำเร็จของรูปแบบ “JOMPHRA Model” เกิดจากการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[16] ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการสะท้อนผล (Reflection) อย่างต่อเนื่อง[11] โดยเฉพาะองค์ประกอบ "J-Joint Planning" (การวางแผนร่วมกัน) และ "M-Monitoring & Mentoring" (ระบบพี่เลี้ยง) ที่ดึงศักยภาพของเครือข่าย ศปถ. อำเภอ และครูแกนนำ เข้ามามีบทบาทสำคัญ ทำให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการ (Integration) ไม่ใช่ต่างคนต่างทำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach) ที่ระบุว่าความปลอดภัยทางถนนเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกฝ่าย (Shared Responsibility) การที่ชุมชนและโรงเรียนร่วมกันกำหนดกติกาและมาตรการสังคม ช่วยสร้างบรรทัดฐานใหม่ (Social Norms) ที่เอื้อต่อความปลอดภัยมากกว่าการบังคับใช้กฎหมายเพียงอย่างเดียว

3. ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบต่อทักษะคิดและพฤติกรรม ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ JOMPHRA Model พบว่า นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดและพฤติกรรมการขับขี่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยนี้อภิปรายได้ว่า

ด้านทักษะคิด (Thinking Skills) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 6 โมดูล ที่เน้นการฝึก "สถานการณ์จำลอง (Simulation)" และการฝึกคาดการณ์ความเสี่ยง ช่วยพัฒนากระบวนการคิดขั้นสูง (Cognitive Domain) ตามแนวคิดของ Bloom[12] และสอดคล้องกับทฤษฎี Situation Awareness ของ Endsley (1995) ที่กล่าวว่า การตระหนักรู้สถานการณ์ประกอบด้วย การรับรู้ (Perception) ความเข้าใจ (Comprehension) และการคาดการณ์ (Projection)[13] ซึ่งกิจกรรมในโมดูลที่ 4 และ 5 (Appraise) ได้ฝึกให้นักเรียน "คาดการณ์" อันตรายล่วงหน้า ทำให้สามารถตัดสินใจหลบหลีกภัยได้ดีขึ้น

ด้านพฤติกรรม (Behavior) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากระดับ "พอใช้" เป็น "ดี" เป็นผลมาจากกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Modeling) และการเสริมแรง (Reinforcement)[8] โดยในกิจกรรมนี้นักเรียนได้รับแรงบันดาลใจจาก "พี่เลี้ยง" (Mentors) และการทำสื่อสร้างสรรค์ (TikTok) ที่เพื่อนยอมรับ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ในการขับขี่อย่างปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของชุติมา เจียมใจ[14] และ กฤษฎา หาสีงาม[15] ที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นการมีส่วนร่วมและการสร้างแรงจูงใจ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ของวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การลดลงของอุบัติเหตุในพื้นที่ การที่สถิติอุบัติเหตุในกลุ่มเป้าหมายระดับอำเภอลดลงร้อยละ 18.25 สะท้อนให้เห็นว่า การแก้ไขปัญหาที่ "จุดเสี่ยง" ของพฤติกรรมมนุษย์ (Human Error) ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ ควบคู่ไปกับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อกูลโดยเครือข่ายอำเภอเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการรณรงค์เพียงชั่วครั้งชั่วคราว การทำงานเป็นทีม (Joint Team) ช่วยปิดช่องว่าง (Gaps) ของการทำงานระหว่างหน่วยงาน ทำให้มาตรการต่างๆ ถูกนำไปปฏิบัติจริงและมีความต่อเนื่องยั่งยืน[17]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ผู้บริหารสถานศึกษาและหน่วยงานต้นสังกัดควรผลักดันให้ “หลักสูตรทักษะคิดเพื่อเอา

ชีวิตรอด” (6 โมดูล) ถูกบรรจุเป็นกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนถาวร โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบ Active Learning และการฝึกสถานการณ์จำลอง (Simulation) แทนการบรรยายหน้าเสาธงแบบเดิม เพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะการตัดสินใจที่แม่นยำในสถานการณ์จริง

2) ควรนำรูปแบบการทำงานแบบ “ทีมบูรณาการ” (Joint Team) ระหว่างศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ. อำเภอ) และโรงเรียน มาเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงาน โดยใช้ระบบ “พี่เลี้ยง” (Mentoring) จากเครือข่ายภายนอกเข้ามาหนุนเสริมครูในโรงเรียน เพื่อลดภาระและสร้างความยั่งยืนในการดำเนินงาน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือประเมิน “ทักษะการตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness)” ในรูปแบบดิจิทัลแพลตฟอร์ม หรือเทคโนโลยีความจริงเสมือน (VR) เพื่อให้สามารถวัดการตอบสนองและการตัดสินใจของผู้เรียนได้เสมือนจริงและแม่นยำกว่าแบบสอบถาม

2) ควรมีการวิจัยติดตามผลระยะยาว (Longitudinal Study) ต่อเนื่อง 1-3 ปี เพื่อศึกษาความคงทนของพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยภายหลังสิ้นสุดโครงการ และประเมินผลกระทบต่ออัตราการเกิดอุบัติเหตุซ้ำในกลุ่มเป้าหมายเดิม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2018). *Global Status Report on Road Safety 2018*. World Health Organization.
2. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. (2566). *รายงานสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของเด็กและเยาวชน*. กรมควบคุมโรค.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ศูนย์ข้อมูลกลางด้านการบาดเจ็บ (IDCC : Injury Data Collaboration Center)*. เข้าถึงได้จาก https://dip.ddc.moph.go.th/new/
4. งานป้องกันการบาดเจ็บ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ. (2564). *สรุปผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 9*. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา.
5. ปัญณ์ จันทร์พาณิชย์ และคณะ. (2563). *โครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการตายและบาดเจ็บสำหรับเด็กและเยาวชนที่ใช้รถจักรยานยนต์ที่มีประสิทธิผล*. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ร่วมกับศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.).
6. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. (2563). *ครึ่งทางทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน*. บริษัท รำไทยเพลส จำกัด.
7. สุวรรณ ภู่เต็ง และคณะ. (2561). *ทักษะคิด ฝ่าวิกฤตอุบัติเหตุทางถนน*. บริษัทเซฟตี้ อินฟินิตี้ จำกัด.
8. Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice-Hall.
9. Deery, H. A. (1999). Hazard and risk perception among young novice drivers. Journal of Safety Research, 30(4), 225-236.
10. Hawkins, F. H. (1987). Human factors in flight. Gower Technical Press.
11. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.
12. Bloom, B. S. (1956). Taxonomy of educational objectives, Handbook I: The cognitive domain. David McKay.
13. Endsley, M. R. (1995). Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. Human Factors, 37(1), 32-64.

14. ชุติมา เจียมใจ และคณะ. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพโดยการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือร่วมใจในการสร้างเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28(2), 1-14.
15. กฤษฎา หาสีงาม, & รุจิรา ดวงสงค์. (2564). ผลของโปรแกรมป้องกันอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(3), 63-74.
16. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner (3rd ed.)*. Deakin University Press.
17. Hawkins, F. H. (1987). *Human factors in flight*. Gower Technical Press.